

Bibliothèque numérique



**Annales médico-psychologiques**

*n° 15. - Paris: Masson, 1892.*

Cote : 90152, 1892, n° 15



(c) Bibliothèque interuniversitaire de médecine (Paris)  
Adresse permanente : <http://www.biium.univ-paris5.fr/histmed/medica/cote?90152x1892x15>

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





# ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A REQUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

## L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

FONDATEUR

D<sup>r</sup> J. BAILLARGER

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

RÉDACTEUR EN CHEF

D<sup>r</sup> ANT. RITTI

Médecin de la Maison nationale de Charenton.

SEPTIÈME SÉRIE. — TOME QUINZIÈME

CINQUANTIÈME ANNÉE

90452

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADEMIE DE MÉDECINE

120, boulevard Saint-Germain, 120

1892





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

---

Chronique.

---

**Le projet de révision de la loi sur les aliénés  
au Conseil supérieur de l'Assistance publique.**

Les médecins des asiles ont reçu récemment du ministère de l'Intérieur un fascicule contenant la discussion au Conseil supérieur de l'Assistance publique du projet de révision de la législation sur les aliénés. Nous savions déjà que le Conseil s'était prononcé contre certaines innovations proposées, entre autres contre l'intervention de la magistrature pour le placement des aliénés dans les asiles. Nous avons, aujourd'hui, le texte que le Conseil supérieur de l'assistance propose de substituer au projet de loi, et le procès-verbal des séances nous permet d'apprécier les motifs qui ont déterminé le Conseil à proposer des modifications. Il est vraisemblable que le gouvernement soutiendra, devant la Chambre des députés, l'avis exprimé par le Conseil supérieur de l'Assistance; d'où l'intérêt d'actualité qui s'attache à la publication que nous avons reçue. C'est, en tout cas, un acheminement vers cette nouvelle loi

ANN. MÉD.-PSYCH., 7<sup>e</sup> série, t. XV. Janvier 1892.

1. 1

dont il est question depuis si longtemps et dont l'élaboration est si lente : il est vrai que plus on la discute, plus on se rapproche des dispositions de la loi du 30 juin 1838.

Dans une précédente chronique (mars 1891), nous avons parlé du projet de loi Reinach, qui résumait, alors, l'état de la question ; nous allons examiner, maintenant, le projet amendé par le Conseil supérieur de l'assistance publique. Une première modification consiste dans un changement de titre, pour affirmer qu'il s'agit de malades. Au titre premier, on substitue aux expressions « des établissements d'aliénés » la dénomination « des hôpitaux et établissements destinés au traitement des maladies mentales ». Ce ne sont là que des mots ne changeant rien à la situation de l'aliéné dans l'asile ; mais ces mots indiquent une réaction contre l'opinion de ceux qui voient dans les asiles la résurrection de la Bastille et nous voyons avec plaisir la nouvelle rédaction proposée par M. Joseph Reinach lui-même sur les observations de M. Napias.

Le paragraphe 1<sup>er</sup> de l'article 1<sup>er</sup> est modifié dans le sens que nous venons d'indiquer ; l'expression « traitement des maladies mentales » remplace les mots de traitement et garde des aliénés. Le reste de l'article 1<sup>er</sup> du projet Reinach a été admis sans contestation. On sait que cet article diffère du texte voté par le Sénat, en ce que des dispositions spéciales sont prises pour l'assistance des épileptiques et des idiots, et en ce que les départements devront pourvoir à cette assistance dans un délai de dix ans.

Nous ferions, tout à la fois, un travail aride et fatigant pour nos lecteurs, si nous suivions article par article toutes les variantes de rédaction proposées par le Conseil supérieur de l'assistance publique. La publication faite par le ministère de l'Intérieur permet, à ceux

qui en ont le goût et le loisir, de collationner les textes. Ce qui nous intéresse plus particulièrement, c'est de faire l'examen critique des principes admis. Comme la Commission parlementaire de la législature précédente, le Conseil supérieur de l'assistance publique a condamné les établissements privés faisant fonction d'asiles publics, et a admis le délai proposé de dix ans pour que l'assistance des aliénés indigents se fît uniquement par les asiles publics. Le Sénat avait reculé devant cette mesure en voyant le nombre et l'importance des établissements privés ayant des traités avec les départements. Le nombre des aliénés assistés de la sorte dépasse, en effet, dix mille, et il y a évidemment un gros sacrifice à demander aux départements qui ont reculé, jusqu'à présent, devant la dépense de construction d'un asile. L'expérience, faite dans le département de l'Oise, de la transformation du plus grand de tous les asiles privés en un asile départemental permet de penser que la difficulté de cette transformation est moins grande qu'on ne le supposait tout d'abord. Dans un certain nombre de départements, les propriétaires des asiles privés auront intérêt à s'entendre avec l'administration, et le département trouvera plus avantageux d'acquérir un asile tout construit et tout aménagé ; les établissements défectueux disparaîtront, et ce sera un progrès à enregistrer.

Le Conseil supérieur de l'assistance publique a discuté la question des Commissions de surveillance et, finalement, a admis une rédaction qui se rapproche de celle du projet de loi et, par conséquent, du texte voté par le Sénat. La discussion paraît avoir été un peu confuse. Un des membres du Conseil avait proposé la suppression de ces Commissions, en invoquant qu'elles sont inutiles et ne peuvent que créer des embarras aux directeurs. Cette opinion est certainement excessive. Des conflits surgissent aujourd'hui, lorsque les commissions

de surveillance prennent des délibérations comme si elles étaient commissions administratives et n'avaient pas devant elles un directeur responsable ; mais on serait en présence d'inconvénients d'un autre genre, si on laissait l'administrateur sans contrôle et sans possibilité d'avoir un avis, et, ajoutons-le, une couverture dans les cas litigieux.

Nous sommes surpris, toutefois, que le Conseil supérieur n'ait pas émis des doutes sur le bon fonctionnement des commissions réunissant tout à la fois des membres appartenant à un corps élu, des membres nommés par le préfet, des magistrats, et l'administrateur nommé par le ministre. D'abord, il sera difficile, dans bien des départements, de réunir d'une manière périodique une semblable commission pour exercer un contrôle régulier. Puis, il n'est pas logique que l'administrateur provisoire soit membre de la commission, puisqu'il doit être, lui-même, contrôlé par cette même commission, et il se trouve, par là, juge et partie. Il ne peut qu'assister aux séances, comme les directeurs et les médecins des asiles y assistent aujourd'hui, sans avoir voix délibérative. Le texte admis par le Conseil supérieur de l'assistance publique ne peut pas, d'ailleurs, être adopté sans modification, car on y constate une omission manifeste. On y lit que la commission est composée de sept membres, savoir : « Deux conseillers généraux élus par l'assemblée départementale, deux membres choisis par le préfet, un juge titulaire ou suppléant désigné par le tribunal de l'arrondissement et l'administrateur dont il est parlé à l'article 10. » Nous ne trouvons là qu'un total de six membres. Le Conseil supérieur a supprimé le médecin inspecteur qui figure dans le texte voté par le Sénat, et a omis de dire par qui on devait le remplacer pour ramener à sept le nombre des membres de la Commission.

Nous rencontrons, modifié, l'article qui fixe le mode de nomination du personnel des asiles, depuis les directeurs médecins jusqu'aux internes, et en dehors du personnel médical, depuis les receveurs jusqu'aux infirmiers. Le concours n'est plus exigé que pour les nominations de médecins adjoints, et ceux-ci doivent avoir au moins trois ans d'adjutat pour être nommés médecins en chef, ou directeurs-médecins. On renvoie à un règlement d'administration pour la nomination des receveurs, économies et autres employés ayant droit à une pension de retraite. La nomination des infirmiers doit être soumise à l'approbation préfectorale. Nous doutons beaucoup de l'efficacité de l'approbation préfectorale pour assurer le bon recrutement du personnel des infirmiers.

Nous n'avons pas besoin de rappeler qu'une des innovations du projet de loi consiste dans la déclaration et la surveillance du traitement des aliénés en dehors des asiles. M. Reinach a repris le texte voté par le Sénat, et le Conseil supérieur de l'assistance publique a admis à son tour la nécessité de cette surveillance.

Mais ce que n'a pas admis le Conseil, c'est l'opportunité de créer dans chaque département un poste de médecin-inspecteur et un poste de curateur à la personne, ces créations ne pouvant être d'aucune utilité réelle aux aliénés et ne pouvant donner matière qu'à des conflits. Nous mentionnerons que le Congrès de Rouen avait émis le vœu de ne pas voir créer, vis-à-vis les médecins des asiles, les médecins inspecteurs départementaux. Nous sommes donc en communauté d'avis avec le Conseil supérieur de l'assistance publique. Le curateur est remplacé par un administrateur provisoire des biens. On sait que la fortune des aliénés n'est pas suffisamment protégée par la législation actuelle, et que c'est là une des lacunes de la loi du 30 juin 1838; mais on peut se demander si certaines des mesures proposées répondent

bien au but qu'on veut atteindre. Le mode de nomination des administrateurs des biens sera hybride si cette nomination est faite par le ministre de l'intérieur sur une liste de présentation dressée par le tribunal civil.

La réorganisation de l'inspection générale du service des aliénés et l'organisation d'un comité supérieur n'ont pas rencontré d'objections graves.

L'article 14 du projet de loi est l'un des plus importants, en ce qu'il fixe les conditions de placement faits sur la demande des particuliers. Ces conditions ont été admises par le Conseil supérieur de l'assistance, sauf quelques variantes : ainsi, la demande d'admission serait légalisée au lieu d'être visée. Le rapport médical doit être, lui aussi, légalisé, ce qui paraît un luxe inutile quand la signature du médecin est connue ; enfin, le quartier d'observation est réduit à une salle d'observation. Le placement reste d'abord provisoire et les malades sont inscrits sur un registre spécial. Ceux qui ont l'expérience du service des asiles regarderont comme bien peu pratique ce placement provisoire avec son registre spécial. Ce serait, en réalité, un registre formant double emploi avec le registre des admissions définitives, et ce ne sont pas les copies multiples d'un employé de bureau qui ajouteront la plus légère amélioration au traitement d'un aliéné, ou la moindre garantie à la liberté individuelle des citoyens.

Les articles qui règlent l'intervention des maires et des commissaires de police, lorsque l'aliéné résiste à son transfèrement, l'admission sur la demande du malade lui-même, le placement des Français à l'étranger et des étrangers en France, enfin la notification des placements au préfet et au procureur de la République, n'ont soulevé aucune discussion importante.

Nous arrivons à l'un des points fondamentaux du projet de révision de la législation sur les aliénés, c'est-

à-dire à l'intervention de la magistrature pour le maintien des aliénés à l'asile.

Le Conseil s'est prononcé contre cette intervention. En ce qui nous concerne personnellement, nous, médecins d'asile, nous n'avions guère à redouter cette intervention. Qu'un malade soit placé en vertu d'un arrêté du préfet, ou maintenu en vertu d'un jugement du tribunal, tout se réduit pour nous à une question de forme. On nous accuse assez facilement de retenir des individus qui pourraient vivre en liberté, et si tous les placements étaient confirmés par le tribunal, il faudrait bien admettre que les magistrats sont devenus nos complices. En réalité, cette intervention de la magistrature n'ajouterait aucune garantie à la liberté individuelle et présente bien des inconvénients ; car on va, comme l'a dit, d'une manière pittoresque, M. Sabran, établir un casier médical pour les familles, quand, dans certains cas, on trouve d'énormes inconvénients au casier judiciaire, qui ne touche qu'une seule personne. En effet, aujourd'hui, on peut, pour la somme de 50 centimes, obtenir communication d'un jugement, et, avec l'intervention du tribunal, telle que la prévoit le nouveau projet de loi, les secrets des familles seraient à la disposition de celui qui voudrait faire la dépense de cette modique somme de 50 centimes. Nous n'avons pas à reprendre ici la discussion de cette question ; mais, si l'avis du Conseil supérieur de l'assistance publique peut prévaloir, nous assisterons à un véritable revirement d'opinion, qui rendra hommage aux législateurs de 1838.

Nous avons à relever dans le nouveau texte que nous examinons, une lacune. D'après le projet de loi, les placements, d'abord provisoires, devenaient définitifs par un jugement du tribunal. Le Conseil supérieur de l'assistance publique a admis que les placements seraient d'abord provisoires, mais il s'est prononcé ensuite contre

l'intervention des magistrats, de sorte que l'on ne voit plus comment les placements deviendraient définitifs. Nous avons déjà dit ce que nous pensions du placement provisoire, et le rejet de l'intervention de la magistrature aurait dû entraîner le remaniement d'un des articles précédents, en même temps qu'on propose de maintenir les dispositions de la loi de 1838, spéciales à l'admission dans les établissements privés.

Les articles concernant le transfèrement d'un asile dans un autre, la tenue du registre matricule, la sortie des malades, articles qui, d'ailleurs, ne s'écartent pas des dispositions de la loi du 30 juin 1838, n'ont pas soulevé de discussion. Il en a été de même, sauf sur un point, pour toute la section concernant les placements ordonnés par l'autorité publique, ou placements d'office. C'est qu'en effet, pour ces placements, on redoute peu les séquestrations arbitraires; mais ce qui est souvent défectueux, c'est le mode d'opérer avant l'admission à l'asile. M. Monod, dans un travail communiqué au Congrès international d'aliénation mentale, a signalé l'état défectueux des locaux destinés aux aliénés dans les hospices civils, et le Conseil supérieur d'assistance a appuyé sur le point de supprimer ou tout au moins de réduire au minimum le temps que passent les aliénés dans les hospices avant d'entrer à l'asile, et il a également protesté contre le passage d'une partie des aliénés de la Seine par l'infirmerie du dépôt de la préfecture de police.

Nous trouvons quelques modifications proposées dans la partie ayant pour objet les condamnés reconnus aliénés, les aliénés dits criminels, les inculpés présumés aliénés et soumis à une expertise médico-légale. Le Conseil supérieur de l'assistance publique s'est rapproché du texte voté par le Sénat, en ce sens que les condamnés reconnus aliénés, d'après le nouveau texte,

*peuvent* être conduits dans des quartiers spéciaux annexés à des établissements pénitentiaires, et y sont retenus jusqu'à leur guérison ou jusqu'à l'expiration de leur peine. Mais le Conseil propose une disposition qui ne figurait jusqu'à présent dans aucun texte, c'est l'annexion à ces quartiers spéciaux de sections distinctes pour les condamnés qui sont arrivés à l'expiration de la peine et ne sont pas guéris de la maladie mentale. Une décision du ministre pourrait, toutefois, faire transférer ces aliénés dans l'asile de leur département. Le Conseil n'est pas d'avis de faire construire des asiles spéciaux pour les aliénés dits criminels, ni d'établir dans les hospices un local d'observation en vue de déterminer l'état mental d'un inculpé présumé aliéné.

Les recettes et les dépenses du service des aliénés ont soulevé très peu de discussions ; néanmoins, l'attention du Conseil a été appelée, à juste titre, sur les inconvénients résultant de ce que les Conseils généraux peuvent fixer d'une manière souveraine le prix de journée quand l'asile est départemental. MM. de Crisenoy et Monod ont fort bien exposé cette question, et un paragraphe additionnel a été ainsi rédigé : « Si le Comité supérieur consulté, conformément à l'article 12 ci-dessus, déclare que le prix de journée est insuffisant, ce prix est fixé par le ministre de l'intérieur. » Nous ne pouvons que souhaiter de voir cet article adopté par la Chambre.

Nous passerons rapidement sur les dispositions communes à toutes les personnes placées dans les établissements d'aliénés, sur les pénalités et, enfin, sur les dispositions générales et transitoires. Nous avons déjà vu dans une chronique précédente que le projet de loi déposé par M. Reinach, reproduit sur ces points, presque littéralement, le texte voté par le Sénat ; la rédaction proposée par le Conseil supérieur de l'assistance

publique ne s'en écarte que sur des points de détail, et nous avons déjà dit que le curateur n'était pas admis. Tout ce qui le concerne est, par conséquent, supprimé.

On s'est préoccupé de ne mettre aucune entrave à la faculté donnée à toute personne retenue dans un établissement d'aliénés de se pourvoir devant le tribunal, et on a cherché à réduire au minimum les frais de la justice en spécifiant que la requête était faite sur papier libre et sans ministère d'avoué. Il nous semble qu'on n'a pas été entièrement logique en n'accordant pas l'enregistrement gratis, et en maintenant la disposition actuellement en vigueur que les actes sont visés pour timbre et enregistrés en débet. Cet enregistrement en débet a déjà soulevé bien des difficultés et constitue une véritable amende à l'aliéné qui en réfère au tribunal. Certains receveurs d'enregistrement ont eu la prétention de recouvrer la somme sur le pécule de l'aliéné. Ici le médecin peut opposer un refus si l'aliéné ne possède rien autre; mais si le malade a un petit mobilier, le receveur d'enregistrement peut répondre au refus de paiement en faisant saisir le mobilier. Enfin ce débet reste une épée de Damoclès sur la tête du malade indigent, si celui-ci vient à sortir de l'asile. Quelque soin qu'ait le tribunal de ne pas grossir les frais d'enregistrement, et alors que la dette est minime, elle est encore trop élevée pour le malade indigent, et il n'a certainement pas été dans l'esprit du législateur de faire payer, en pareil cas, des frais de justice qui se distinguent difficilement des frais qu'aurait à payer un délinquant.

Nous ne voyons pas sans regret que M. de Crisenoy ait obtenu du Conseil supérieur la suppression du paragraphe portant que les règlements d'administration publique détermineront les bases générales du concours

des communes à la dépense des aliénés indigents et les règles à suivre pour appliquer ces bases aux diverses communes et fixer la proportion du concours à exiger d'elles. Sans doute, c'est une restriction au pouvoir absolu des Conseils généraux en pareille matière, et c'est aller à l'encontre des principes de décentralisation aujourd'hui en faveur; mais on ne comprend guère qu'en matière d'assistance, il n'y ait pas une règle unique pour toute la France. On a reconnu au Conseil supérieur d'assistance publique la nécessité d'exercer un contrôle sur la fixation du prix de journée et on ne voit pas pourquoi la répartition des parts contributives ne serait soumise à aucune règle.

L'examen du projet de loi a eu pour corollaire des vœux de diverse nature.

Le Conseil a émis le vœu que les médecins en exercice depuis six ans, au moment de la promulgation de la loi, continuent de jouir de leurs anciennes prérogatives. Ce vœu se rapporte aux retraites et il est certain que la plupart des caisses départementales ont des statuts plus avantageux pour les médecins d'asiles que la caisse de l'Etat. Mais c'est à la condition que le temps de service passé hors du département où ils se trouvent actuellement soit compté intégralement. Il sera bon de fixer des dispositions pour que les médecins sachent sous quel régime ils seront placés au point de vue des droits à la retraite, et que les mesures transitoires ne viennent pas augmenter les incertitudes actuelles d'un certain nombre.

Une autre série de vœux concerne l'enseignement des maladies mentales, et a été suivie de résolutions au sujet de la création de sociétés de patronage pour les aliénés sortant des asiles. Mais nous ne croyons pas devoir aujourd'hui aborder l'examen de ces questions.

Si nous résumons l'examen critique que nous venons

de faire en cherchant à apprécier le rôle du Conseil supérieur de l'assistance publique, nous voyons qu'il a voulu tout d'abord affirmer le caractère d'hôpitaux qui doit être conservé aux asiles d'aliénés. Il a voulu éviter ce qui pourrait permettre de rapprocher le malade du délinquant et divulguer les secrets des familles, et alors il a repoussé l'intervention des magistrats pour le placement des aliénés dans les établissements. Il s'est prononcé contre la création de rouages qu'il a jugés inutiles et même dangereux, et c'est ainsi qu'il a voté contre l'institution des médecins inspecteurs départementaux, et des curateurs placés à côté des administrateurs provisoires. Enfin, il a demandé que le Comité supérieur eût le pouvoir de signaler au ministre l'insuffisance du prix de journée et qu'en pareil cas, le ministre pût rendre exécutoire l'avis du Comité supérieur. Sans doute, le projet de loi tel qu'il sort des mains du Conseil de l'assistance publique ne nous paraît pas parfait et nous avons pu formuler un certain nombre de critiques, mais nous pensons que le texte voté par le Sénat et déjà amendé à la Chambre, est modifié dans un sens éminemment favorable.

Il nous reste maintenant à attendre le rapport de la Commission parlementaire.

A. GIRAUD.

---

## Pathologie

---

# ALIÉNATION MENTALE

PAR TROUBLES DE LA NUTRITION

PREUVES EXPÉRIMENTALES

DE L'EXISTENCE DE CE GENRE D'ALIÉNATION

par MM. MAIRET et BOSC.

(*Travail du laboratoire de la clinique des maladies mentales et nerveuses de Montpellier.*)

---

Lorsqu'on cherche à reconstituer la genèse de certains cas d'aliénation mentale, et que pour cela on remonte à l'étude des causes, on trouve que ces cas se sont développés à la suite de quelque maladie physique grave, comme la fièvre typhoïde, ou bien pendant la puerpéralité, ou bien encore à certains moments de l'évolution de la vie, à la puberté, par exemple.

Dans ces cas, il vient naturellement à l'esprit de rattacher la folie à ces perturbations physiques, et cela avec d'autant plus de raison que, parfois, on ne trouve pas d'autre cause susceptible d'expliquer le développement de l'aliénation mentale, et que la modalité et l'évolution suivies par cette dernière ont quelque chose de spécial. Aussi la plupart des cliniciens admettent-ils cette subordination. Toutefois cette opinion trouve encore des adversaires, elle manque, en effet, de preuve scientifique.

Cette preuve, les expériences que nous avons entreprises sur la toxicité des urines des aliénés nous paraissent l'apporter, et il nous a paru intéressant de soumettre ces expériences à l'appréciation des lecteurs d'un journal qui s'occupe spécialement de psychiatrie.

Nous avons étudié successivement la toxicité de l'urine de malades atteints de manie, de stupeur, de lypémanie, de folie des persécutions et de démence sénile. Nous avons recueilli autant que possible l'urine des vingt-quatre heures de ces divers malades, et c'est sur cette urine que nous prélevons la quantité nécessaire pour nos expériences.

Comme sujets d'expérience, nous avons pris le lapin et le chien, mais tout particulièrement le chien, dont le système nerveux est plus développé et d'une réaction plus sensible et plus complète que celui du lapin.

Nous avons choisi comme voie d'introduction de l'urine, la voie intraveineuse, en suivant les règles que nous avons formulées à propos de nos recherches sur l'urine normale et qu'on trouvera dans les *Comptes rendus de la Société de Biologie* (13 décembre 1890) et dans les *Archives de Physiologie* (avril 1891).

Les résultats que nous avons obtenus avec l'urine normale nous ont servi de terme de comparaison pour juger de l'effet des urines pathologiques, et pour que le lecteur puisse facilement se rendre compte de la différence dans les effets, nous réunissons dans un tableau d'ensemble qu'on trouvera à la fin de ce travail, l'action de l'urine normale d'une part, et d'autre part, l'action des urines des différentes formes d'aliénations mentales que nous avons étudiées.

Nous avons fait cette étude à un double point de vue : au point de vue du *degré de toxicité*, et au point de vue des *qualités toxiques*, c'est-à-dire de l'action des urines sur les différentes fonctions de l'économie ; tube digestif,

respiration, circulation, calorification, pupilles et système nerveux.

Dans une *première partie*, nous analyserons brièvement les principaux résultats que nous avons obtenus pour chaque forme d'aliénation mentale en particulier, renvoyant, pour plus de détails, le lecteur à un travail d'ensemble que nous publions en ce moment sur la toxicité des urines normales et pathologiques.

Dans une *seconde partie*, rapprochant l'un de l'autre nos résultats, nous en ferons la synthèse. De cette synthèse se dégagera la preuve scientifique que les perturbations physiques dont nous parlions tout à l'heure peuvent donner naissance à l'aliénation mentale, et nous établirons la nature de cette aliénation.

## ÉTUDE ANALYTIQUE

### I. — MANIE.

Nos expériences sur l'urine des maniaques ont porté sur l'urine de trente-trois malades ; vingt-cinq d'entre eux étaient agités, huit étaient calmes. Les résultats que nous avons obtenus ont été différents, suivant qu'il y avait ou non agitation.

*A. MANIE SANS AGITATION.* — Nous avons fait cinq expériences sur des lapins et trois sur des chiens. Dans l'un et l'autre cas, les résultats ont les plus grandes ressemblances avec ceux que nous a donnés l'urine normale. L'urine des maniaques non agités serait seulement peut-être un peu plus énergique, en ce sens que chez le chien, par exemple, le myosis se produirait à des doses où il ne se produit pas avec l'urine normale et l'affaissement serait plus marqué.

*B. MANIE AVEC AGITATION.* — Les résultats que nous donnent les injections d'urines de maniaques agités nous

amènent à diviser ces malades en deux groupes. Cette division est indépendante de l'agitation.

*Premier groupe.* — Dans le premier groupe rentrent dix malades. Nous avons injecté l'urine de trois d'entre eux à des lapins et de sept à des chiens.

Les résultats ont été d'une manière générale les mêmes chez ces deux espèces d'animaux.

Si nous comparons ces résultats avec ceux que nous a fournis l'urine normale, les faits suivants se dégagent :

1° *Au point de vue du degré de toxicité.* — L'urine des maniaques agités est considérablement plus toxique que l'urine normale. Ainsi, tandis que chez le lapin, avec cette dernière urine, nous n'avons jamais produit la mort au-dessous de 45 centimètres cubes par kilogramme du poids du corps, avec l'urine provenant de maniaques agités la mort est survenue deux fois avec 25 centimètres cubes. Ainsi encore, tandis que chez le chien il faut 100 centimètres cubes d'urine normale pour tuer l'animal, 30 et même 25 centimètres cubes suffisent lorsque l'agitation est très considérable.

2° *Au point de vue des caractères.* — D'une manière générale les caractères sont les mêmes pour ce qui concerne le myosis, les mictions, la respiration, la circulation, la calorification, le système nerveux, la manière dont les animaux succombent, et même les lésions trouvées à l'autopsie. Une seule différence, c'est qu'on note un peu d'hyperexcitabilité musculaire et une légère hyperesthésie surtout marquée à la racine des membres.

L'urine des maniaques de ce premier groupe n'aurait donc guère de différence avec l'urine normale, que sa plus grande toxicité.

*Deuxième groupe.* — Le deuxième groupe renferme quinze expériences ayant trait à quatre malades dont l'agitation était considérable, mais ne dépassait pas en intensité celle des malades du premier groupe, dont

quatre en particulier étaient dans un état d'agitation excessive.

Les résultats que nous avons obtenus avec les urines du deuxième groupe, comparés avec ceux que nous fournit l'urine normale, nous amènent aux conclusions suivantes :

1° Relativement au *degré de toxicité*. — Ce degré est considérablement augmenté ; 25 centimètres cubes de l'urine de ces maniaques suffisent pour tuer immédiatement le lapin.

2° Relativement aux *caractères de la toxicité*. — Leur action sur la pupille s'exerce dans le même sens que celle de l'urine normale, seulement elle est plus intense et plus persistante.

Les *mictions* sont moins abondantes.

La *respiration* est atteinte de la même façon, mais les troubles convulsifs sont beaucoup plus marqués.

La *circulation* est impressionnée de la même manière.

La *calorification* subit généralement les mêmes modifications, c'est-à-dire qu'il y a hypothermie, mais le fait est moins constant : dans quelques cas, en effet, on peut constater, au contraire, de l'hyperthermie.

Du côté du *système nerveux*, à côté de symptômes semblables, parmi lesquels l'affaissement, on constate des dissemblances se traduisant :

1° Par une *convulsibilité* portée à un degré extrême ; les attaques, même chez le chien, se succèdent rapidement, le moindre attouchement d'un point quelconque du corps de l'animal produit des secousses convulsives qui peuvent, dans certains cas, se généraliser.

2° Par une hyperexcitabilité musculaire et tendineuse énorme et une hyperesthésie très marquée.

Si on compare les effets des urines du deuxième groupe avec ceux des urines du premier groupe, on trouve, au point de vue du *degré de toxicité*, que ces deux

espèces d'urines se rapprochent beaucoup l'une de l'autre, tandis qu'au point de vue des *qualités toxiques*, il existe entre elles les mêmes dissemblances que celles que nous avons constatées à propos de l'urine normale. En outre, tandis que, dans le premier groupe, la toxicité de l'urine diminue notablement, disparaît même lorsque le calme se produit, dans le deuxième groupe, cette toxicité peut se continuer encore très marquée et avec ses caractères ordinaires, lorsque les malades sont calmes.

## II. — STUPEUR.

Nos expériences nous amènent à diviser en deux groupes, relativement à leur toxicité, les cas de stupeur que nous avons étudiés, le premier groupe est constitué par des cas de stupeur simple, le second par des cas de stupeur lypémaniaque.

*Stupeur simple.* — Les effets des urines de malades atteints de stupeur simple, comparés avec ceux de l'urine normale, donnent les résultats suivants :

1° *Degré de toxicité*: Un peu plus élevé que la normale. 60 centimètres cubes par kilogramme du poids du corps sont suffisants pour produire la mort, alors qu'il faut 100 centimètres cubes d'urine normale.

2° *Qualités toxiques*: D'une manière générale, semblables à celles de l'urine normale. La seule différence, en réservant toutefois ce qui a trait à la température qui est peut être impressionnée d'une autre façon, consiste en de l'hyperexcitabilité musculaire.

*Stupeur lypémaniaque.* — Nos expériences, au nombre de 9, ont porté, 6 sur des chiens et 3 sur des lapins. Elles nous conduisent aux résultats suivants :

1° *Le degré de toxicité* est considérablement augmenté. 25 centimètres cubes suffisent pour tuer un chien.

2<sup>e</sup> *Les qualités toxiques* sont les mêmes pour ce qui concerne les différentes fonctions autres que le système nerveux; mais, pour ce dernier, on constate, à côté de symptômes semblables, des symptômes nouveaux constitués par un état d'inquiétude, d'apeurement et de stupeur, qui rappelle l'état des malades qui ont fourni l'urine. D'abord apparaissent l'inquiétude et l'apeurement, puis vient la stupeur qui se prononce de plus en plus et on peut faire prendre et garder pendant longtemps à l'animal les attitudes les plus diverses et les plus difficiles. Immobile, le chien sent, entend, voit, mais, malgré tous les bruits, ne fait aucun mouvement. Dans cet état, si on le frappe, il ne se défend pas et si on le pousse vigoureusement, il fait deux à trois pas, puis il s'arrête, reprenant son état de stupeur antérieur. Peu à peu la stupeur diminue, l'animal, tout en restant toujours immobile, ne garde plus les attitudes diverses qu'on lui donne et se contente de remuer la tête de-ci et de-là avec une expression de vague. Cet état persiste ainsi un temps variable et, le lendemain matin, on ne constate généralement plus qu'un peu d'engourdissement et de tristesse. Cependant ces troubles peuvent être plus persistants : un de nos chiens est demeuré pendant cinq jours plus engourdi et plus triste.

*A l'autopsie*, on trouve les lésions suivantes : caillots noirâtres dans les sinus craniens, congestion violente des méninges de la convexité, liquide dans les ventricules, congestion très grande de la pie-mère, du cervelet et du bulbe, œdème du plancher du quatrième ventricule, congestion au niveau des différents organes, caillots sanguins dans l'intérieur des ventricules.

## III. — LYPÉMANIE.

Nos expériences sur l'urine des lypémaniaques, au nombre de 22, ont porté 13 fois sur des chiens et 9 fois sur des lapins. Les résultats qu'elles nous ont donnés, comparés avec ceux de l'urine normale, nous montrent des ressemblances et des dissemblances.

Comme *ressemblances*, l'action sur la pupille, la miction, la respiration, la circulation est la même, sauf une intensité plus grande sous l'influence des injections d'urines de lypémaniaques.

Comme *dissemblances*, on trouve :

1<sup>o</sup> A propos de la température, des variations caractérisées par une hyperthermie consécutive à de l'hypothermie et suivie d'une nouvelle chute de la température qui n'existe pas avec l'urine normale.

2<sup>o</sup> Une diminution et même parfois une abolition de la sensibilité qui n'existe pas non plus avec l'urine normale.

3<sup>o</sup> Une abolition des réflexes.

4<sup>o</sup> Des troubles psychomoteurs, beaucoup plus marqués dans le sens de la résolution et de la somnolence, et un état d'inquiétude avec égarement et hyperexcitabilité auditive qu'on ne rencontre pas à la suite des injections d'urine normale.

5<sup>o</sup> Enfin, le degré de toxicité de l'urine lypémaniaque est beaucoup plus considérable ; 30 centimètres cubes et même parfois 25 centimètres cubes suffisent pour produire la mort.

Cette toxicité plus grande et ces qualités différentes n'ont aucune relation avec la densité.

#### IV. — FOLIE DES PERSÉCUTIONS ET DÉMENCE SÉNILE.

Nous avons fait d'assez nombreuses recherches sur la folie des persécutions.

Ces recherches nous conduisent aux résultats suivants : Quand l'individu n'est pas agité, les *qualités toxiques* de l'urine du persécuté sont les mêmes que celles de l'urine normale, le degré de toxicité seul est un peu plus grand. Quand le persécuté est agité, on peut retrouver des symptômes semblables à ceux de la lypémanie.

DÉMENCE SÉNILE. — L'urine des déments séniles non agités a une toxicité moindre que l'urine normale et ne présente pas de caractères spéciaux.

Tels sont les différents résultats que nous ont donnés nos recherches pathologiques.

### ÉTUDE SYNTHÉTIQUE

Les effets produits par l'urine de nos malades étant connus, nous devons maintenant les rapprocher l'un de l'autre et en tirer les enseignements qui s'en dégagent.

Nous étudierons le degré de toxicité et, en second lieu, les qualités toxiques.

#### I. — DEGRÉ DE TOXICITÉ.

Dans toutes les formes d'aliénation mentale, autres que la démence sénile, le degré de toxicité de l'urine a été augmenté, mais cela toutefois dans des proportions bien différentes suivant la forme d'aliénation et suivant l'acuité de la maladie.

Tandis que la manie sans agitation a une toxicité semblable à celle de l'urine normale, tandis que la stu-

peur simple et la folie des persécutions ont un degré de toxicité relativement faible, la stupeur lypémaniaque, la lypémanie, la manie avec agitation ont au contraire une toxicité beaucoup plus énergique.

Mais la forme ne nous paraît être qu'un élément secondaire au point de vue du degré de toxicité de l'urine, l'élément premier dépend de l'intensité de la maladie. Chez tous nos malades, en effet, peu importe la forme revêtue, plus la maladie était intense, plus le degré de toxicité était élevé.

Une preuve très nette de ce que nous avançons nous est fournie par ce qui se passe dans la manie. Lorsque le malade est agité, la toxicité de l'urine est très considérable ; lorsqu'il est calme, cette toxicité ne dépasse pas la normale. Il en est ainsi pour le lypémaniaque, il en est ainsi pour le perséenté, si bien que, chez ce dernier, ce n'est que quand il y a agitation que l'urine devient réellement plus toxique qu'à l'état normal. Dans ces cas, le degré de toxicité de l'urine est donc lié à l'intensité de la maladie, si bien que lorsque l'agitation ou la tristesse diminuent ou cessent, sans que pourtant il y ait guérison, la toxicité diminue ou cesse.

Toutefois il n'en est pas toujours ainsi, et il est des cas dans lesquels, malgré la diminution de la maladie, alors que la malade était en état de convalescence, l'urine possédait encore une puissance toxique très considérable. C'est ce que nous avons constaté dans la manie avec agitation, chez les malades du second groupe.

Si donc, dans certains cas, le degré de toxicité de l'urine est lié à l'intensité plus ou moins considérable de la maladie, dans d'autres cas cette toxicité semble reconnaître une autre cause.

## II. — QUALITÉS TOXIQUES.

D'une manière générale, les qualités toxiques des urines des aliénés sont les mêmes que celles de l'urine normale, pour ce qui concerne toutes les fonctions autres que le système nerveux.

Pour ce qui concerne le système nerveux, on retrouve dans tous les cas des symptômes semblables à ceux que produit l'urine normale, mais à côté de ces symptômes en existent d'autres.

A ce point de vue nos expériences se divisent en deux groupes. Dans l'un, on constate des symptômes qui n'existent pas avec l'urine normale ; dans l'autre, il n'y a pas de symptômes nouveaux, mais certains troubles que produit l'urine normale prennent une importance exagérée.

Dans le second groupe rentrent le premier groupe de manie avec agitation, la stupeur simple et la folie des persécutions. Dans ces cas, en effet, à part un certain degré d'hyperexcitabilité musculaire et un peu d'hyperesthésie (manie), la symptomatologie est semblable à celle de l'urine normale, l'affaissement et la résolution sont seulement plus marqués.

Dans le premier groupe rentrent le troisième groupe de manie, la stupeur lypémaniaque et la lypémanie.

Les maniaques du deuxième groupe présentent une hyperesthésie, une hyperexcitabilité musculaire et auditive et un état de convulsibilité qu'on ne retrouve pas avec l'urine normale.

Cet état est poussé si loin que, dans l'intervalle des attaques convulsives, alors que la résolution est complète, la moindre excitation, un bruit ou un simple attonchement d'un point du corps, par exemple, suffisent pour produire des convulsions généralisées.

Les chiens injectés avec de l'urine des malades atteints de stupeur lypémaniaque offrent des dissemblances encore plus marquées et plus frappantes. Ils présentent un état de stupeur, avec inquiétude et apeurement, qui ne dure que quelques heures, il est vrai, mais qui n'en traduit pas moins assez bien, dans son expression symptomatique, ce qui existe chez l'individu atteint de cette forme d'aliénation mentale.

L'urine des lypémaniaques donne naissance non seulement à un état de résolution beaucoup plus marqué qu'à l'état normal, mais encore à de l'inquiétude et à de l'apeurement, et à de l'hyperesthésie auditive.

En résumé donc, tandis que dans certains cas l'urine de l'aliéné ne fait que reproduire le tableau symptomatique de l'intoxication par l'urine normale, en exagérant seulement certains symptômes, dans d'autres cas, à ce tableau se surajoutent des éléments nouveaux.

### III.

Ces deux ordres de faits méritent d'attirer notre attention.

D'abord, nous ferons remarquer que, dans les cas où l'urine pathologique ne fait que reproduire le tableau de l'intoxication par l'urine normale, le degré de toxicité est intimement lié à l'intensité plus ou moins considérable de la maladie. Dans la manie, il est lié à l'agitation; dans la stupeur, à la dépression.

Lorsque, au contraire, l'urine pathologique donne naissance à des symptômes nouveaux, la toxicité persiste dans ses caractères principaux, alors que l'intensité de la maladie a diminué, et ne disparaît que lorsque l'individu est revenu complètement à son état normal.

Par suite, tandis que, dans les premiers cas, la toxicité de l'urine est liée, non au fond même de la maladie,

mais à un élément secondaire, à l'acuité, dans les seconds, elle est plus intimement liée à la maladie elle-même.

Et ce qui oblige à admettre que dans ces derniers cas il en est bien ainsi, c'est que parfois, comme dans la stupeur lypémaniaque, les urines injectées reproduisent, chez le chien, les symptômes principaux qui caractérisent, chez l'homme, ce genre d'aliénation mentale : stupeur, apeurement, inquiétude.

Il y a donc évidemment, de par la toxicité des urines, une différence essentielle entre les malades du second groupe et ceux du premier.

Or, si, laissant de côté l'expérimentation, on revient à la clinique, et on étudie ces deux groupes au point de vue étiologique, on voit, à part la lypémanie au sujet de laquelle de nouvelles recherches sont encore nécessaires pour fixer nos idées, les faits qui les constituent se diviser aussi en deux groupes : ceux qui reconnaissent comme causes les causes ordinaires des névroses et ceux qui reconnaissent comme causes les perturbations physiques dont nous parlions au début de ce travail : maladies infectieuses, puerpéralité, puberté.

Et si l'on rapproche de ces données étiologiques les données fournies par l'expérimentation, on voit que les cas qui reconnaissent comme causes les causes ordinaires des névroses, sont ceux dans lesquels la toxicité de l'urine est liée à un élément secondaire, agitation ou dépression, tandis que ceux qui reconnaissent comme causes un trouble physique profond, sont ceux dont la toxicité des urines paraît liée au fond même de la maladie.

Par suite l'expérimentation vient confirmer ce qu'in-diquait l'étude des causes et affirmer l'existence, à côté des aliénations mentales névroses, d'aliénations mentales de nature autre.

TABLEAU comparatif entre les effets des urines pathologiques et les effets des urines normales.

	URINES NORMALES DES 24 HEURES	MANIE			STUPEUR		LYPÉMANIE	FOLIE DES PERSÉCUTIONS	DÉMENCE SÉNILE
		MANIAQUES CALMES		MANIAQUES AGITÉS	STUPEUR	STUPEUR LYPÉMANIQUE			
		MANIE SIMPLE	MANIE PAR TROUBLÉS DE LA NUTRITION	SIMPLE					
Degré de toxicité.	<i>Chien meurt à 100 c. c. par kilogramme. Lapin : mort éloignée à 45 c. c., mort immédiate à 90 c. c. par kilogramme. Toxicité moyenne 67 c. c.</i>	<i>Idem.</i>	<i>Très augmenté ; la mort peut survenir, chez le chien comme chez le lapin, de 30 à 40 c. c. par kilogr. du poids du corps.</i>	<i>Est très augmentée ; la mort survient à 25 c. c.</i>	<i>Augmenté, chez le chien meurt avec 60 c. c. par kilogramme du poids du corps.</i>	<i>Très élevé ; à 25 c. c. par kilogr., mort chez le lapin et le chien.</i>	<i>Très augmenté ; 30 et 35 c. c. par kilogramme du poids du corps entraînant la mort.</i>	<i>Plus considérable que pour les urines normales, la mort arrive à 50 c. c. par kilogramme.</i>	<i>Parait être inférieur à celui de l'urine normale.</i>
Myosis.	<i>Chez le lapin, myosis peu marqué à doses faibles, marqué à hautes doses. La pupille peut devenir punctiforme. Nul chez le chien, sauf à doses toxiques.</i>	<i>Idem.</i>	<i>Plus marqué que pour la normale.</i>	<i>Très rapide, très énergique dès la fin de l'injection ; persistant ; pupille punctiforme.</i>	<i>Léger.</i>	<i>Très considérable, plus rapide et plus persistant que dans la normale.</i>	<i>Myosis très marqué chez le lapin, plus léger et tardif chez le chien.</i>	<i>Nul ou léger.</i>	<i>Très léger.</i>
Exophthalmie.	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tube digestif.	<i>Chez le lapin, soif, diarrhée. Chez le chien, salivation, vomissements, diarrhée.</i>	<i>Idem.</i>	<i>Idem.</i>	<i>Salivations plus abondantes, vomissements, diarrhée.</i>	<i>Idem.</i>	<i>Soif, vomissements, salivation, diarrhée.</i>	<i>Salivation, vomissements, diarrhée, même à faibles doses.</i>	<i>Comme pour la normale.</i>	<i>Idem.</i>
Mictions.	<i>Abondantes pendant et après l'injection.</i>	<i>Idem.</i>	<i>N'apparaissent que plus tardivement après l'injection.</i>	<i>Moins abondantes qu'avec l'urine normale.</i>	<i>Assez abondantes.</i>	<i>Nulles.</i>	<i>Fréquentes et abondantes.</i>	"	<i>Assez abondantes.</i>
Respiration.	<i>Ralentie à toutes les doses ; gène qui augmente avec la dose.</i>	<i>Idem.</i>	<i>Ralentie ; la difficulté est plus rapide, plus considérable, il peut y avoir des pauses respiratoires et mort.</i>	<i>Ralentie ; devient rapidement difficile, saccadée, convulsive avec cornage, pauses et arrêt assez considérable.</i>	<i>Ralentissement, difficulté, tirage, cornage, pauses.</i>	<i>Fort ralentissement ; difficulté, tirage, cornage, pauses.</i>	<i>Ralentie ; ce ralentissement s'accompagne de difficulté respiratoire considérable.</i>	<i>Ralentie.</i>	<i>Ralentie, mais la difficulté et la gène sont minimales.</i>
Circulation.	<i>Accélération constante avec plus grande énergie des battements cardiaques.</i>	<i>Idem.</i>	<i>Accélération, quelquefois suivie d'un ralentissement.</i>	<i>Augmentation de la fréquence et de l'énergie.</i>	<i>Accélération, irrégularité.</i>	<i>Accélération quelquefois précédée d'un ralentissement.</i>	<i>Accélération.</i>	<i>Accélération.</i>	<i>Accélération.</i>
Calorification	<i>Hypothermie pouvant atteindre 3 et 4 degrés.</i>	<i>Hypothermie de 0°,5 à 1°,5.</i>	<i>Hypothermie de 0°,5 à 2 degrés et même 5°,3.</i>	<i>Hypothermie jusqu'à 3 degrés hyperthermie 0°,2 à 0°,9.</i>	<i>Hyperthermie.</i>	<i>Hypothermie jusqu'à 2°,1.</i>	<i>Hypothermie jusqu'à 2 degrés. Une fois hyperthermie de 4°,5.</i>	<i>Hypothermie.</i>	<i>Hypothermie.</i>
Système nerveux.	<i>Phénomènes consistant, suivant les doses, en un simple affaissement, avec somnolence quelquefois, et conservation des réflexes ; en résolution comma, attaques épileptiformes.</i>	<i>Idem, sauf une très légère hyperesthésie et un peu d'hyperexcitabilité musculaire.</i>	<i>Chez le chien et le lapin, affaissement, résolution incomplète et retour à la normale, ou bien résolution augmentée et mort, chez le lapin, à la suite d'attaques, chez le chien, avec enraissement. Hyperesthésie et hyperexcitabilité musculaire légères.</i>	<i>Affaissement, affaissement et avec hyperexcitabilité musculaire.</i>	<i>A côté de l'affaissement on note chez le chien un état tout particulier de stupeur s'accompagnant d'inquiétude et d'apeurement. Le chien demeure sans remuer, la tête basse, dans les positions les plus bizarres et les plus difficiles à conserver, et il rappelle la physionomie des malades qui ont fourni l'urine.</i>	<i>Chez le lapin, affaissement, somnolence, parésie, attaques et mort. Chez le chien, retard dans la perception à la douleur, élimination de la sensibilité et des réflexes, tendance à la somnolence ; de plus, le chien, qui a conservé son intelligence, est triste, assis sur son train postérieur, ne réagit que lentement et avec ennui, présente de l'inquiétude et de l'apeurement.</i>		<i>Affaissement et inquiétude. Dans un cas on a noté de l'hyperexcitabilité musculaire et de l'hyperesthésie auditive.</i>	<i>Les troubles psychomoteurs sont à peu près nuls chez le chien.</i>
Autopsie.	<i>Mort immédiate : dilatation du cœur, congestion des différents organes, surtout des poumons. Mort éloignée : dilatation du système veineux, poumons en bouillie, inflammation de la pie-mère ; troubles trophiques cutanés.</i>	<i>Idem.</i>	<i>Idem.</i>	<i>Idem.</i>	<i>Idem.</i>	<i>Caillots dans les sinus craniens, congestion violente des méninges, surtout de la pie-mère, congestion du bulbe, du cervelet, œdème du plancher du 4<sup>e</sup> ventricule, congestion des différents organes.</i>		<i>Comme pour la normale.</i>	<i>Mêmes lésions qu'avec l'urine normale.</i>

Mais nos expériences nous permettent encore d'aller plus loin et de déterminer la nature exacte des dernières aliénations mentales. Peu importe la cause physique qui a donné naissance à la folie, perpuéralité, puberté, maladies infectieuses, les urines, à part peut-être quelques éléments secondaires, produisent toujours les mêmes phénomènes toxiques. Par conséquent, ce n'est pas au poison typhique ou puerpérail, par exemple, qu'il faut rattacher l'aliénation mentale, mais à un autre élément, commun à toutes ces perturbations ; et comme le seul élément commun est le trouble subi par la nutrition, force nous est de rattacher ces aliénations mentales à ce trouble.

De sorte qu'à côté des aliénations mentales névroses doivent prendre place des *aliénations mentales par troubles de la nutrition*.

Nos recherches expérimentales nous paraissent avoir, au point de vue clinique, un double intérêt : 1<sup>o</sup> elles affirment scientifiquement le bien fondé de l'opinion des auteurs qui veulent que certaines perturbations physiques, comme celles que nous venons d'indiquer, puissent donner lieu à l'aliénation mentale ; 2<sup>o</sup> elles réunissent dans un même groupe, *aliénation mentale par troubles de la nutrition*, des aliénations mentales étudiées par certains auteurs sous autant de noms différents qu'il y a de causes susceptibles de les produire : folie puerpérale, folie pubérale, etc.

---

DE  
**LA MORT SUBITE**  
DANS SES RAPPORTS AVEC L'HÉRÉDITÉ NÉVROPATHIQUE

**par le Dr A. CULLERRE,**

Directeur médecin de l'Asile d'aliénés de la Roche-sur-Yon.

---

Parmi les accidents révélateurs de la tare névropathique, il en est un qui est à peine signalé dans quelques observations éparses et qui, jusqu'ici, ne semble pas avoir attiré de bien près l'attention des observateurs : c'est la mort subite.

Cependant, lorsqu'on s'enquiert minutieusement des antécédents héréditaires des malades qui composent la clientèle habituelle des asiles d'aliénés, on est appelé à enregistrer de temps en temps parmi les faits d'anamnèse, je dirais presque assez souvent, si je m'en fiais à ma propre expérience, cette particularité pathologique. C'est à la condition toutefois que la question soit formellement posée, car il ne vient pas à l'esprit des gens étrangers à la neuropathologie qu'il puisse y avoir quelque rapport entre la mort subite et les maladies mentales et nerveuses.

C'est, en général, dans les lignées à hérédité accumulée que ce phénomène se produit. Certain jour, tel membre d'une de ces familles, jusqu'alors indemne d'accidents névropathiques, en apparence bien portant tombe soudain sans connaissance au milieu de ses occupations habituelles : c'est dans une foire, dans le champ où il travaille, dans sa barque, sur le seuil de sa porte,

en mangeant, en visite ; on le relève : il est mort. Ou bien c'est une personne qu'on trouve morte dans la chambre où on l'avait laissée pleine de vie quelques instants auparavant, dans le lit où la veille elle s'était couchée bien portante. Tel est le fait brut qui nous est d'autant plus nettement et sincèrement raconté par les parents qu'il n'a pas pour eux la signification défavorable qu'y peut trouver le médecin spécialiste et qu'il a plus vivement, à l'époque où il s'est produit, frappé leur esprit par la soudaineté terrible et comme mystérieuse de sa manifestation.

Avant d'entrer plus avant dans l'étude de ce point de clinique si obscur et cependant si intéressant pour la connaissance des nombreux aspects de l'hérédité morbide, il y aurait lieu d'établir que les morts subites en question sont bien d'origine cérébrale ; mais cette démonstration sera d'autant plus facile que le lecteur aura fait une plus ample connaissance avec les faits ; c'est pourquoi je présenterai d'abord sommairement les observations que j'ai personnellement recueillies jusqu'ici dans le cours de ma pratique et qui m'ont donné l'idée de ce travail.

En l'absence de détails suffisants de la part des familles pour établir un diagnostic rétrospectif, et n'étant pas en possession de données pathogéniques permettant de rattacher à un mécanisme unique tous les cas de mort foudroyante dont nous allons parler, nous respecterons autant que possible la lettre même des témoignages recueillis et nous conserverons, pour désigner l'accident, l'expression employée par les parents eux-mêmes.

Nos observations se divisent en trois groupes.

Dans le premier, la mort subite se rencontre dans les familles à hérédité vésanique.

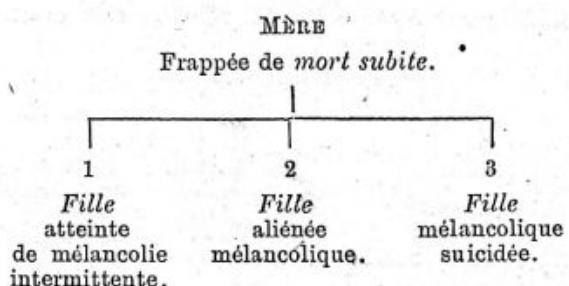
OBS. I. — M<sup>me</sup> C..., trente-neuf ans, déjà traitée plusieurs fois dans un asile pour des troubles de l'intelligence et de la

## SES RAPPORTS AVEC L'HÉRÉDITÉ NÉVROPATHIQUE 35

sensibilité, est atteinte d'une sorte de mélancolie où domine l'apathie, le dégoût de son ménage, une sorte de spleen et le désir d'entrer au couvent. Son père, qui était un être bizarre et original, est mort subitement, frappé de *congestion cérébrale*.

Obs. II. — M<sup>me</sup> M... est frappée de *mort subite* dans son appartement. Une de ses filles, en rentrant à la maison, la trouve étendue sans vie. L'émotion qui en résulta chez elle fut le point de départ d'un accès de folie, suivi, dans la suite, de plusieurs autres. Quatorze ans après cet événement, elle en était à son troisième, caractérisé par de la dépression mélancolique et de l'hypocondrie. Deux autres filles de cette dame ont été aliénées mélancoliques ; l'une s'est jetée dans un puits.

## FAMILLE M...



Obs. III. — La famille B... compte cinq enfants, trois filles et deux garçons. La première fille, mariée, sujette à des troubles hystériques, est atteinte, à quarante-six ans, sous l'influence des désordres causés par une ménopause précoce, de délire mélancolique avec alternatives de stupidité et impulsions au suicide, à l'homicide et à l'incendie. Elle se remet de cette première atteinte ; mais j'ignore ce qu'elle est devenue.

La deuxième fille, célibataire, est enfermée depuis de longues années dans un asile pour cause de folie chronique.

La troisième est atteinte, depuis l'âge de trente-trois ans, de folie à double forme, composée d'une période de vraie manie d'une durée de plusieurs années, suivie d'une période de dépression simple d'une durée également longue et, enfin, d'une courte période de lucidité.

Le premier des fils est un original, dont les bizarries sont de notoriété publique. Une de ses passions dominantes est l'avarice, il s'imagine toujours qu'on veut le frustrer de son bien.

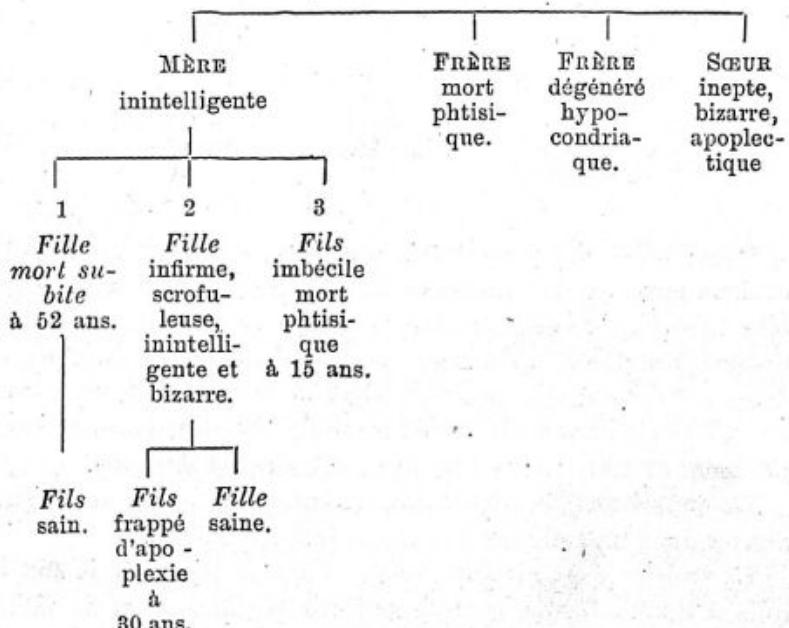
Le deuxième fils, à l'âge de trente-trois ans, est *tombé foulroyé mort*, dans une foire où il s'était rendu pour ses affaires.

## ENFANTS B...

1	2	3	4	5
<i>Fille hystérique aliénée à la ménopause (folie des dégénérés).</i>	<i>Fille aliénée (démence précoce).</i>	<i>Fille folie à double forme.</i>	<i>Fils bizarre, soupçonneux et avare.</i>	<i>Fils frappé de mort subite à 33 ans.</i>

Obs. IV. — M<sup>me</sup> Cl..., cinquante-deux ans, d'une santé habituellement bonne, se trouvant dans une maison amie, *tomba sans connaissance*; quand on la releva, elle était mourante

## FAMILLE CL...



et succomba bientôt sans avoir repris connaissance. Sa mère était d'une ineptie noire; son frère, imbécile, est mort phtistique à quinze ans; sa sœur, scrofuleuse, infirme, très inintelligente, bizarre, avait un fils qui, à l'âge de trente ans, a été frappé d'accidents cérébraux apoplectiformes. Dans sa parenté maternelle, un de ses oncles est mort phtistique; un autre, qui

## SES RAPPORTS AVEC L'HÉRÉDITÉ NÉVROPATHIQUE 37

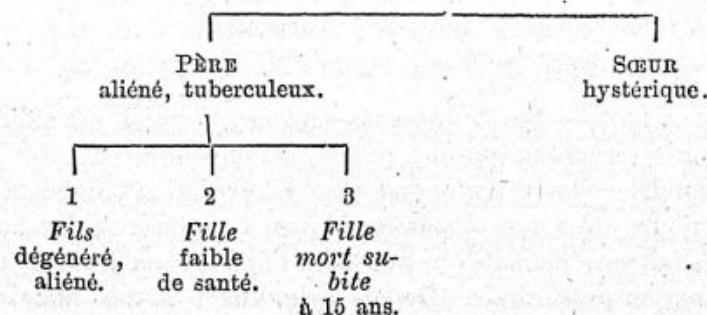
était aliéné hypocondriaque, a péri victime de ses propres excentricités; enfin, une tante, qui était faible d'esprit, d'un caractère extravagant, a succombé aux suites de plusieurs attaques d'apoplexie.

**Obs. V.** — M..., vingt et un ans, d'une organisation chétive, d'un tempérament lymphatique, avec une tête globuleuse, un front énorme, des oreilles sans lobule, des dents irrégulières et mal plantées, a fait à neuf ans une fièvre muqueuse compliquée d'accidents cérébraux et suivie d'un trouble persistant de la parole. Dès l'adolescence, il manifesta une tendance marquée aux excès alcooliques. Chaque fois qu'il buvait de l'eau-de-vie, il entraît dans des accès de délire furieux pendant lesquels il était poussé à la violence, au point, dit sa mère, qu'il eût pu tuer quelqu'un. A vingt ans, premier accès de manie alcoolique d'une durée de quelques jours. L'année suivante, nouvel accès consécutif à un abus d'eau-de-vie; mais, cette fois, la séquestration est nécessaire et le malade est conduit à l'asile en proie à un délire hypocondriaque alternant avec des crises de fureur et des hallucinations terrifiantes d'origine toxique. La guérison eut lieu au bout de deux mois.

Le père est mort prématûrément à la suite de carie tuberculeuse des os de la jambe. Quelques temps avant de mourir, il avait l'esprit complètement troublé. Une sœur avait des attaques de nerfs.

La mère est bien portante et ne présente de son côté aucun antécédent fâcheux. Elle a eu trois enfants : 1<sup>e</sup> notre malade; 2<sup>e</sup> une fille de neuf ans vivante, d'une santé précaire; 3<sup>e</sup> une fille frappée de *mort subite* à quinze ans, sans qu'on ait pu s'expliquer un pareil accident.

## FAMILLE M...



**Obs. VI.** — Mélanie B..., vingt-deux ans, est une forte

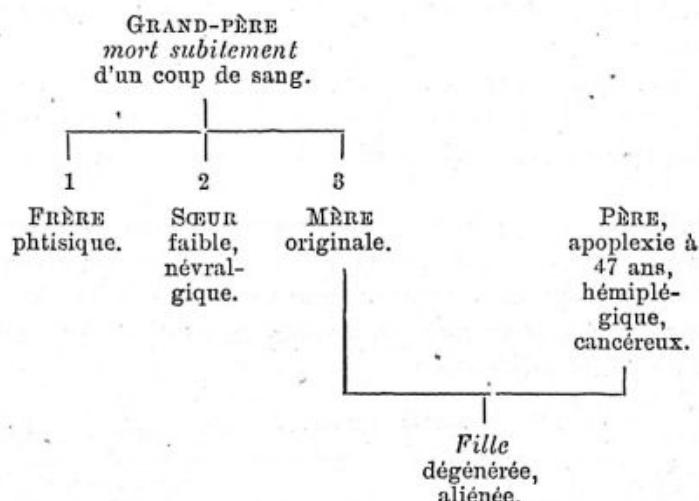
fille aux membres gros, au front fuyant, au crâne oxycéphale. A l'âge de huit mois elle eut des convulsions. Elles s'est montrée intelligente à l'école et, après en être sortie, conserva un goût très vif pour la lecture. A seize ans elle eut une première attaque de manie avec délire ambitieux et mystique. Elle guérit, mais demeura irritable et très susceptible de caractère. A vingt-deux ans, à la suite de quelques contrariétés, nouvel accès maniaque qui nécessite sa séquestration. Elle ne guérit, cette fois, qu'après six mois de traitement.

Le père a eu une attaque d'apoplexie avec hémiplégie deux ans avant la naissance de notre malade; il a succombé six ans après, âgé de cinquante-deux ans, atteint d'un squirrhe et couvert d'escarres.

La mère est originale; elle a eu un frère mort de la poitrine et une sœur toujours malade, en proie aux névralgies.

Son père, l'aïeul de notre malade, par conséquent, est mort jeune et subitement *d'un coup de sang*.

#### FAMILLE B...

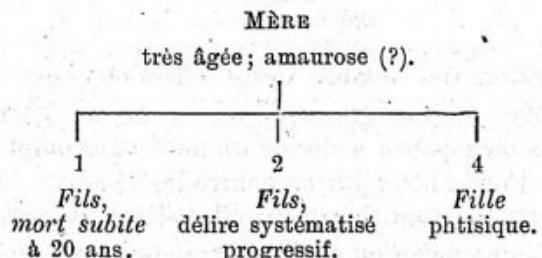


OBS. VII. — Bo..., quarante-sept ans, fermier, est affecté de désordres nerveux qui ont peu à peu engendré chez lui de l'hypocondrie, puis un délire systématisé à évolution progressive. Il a toujours été sobre et paraissait bien équilibré. A dix-huit ans, il a fait une maladie qui nécessita l'application de sangsues sur la région précordiale. Depuis deux ans il a des malaises vagues, sent une douleur indéfinissable le prendre au cœur, éprouve des raptus sanguins vers la tête et souffre parfois d'une

violente rétention d'urine. Halluciné de l'ouïe et du goût, il attribue ses souffrances, ainsi que les nombreux méfaits dont il se croit victime, à des ennemis imaginaires. Son délire présente les particularités habituelles et évolue selon la formule ordinaire du délire systématisé progressif.

Son père est mort de la variole : sa mère, vivante, très âgée, est atteinte d'amaurose (?) ; son frère aîné est *mort subitement* à vingt ans, en mangeant ; un autre frère faible d'esprit ; une sœur morte phthisique.

#### FAMILLE BO...

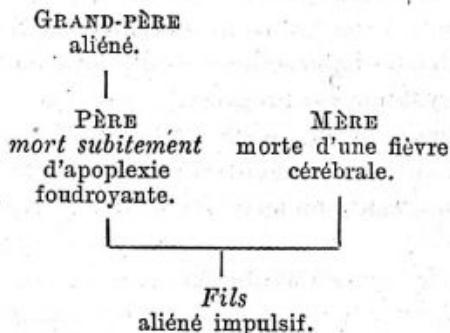


**Obs. VIII.** — V..., trente et un ans, est un aliéné des plus dangereux. Doué d'un caractère très difficile, on le considérait comme un simple exalté, lorsqu'un jour, il tire un coup de revolver sur une personne inoffensive. Soumis à un examen médical, il fut déclaré atteint de délire de persécutions et envoyé dans mon service. Aux yeux des visiteurs de passage, il semblait un fou lucide. À un examen attentif, on constatait chez lui les symptômes d'un délire chronique irrégulier : de la défiance, des hallucinations à peine ébauchées, des idées de persécution encore indécises. Sa morgue vaniteuse, ses attitudes hautaines indiquaient qu'il était sur la pente de la phase mégalomaniacque. Une particularité importante à noter, c'est qu'il ne se passait pas de quinzaine qu'il ne se jetât inopinément sur un gardien et ne cherchât à l'étrangler. On était évidemment, chez ce malade, en présence d'autre chose que d'un délire systématisé progressif ordinaire.

Trois mois avant sa séquestration, son père, orgueilleux et d'un caractère des plus difficiles, *mourait subitement*, frappé, nous a-t-on dit, d'une attaque d'apoplexie foudroyante. Son grand-père paternel avait été aliéné. Sa mère était morte d'une fièvre cérébrale.

**Obs. IX.** — Marie Gu..., cinquante-deux ans, a commencé à avoir des attaques d'hystérie à dix-huit ans, lors de la pre-

## FAMILLE V...



mière apparition des règles. Cette affection s'est atténuée avec l'âge ; mais, insensiblement, l'intelligence s'est troublée, et l'époque de la ménopause a décidé du naufrage complet de son intelligence. Pour mieux lutter contre les épreuves de l'existence qui a été vraiment dure pour elle, elle s'est jetée dès sa jeunesse dans une dévotion exaltée, s'imposait des macérations douloureuses, couchait sur des fagots d'épines, et dans ses attaques nerveuses, imitant sans s'en douter les convulsionnaires du diacre Pâris, elle s'administrait des *secours* sur le ventre à l'aide des coins de fer qui servaient à son père à fendre du bois. Mais, en compensation, elle communiait trois fois par semaine, avait des contemplations, des extases pendant lesquelles elle perdait la notion du monde extérieur, était transportée en la présence de Dieu, et jouissait du bonheur ineffable des habitants du ciel.

Actuellement, elle est atteinte de mélancolie hypocondriaque avec trouble de la sensibilité générale et hallucinations viscérales et génitales qui engendrent chez elle des idées de persécution par la physique. Plus mystique que jamais, elle a des révélations, reçoit des communications sur la vie future et connaît incontinent après leur mort le sort des défunts. Elle s'est aperçue aussi qu'elle avait le pouvoir de tirer les âmes du purgatoire. Elle n'a plus actuellement de grandes attaques convulsives, mais porte divers stigmates hystériques et a de temps en temps de petites crises à forme extatique.

Père mort à soixante-quatorze ans d'une maladie de nerfs indéterminée ; mère morte à soixante et onze ans d'une affection du cœur. Ils eurent dix enfants : 1<sup>o</sup> un fils mort à trente-trois ans de phthisie ; 2<sup>o</sup> un fils *mort subitement* à seize ans ; 3<sup>o</sup> un fils idiot, mort à quatorze ans de convulsions ; 4<sup>o</sup> notre malade ;

## SES RAPPORTS AVEC L'HÉRÉDITÉ NÉVROPATHIQUE 41

5<sup>e</sup>, 6<sup>e</sup> et 7<sup>e</sup> trois filles mortes en bas-âge; 8<sup>e</sup> une fille morte phtisique à vingt-quatre ans; 9<sup>e</sup> une fille morte à trente-sept ans; elle avait été paralysée (hystérie?) pendant cinq ans; 10<sup>e</sup> une fille actuellement bien portante, âgée de quarante-sept ans.

## FAMILLE GU...

PÈRE  
mort d'une maladie de nerfs indéterminée.

1	2	3	4	5, 6, 7	8	9	10
<i>Fils phthisique.</i>	<i>Fils mort subite-</i>	<i>Fils idiot.</i>	<i>Fille hystérique</i>	<i>Filles mortes en bas-âge.</i>	<i>Fille morte phtisique.</i>	<i>Fille paralysée hystérique (?)</i>	<i>Fille saine.</i>

16 ans.

Dans cette première série d'observations, on remarquera que la mort subite survient dans des familles où l'hérédité psychopathique se manifeste avec une intensité et une généralisation des plus accentuées. On y trouve à la fois des aliénés, des cérébraux, des excentriques, des hystériques, des impulsifs, des ratés, des imbéciles et des idiots ; sans compter les nombreuses phtisies ; en un mot, presque toute la gamme des dégénérescences. Je dis presque, car, par un hasard singulier, l'épilepsie n'a pas droit jusqu'ici de figurer dans notre énumération ; mais sa place y doit être largement marquée néanmoins, comme nous le verrons bientôt.

Je me suis abstenu de faire suivre les observations précédentes d'aucun commentaire et je ne crois pas utile de revenir ici sur chacune d'elles pour montrer qu'il existe bien un lien réel entre la particularité pathologique que nous signalons, et les diverses formes de la déchéance mentale. Les faits parlent assez d'eux-mêmes pour que nous soyons, dès maintenant, en droit d'affirmer l'existence indubitable de cette corrélation sous la forme aphoristique suivante : *la mort subite d'origine cérébrale est une manifestation de la dégénérescence.*

Les observations semblables aux précédentes sont rares dans la littérature médicale. Je n'en connais qu'un très petit nombre, dont la plus remarquable à tous égards est due à M. Doutrebente. Dans l'observation XV de son *Étude généalogique sur les aliénés héréditaires* (1), on trouve parmi les nombreux cas de folie et de dégénérescence qu'elle renferme : à la deuxième génération, trois sujets ayant succombé à une mort subite, le premier, à seize, le second, à dix-huit et le troisième, à quinze ans ; et, à la troisième génération, un autre membre de la famille mort d'apoplexie à vingt-quatre ans.

Dans un deuxième groupe de faits, la mort subite coïncide, dans une famille, avec la paralysie générale.

**Obs. X** — M..., trente-trois ans, commerçant, de mœurs régulières, exempt d'alcoolisme, nous est amené à la deuxième période d'une paralysie générale dont l'évolution semble devoir être rapide, et qui s'est développée sans cause connue. Déjà les symptômes physiques habituels de la maladie sont très prononcés ; on constate en outre de la démence, une vive agitation maniaque, et un délire ambitieux caractéristique. Au bout de quelques jours le malade se fait une fracture comminutive de la jambe et succombe bientôt à l'infection purulente.

Sa mère est *morte subitement* à vingt-cinq ans, sans que rien dans son état antérieur, au dire de la famille, ait pu faire prévoir un pareil accident.

**Obs. XI.** — La famille Bu... compte trois enfants ; l'aîné, célibataire, débauché, alcoolique, atteint à quarante-sept ans, de paralysie générale avec délire des grandeurs, succombe à une maladie intestinale.

Le second, marié, également incorrect au point de vue de la conduite, est joueur, se livre aux excès alcooliques et plus spécialement à l'absinthe. A quarante-six ans se manifestent chez lui la démence avec délire ambitieux et les symptômes somatiques de la paralysie générale.

Le troisième est *mort subitement* à l'âge de quarante ans.

(1) *Annales médico-psychologiques*, V<sup>e</sup> série, t. II.

## SES RAPPORTS AVEC L'HÉRÉDITÉ NÉVROPATHIQUE . 43

Nous ne savons rien de l'état de santé du père, mort à soixante et quelques années après un mois d'une maladie indéterminée. La mère, presque octogénaire, était vivante et en bonne santé au moment où l'observation a été recueillie.

## ENFANTS BU...

1	2	3
<i>Fils</i> alcoolique atteint de paralysie générale.	<i>Fils</i> alcoolique atteint de paralysie générale.	<i>Fils</i> <i>mort subite</i> à 40 ans.

Bien que peu nombreux, ces faits du second groupe ne nous semblent pas manquer d'intérêt. Ils nous montrent une fois de plus comment se lient les unes aux autres les diverses affections du système nerveux. Dans la première de ces deux observations résumées, nous voyons l'ictus apoplectique, mortel chez la mère, être l'antécédent d'une paralysie générale classique évoluant chez le fils avec les caractères habituels. Dans la seconde il s'agit de trois frères, dont l'un meurt subitement et dont les deux autres, avant de sombrer dans une démence paralytique de forme sénile et à évolution lente, avaient présenté des incorrections intellectuelles et morales les rapprochant des aliénés héréditaires. Ces faits ne s'éloignent donc pas autant qu'il semblerait au premier abord, de ceux de la catégorie précédente.

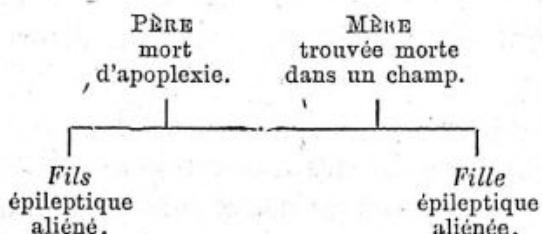
J'ai, sans succès, cherché des faits analogues dans les ouvrages consacrés à l'étude des maladies inflammatoires du cerveau. Ce ne peut être pourtant une preuve qu'ils soient excessivement rares. Théoriquement, on pourrait même admettre une opinion opposée, la paralysie générale procédant de ce qu'on a appelé l'hérédité congésitive, et la congestion cérébrale ainsi que l'apoplexie se rencontrant souvent dans les antécédents héréditaires des paralytiques. \*

La mort subite peut aussi se rencontrer en même temps que les affections organiques de la moelle, ainsi qu'en témoigne une observation de M. Arnaud, dans laquelle il s'agit d'un individu atteint d'ataxie locomotrice d'origine syphilitique, dont le père mourut à quatre-vingt-quatre ans de paralysie et dont le frère mourut à dix-neuf ans subitement, pendant le repas. Le médecin appelé parla de congestion cérébrale et fit des émissions sanguines, mais en vain (1).

Enfin, dans le troisième groupe, nous trouvons, en même temps que la mort subite dans les familles, les accidents convulsifs de nature épileptique.

OBS. XII. — Louis L..., vingt-six ans, épileptique depuis son enfance, aliéné, avait une sœur, également aliénée et épileptique, qui est morte. Son père a succombé aux suites d'une attaque d'apoplexie. Sa mère a été *trouvée morte dans un champ* où elle était allée cueillir des raisins.

#### FAMILLE L...



OBS. XIII. — Marie C..., trente-trois ans, est épileptique depuis l'âge de treize ans et demi. Depuis quelque temps les accès convulsifs sont devenus plus rares et remplacés par des accès intermittents et périodiques de manie avec agitation violente.

Son père, qui était alcoolique, a été *trouvé mort dans son lit*. La mère qui avait quarante cinq ans au moment de la naissance de cette malade, est morte à soixante-dix ans. Une sœur est sujette à des céphalalgies périodiques ; un frère est mort à cin-

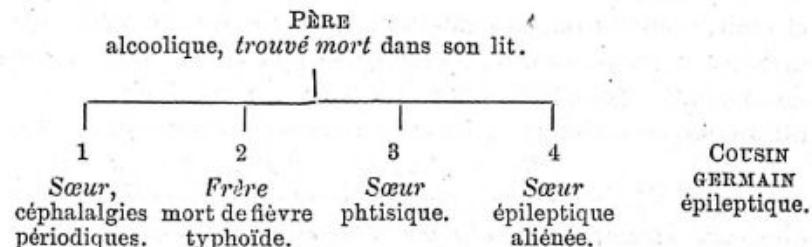
---

(1) *Encéphale*, juillet, 1887.

## SES RAPPORTS AVEC L'HÉRÉDITÉ NÉVROPATHIQUE 45

quante et un ans d'une fièvre typhoïde; une autre sœur est phtisique, un cousin germain est épileptique.

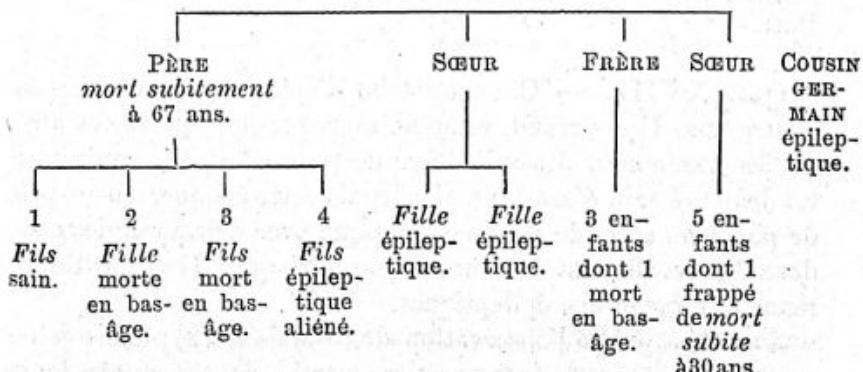
## FAMILLE C...



OBS. XIV. — Louis G..., trente-six ans, a de grands accès d'épilepsie depuis l'âge de vingt-quatre ans. Depuis quelques mois ses accès convulsifs sont parfois suivis de manie impulsive inconsciente, d'un caractère épouvantable. Il a étranglé sa mère dans un de ces accès de fureur aveugle (1).

Le père, âgé de soixante-sept ans, est *tombé mort, subitement*, en entrant dans sa maison. Une de ses cousines germanes maternelles était épileptique. De ses quatre enfants, deux sont morts en bas âge, le troisième est notre malade, un seul est sain. Parmi les enfants de ses sœurs, il s'en trouve deux épileptiques et un qui, à trente ans, a été frappé de *mort subite*.

## FAMILLE G...



OBS. XV. — Rose G..., huit ans, a éprouvé à l'âge de trois ans des accidents cérébraux qui ont été qualifiés de méningite.

(1) Voir les détails de cette observation dans : Les épileptiques arithmomanes (observation II). *Annales médico-psychologiques*, janvier 1890.

Depuis, elle a des attaques d'épilepsie ; son intelligence s'est incomplètement développée, elle est idiote.

Son père, qui était marin, *tomba* un jour *mort* dans son bateau ; il avait eu antérieurement deux attaques prémonitoires et était, nous dit-on, très sanguin. La mère est bien portante, mais est nerveuse et a une sœur hystérique. Des huit enfants de ce couple, deux seulement sont vivants ; notre petite idiote, est un garçon scrofuleux ; les six autres sont morts en bas âge.

**Obs. XVI.** — Mig..., trente-quatre ans, alcoolique, a eu plusieurs atteintes de *delirium tremens*. Son premier accès de délire toxique a été accompagné de deux attaques épileptiformes.

Son père est *mort subitement*, foudroyé par une attaque d'apoplexie.

**Obs. XVII.** — D... est épileptique depuis l'âge de dix ans ; il présente de nombreux stigmates de dégénérescence ; taille rabougrie, malformations multiples du crâne et de la face. Ses attaques, d'abord vertigineuses, ont fini par devenir complètes. Il est assez intelligent, mais a depuis son enfance des obsessions génitales, des impulsions à tuer, à voler et de la folie du doute. Tourmenté par un mysticisme exalté, il est pris de temps en temps d'accès de manie religieuse. Il est arithmomane à la façon des épileptiques (1).

Père trouvé mort dans son foyer. Frère atteint d'un mal de Pott.

**Obs. XVIII.** — C... est atteint d'épilepsie depuis l'âge de quatre ans. Il est grand, robuste, mais présente plusieurs anomalies craniennes. Jusqu'à l'âge de trente-cinq ans environ, il est demeuré sain d'esprit ; mais, depuis cette époque, il a été pris de plusieurs accès de manie épileptique avec délire religieux et, dans l'intervalle, est demeuré hypocondriaque. Il est arithmomane à la façon des épileptiques.

J'ai déjà publié l'observation de ce malade (2) ; mais je ne connaissais à cette époque qu'une partie de ses antécédents héréditaires. Grâce à l'obligeance d'un confrère, je puis les donner ici complètement, ce ne sera pas la partie la moins intéressante de l'observation.

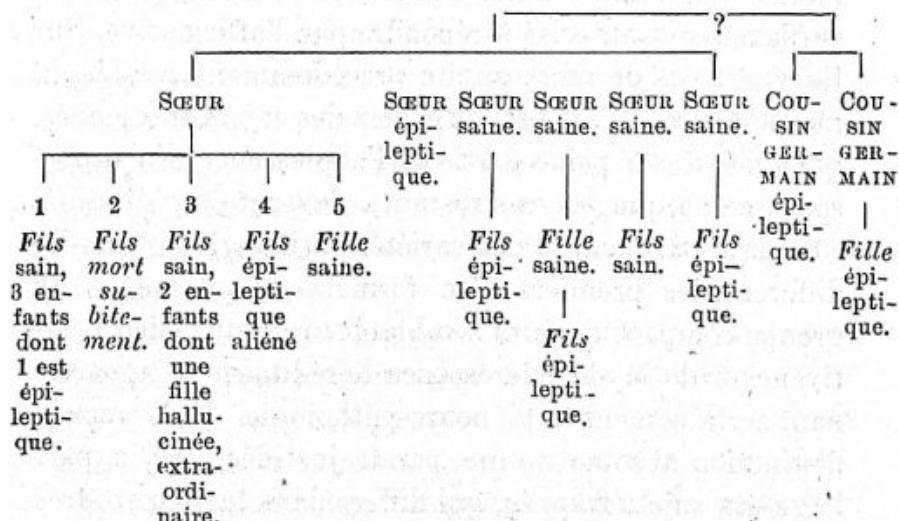
(1) Voyez *loc. cit.* Observation VII.

(2) Voyez *loc. cit.* Observation III.

Père normal. Mère exempte personnellement d'accidents névropathiques, mais elle avait cinq sœurs : 1<sup>o</sup> une, épileptique, morte à quarante-deux ans ; 2<sup>o</sup> une autre non épileptique, mais qui a eu un fils épileptique ; 3<sup>o</sup> une troisième sœur ayant une fille qui, elle-même, a un fils épileptique ; 4<sup>o</sup> une quatrième sœur, saine, ayant un enfant sain ; 5<sup>o</sup> une cinquième sœur ayant un fils épileptique. En plus, elle avait un cousin germain paternel épileptique mort à l'asile, dont la sœur a eu une fille épileptique.

De ce couple sont nés quatre fils et une fille : 1<sup>o</sup> le premier, sain, a trois enfants dont l'un, âgé de treize ans, est épileptique ; 2<sup>o</sup> le deuxième est *mort subitement en deux minutes*, dans les bras d'un camarade, quelque temps après être revenu du service ; 3<sup>o</sup> le troisième, sain, a deux enfants dont une fille extraordinaire, ayant des hallucinations nocturnes ; 4<sup>o</sup> le quatrième est notre malade épileptique ; 5<sup>o</sup> fille mariée, sans enfants, est saine.

#### FAMILLE C...



On voit, d'après ces observations, que la mort subite n'est pas absolument rare dans les familles d'épileptiques. Cependant elle ne figure dans aucune des statistiques publiées jusqu'ici (1), sauf dans celle de

(1) Déjérine. *L'hérédité dans les maladies du système nerveux*; Paris, 1886. — Fére. *Les épilepsies et les épileptiques*, Paris, 1890.

M. Bombart (1), qui a composé son travail à l'aide des documents que je lui ai fournis. Cette lacune mérite d'être signalée aux médecins qu'intéressent les origines de l'épilepsie et les affinités héréditaires de cette névrose. En somme, au point de vue qui nous occupe, elle ne se sépare pas des autres modes de dégénérescence.

La collection de faits qui précède m'a paru assez intéressante pour voir le jour. Quant aux nombreux problèmes de diagnostic, de pathogénie ou de physiologie pathologique qu'elle soulève, les uns sont d'une interprétation délicate et difficile, les autres sont jusqu'ici demeurés insolubles.

La première question qui se pose est celle-ci : Avons-nous affaire à des cas absolument semblables ou tout au moins comparables entre eux ? Il me semble qu'on est suffisamment autorisé à répondre par l'affirmative. Sur les vingt cas de mort subite précédemment relatés, la moitié environ s'est produite chez des sujets très jeunes, quelques-uns à peine sortis de l'adolescence. En supposant même que les cas restants fussent éliminés comme appartenant à des variétés pathologiques d'ordre différent, les premiers n'en formeraient pas moins un groupe compact de faits semblables relevant bien positivement de la dégénérescence héréditaire et appartenant certainement à la neuro-pathologie. Mais aucune distinction absolue ne me paraît justifiée, car, à part l'âge des sujets frappés, qui diffère dans les deux ordres de faits, les autres conditions sont les mêmes, le milieu morbide est identique. Jeunes et âgés appartiennent à des familles où le système nerveux central est électivement frappé de déchéance, et où les affections nerveuses sont prédominantes, sinon exclusives. Pour s'en con-

(1) Bombart. *Les familles d'épileptiques* ; thèse de Bordeaux, 1887.

vaincre, il suffira de se reporter à quelques-unes des familles de dégénérés ou d'épileptiques précédemment citées. L'évidence y jaillit avec assez de force, il nous semble, malgré l'absence de tout diagnostic différentiel d'ailleurs impossible, vu le manque d'information clinique, et en dépit des données courantes de la pathologie, qui veulent que la mort subite soit habituellement d'origine cardiaque.

Peut-être, est-ce l'incertitude qui plane sur la cause et le mécanisme de ces morts foudroyantes qui a empêché les observateurs de s'y arrêter et de leur accorder toute l'attention qu'elles méritent. Morel (1) y faisait-il allusion quand il signalait la fréquence de la *congestion cérébrale*, des *coups de sang* et de l'*apoplexie* dans les familles dégénérées où se rencontre la folie périodique, la paralysie générale et l'épilepsie ? Notons en passant que, tout en constatant le fait clinique désigné sous des noms si divers, il se montre, comme il convient, plein de réserve dans son interprétation pathogénique et il signale les incertitudes auxquelles on est aux prises quand il s'agit de bien définir ce qu'on doit entendre par *congestion cérébrale*.

« Il est, dit aussi Legrand du Saulle (2), des cas dans lesquels on voit les sujets affectés d'hérédité morbide arriver sans accidents à l'adolescence ou à l'âge adulte, mourir subitement en présentant des symptômes dont il est difficile de préciser la nature et de comprendre la pathogénie. Ce sont quelquefois des troubles graves qui paraissent se rattacher à des lésions de l'encéphale : hémiplégie, convulsions, coma. »

Divers autres auteurs qui se sont occupés de la folie héréditaire ont également signalé les congestions céré-

(1) *Traité des maladies mentales*, 1860.

(2) *La folie héréditaire*. Paris, 1873.

brales précoces et l'apoplexie chez les dégénérés, mais sans chercher à pousser plus avant l'étude de cette question. Néanmoins, ces témoignages suffisent pour établir la réalité de ces faits étranges et si difficilement intelligibles.

L'origine nerveuse, cérébrale, des morts subites signalées dans nos observations, étant admise, répondent-elles toutes au même mécanisme pathogénique ou sont-elles le résultat soit de lésions diverses, soit de troubles fonctionnels variables ? Ici, nous avouons d'autant mieux notre incertitude que rien dans nos observations ne nous permet d'entrevoir la moindre explication pathogénique. Nous ne sommes en possession que du fait brut, la mort subite, et il nous a fallu avoir recours au raisonnement pour attribuer exclusivement au système nerveux la responsabilité de cet accident.

Nous n'avons guère à choisir, suivant les cas, qu'entre la congestion cérébrale apoplectiforme qui, de l'aveu des auteurs, n'est qu'exceptionnellement cause de mort rapide, et l'apoplexie nerveuse. Ce dernier terme, à la vérité, n'a pas de signification précise et sert surtout à voiler notre ignorance. Certains auteurs pensent que, sous l'accident ainsi désigné, se larvent des formes anomalies d'hystérie et d'épilepsie. Nous inclinerions volontiers, nous aussi, à voir dans l'apoplexie nerveuse un accident de nature épileptoïde. Ce serait une variété de plus à ajouter à la famille déjà si vaste des épileptiques.

Enfin, nous ne devons pas oublier que les lésions vasculaires précoces ne sont pas très rares chez les dégénérés, et il ne serait pas déraisonnable d'admettre que, parmi nos sujets, quelques-uns ont pu succomber à une hémorragie cérébrale foudroyante, bien que l'hémorragie cérébrale, comme l'ictus épileptique, du reste, ne soit que très exceptionnellement cause de mort

## SES RAPPORTS AVEC L'HÉRÉDITÉ NÉVROPATHIQUE 51

subite. Quoi qu'il en soit, le champ des hypothèses reste ouvert. Notre but, en réunissant ces observations, n'a pas été, au surplus, d'élucider une question de pathogénie, mais de traiter une question de clinique à peine indiquée jusqu'ici et de mettre en relief un nouveau signe de dégénérescence des plus importants pour la connaissance des parentés morbides, quoique des plus rarement signalés.

ÉTUDE  
SUR  
LES POISONS DE L'INTELLIGENCE

**Par le Dr LEGRAIN,**  
Médecin en chef de la colonie de Vaucluse.

*Suite (1)*

---

**II<sup>e</sup> GROUPE. — Stimulants provoquant l'i-vresse, ou un délire plus ou moins intense, à forme incohérente, maniaque.**

Dans ce groupe, une place doit être réservée aux délires des pyrexies.

**A. Délires dits fébriles.**

Dans un grand nombre de pyrexies, produites par de véritables intoxications d'origine microbienne, on note fréquemment des troubles cérébraux dont l'intensité est parfois très considérable. Cependant, il est rare de rencontrer un délire à proprement parler ; c'est une hyperidéation, un flux de paroles incohérentes, des conceptions plus ou moins fantastiques se traduisant au dehors par une série de mouvements appropriés et qui paraissent incohérents eux-mêmes parce qu'ils procèdent d'idées sans suite. C'est une sorte de rêve à l'état de veille. Dans ces états, la conscience est toujours obscurcie, mais à

---

(1) Voyez les *Annales* de juillet-août, septembre-octobre et novembre-décembre 1891.

des degrés divers. Tantôt, par analogie avec l'accès de delirium tremens, l'attention du malade est tournée exclusivement vers ses conceptions délirantes ; il vit retranché du monde extérieur ; mais une simple appellation, une interpellation brusque parvient à détourner son attention ; il répond alors avec netteté aux questions, puis il reprend le cours de sa rêvasserie ; mais dans ce cas même, il est rare que le malade ait conscience de son état. Dans d'autres cas, généralement graves, cas dans lesquels s'observent des troubles généraux sérieux : sécheresse de la langue, carphologie, soubresauts des tendons, ataxo-adynamie, la conscience a totalement disparu ; les sollicitations les plus énergiques ne produisent aucun effet ; le malade est plongé dans une sorte de prostration dont il ne sort que pour marmoter des propos incohérents.

En général, les délires fébriles, à moins de cas très graves et souvent mortels, ne s'accompagnent pas de délire des actes ; le malade reste couché sur le dos, fait de rares mouvements avec ses bras, ramasse ses couvertures ; parfois, il se met sur son séant, paraissant suivre des yeux des objets qui se déplacent ; quelquefois, il sort de son lit, déplace des objets et cherche à s'habiller. Mais dans d'autres circonstances, on assiste à un véritable accès de manie suraigu avec délire furieux ; les malades crient, jurent, tempêtent, gesticulent ; rien ne peut les maintenir en repos ; des hallucinations nombreuses, particulièrement de la vue, les captivent ; souvent ils ont des hallucinations terrifiantes, aperçoivent des flammes, des massacres, comme le délirant alcoolique. On les voit se jeter brusquement sur leur entourage, chercher à frapper ou à se frapper ; de nombreux accidents arrivent ainsi de ce fait : s'ils trouvent une fenêtre ouverte, ils se précipitent dans le vide. Tel est l'aspect que présentent cer-

tains délires graves de la fièvre typhoïde, de la pneumonie, du rhumatisme à forme cérébrale. Il est facile de reconnaître à cette description sommaire certains traits du délire alcoolique; d'ailleurs, on ne saurait mieux comparer l'état de ces malades qu'à celui bien connu de certains buveurs soumis à l'inhalation du chloroforme.

En somme, les délires des fébricitants rappellent l'état mental des maniaques; les idées sont mobiles, rapides, confuses, mal liées; il n'y a pas trace de systématisation. Les réactions des malades sont également celles du maniaque; tantôt en rapport avec les idées exprimées, elles sont d'autres fois illogiques; ce sont des décharges témoignant de l'excitation des centres médullaires, ou de la région psychomotrice; les mouvements mal dirigés, incoordonnés, n'atteignent aucun but déterminé. Dans les cas de délire vrai avec participation spéciale de la sphère intellectuelle, le tableau est celui des délires toxiques en général, dont le type est celui de l'alcool: exaltation intellectuelle, hallucinations visuelles, terrifiantes, délire plus intense pendant la nuit; idées extrêmement mobiles; préoccupations rappelant la profession des malades.

#### B. Poisons animaux.

**MOULES.** — Dans les cas graves d'empoisonnement par les moules, on note fréquemment un délire incohérent sans aucun caractère.

**AMANITES.** — Genre de champignons très vénéneux et produisant entre autres troubles nerveux: de l'excitation intellectuelle, de l'ivresse avec vertiges, tremblement, titubation, quelquefois syncope; dans les cas plus graves, troubles de la vue, aberration de l'intelligence, délire gai ou furieux, quelquefois stupeur, pâleur de la face, puis somnolence, coma et mort (Berillon).

ARGAS (*Argas persicus*, punaise de Miana). — D'après Laboulbène, les piqûres très dangereuses de cet animal provoquent du délire suivi de convulsions épouvantables et de mort. Quelquefois ce délire, qui est absolument désordonné, se complique d'accès de fureur.

CANTHARIDES. Cantharidisme. — A faible dose, la cantharide produit du tremblement et des vertiges. A dose plus élevée, c'est de la dépression, de l'abattement, de la prostration avec vertiges, céphalalgie, lipothymies, obnubilation de l'intelligence. D'autres fois, c'est de l'agitation avec cris, inquiétude, tremblements convulsifs. A dose massive, on observe un état très analogue à certaines formes de l'hydrophobie (hydrophobie cantharidique) : contraction spasmodique du pharynx, déglutition impossible, horreur des boissons et des aliments dont le contact avec la muqueuse du pharynx augmente la contracture ; trismus et tétanos généralisé [Alibert, Giulio (de Turin)]. Simultanément l'intelligence se trouble, les malades présentent un aspect terrifiant : alternativement excités et déprimés, ils ont un délire furieux avec vociférations, propos incohérents, convulsions cloniques, secousses tétaniques ; l'irritabilité médullaire est telle que le moindre attouchement provoque une véritable tétanisation générale. Les effets aphrodisiaques de la cantharide sont bien connus et positifs. Les récits nombreux qu'on trouve dans la littérature médicale, prouvent qu'il existe réellement une sorte d'état maniaque ou de fureur érotique avec démonstrations obscènes sous l'influence de la cantharide. Tardieu le mentionne. Dechambre signale le délire érotique avec état de fureur maniaque, raideur tétanique et envie de mordre. La mort peut terminer en quelques jours ces états suraigus. La cantharide produit un ardent pripisme, et semble réellement parfois accroître les désirs sexuels (V. Gubler *in Dict. encyclop.*).

*C. Poisons végétaux.*

QUEDQUED. — Arbrisseau du Chili, dangereux à manger ; il produit le délire (Planchon).

TANAISIE (*Tanacetum vulgare*. Composées). — Son action est convulsivante et rappelle celle de l'essence d'absinthe (convulsions épileptiformes). Elle jouit de la propriété d'engendrer du côté du cerveau et de la moelle tous les symptômes de la rage. (Délire, convulsions, etc.).

*D. Poisons minéraux.*

Beaucoup de ceux-ci sont professionnels.

ACIDE CYANHYDRIQUE. — Les composés cyaniques sont surtout des poisons hyposthénisants. L'inspiration des vapeurs cyanhydriques produit de la pesanteur de tête, de la fatigue intellectuelle, des vertiges. A dose plus élevée, la céphalalgie est violente ; il y a de l'excitation intellectuelle qui se transforme bientôt en délire incohérent ; puis survient la stupéfaction et le coma (Chouuppe).

IODE ET COMPOSÉS. — Ces corps engendrent une céphalalgie violente, térebrante, des douleurs contusives, de la prostration, du chancellement de la marche, des vertiges, en un mot, une véritable ivresse avec agitation, incohérence, titubation. De plus, ces accidents sont marqués surtout la nuit. Nélaton a observé du délire sous l'influence de la teinture d'iode. La situation se complique quelquefois d'accidents convulsifs, toniques, cloniques, d'hémiplégie et de paralysie alterne.

BENZINE. — L'inhalation de la benzine produit des effets ébrieux très nets bien connus des ouvriers teinturiers. L'*Union médicale* (1861) rapporte un cas d'empoisonnement dans lequel on nota successivement : ivresse consciente avec troubles de l'équilibration, pesanteur de tête et céphalalgie, sommeil, puis, au réveil, délire gai,

loquace, bredouillements, rire aux éclats ; de nouveau, sommeil, puis vertiges et retour à la santé avec amnésie totale relative à toute la durée de l'empoisonnement.

**ANILINE.** — Les ouvriers qui fabriquent l'aniline éprouvent au début de la céphalalgie, des vertiges, des vomissements. Plus tard, ou s'ils sont plus susceptibles, ils sont sujets à une véritable ivresse, semi-comateuse ; ils vacillent, chancelent ; les yeux entr'ouverts, ils profèrent quelques propos incohérents et font des mouvements automatiques. Quand l'intoxication est plus avancée, les ouvriers ont des accès de délire incohérent avec tremblement généralisé ; cet état peut se compliquer de convulsions épileptiformes, de spasmes tétaniques de la région cervicale postérieure.

**TÉRÉBENTHINE.** — A haute dose, l'essence de térébenthine produit de la céphalalgie et du délire. A dose moyenne, elle provoque de l'anxiété, des syncopes, des nausées, du délire, une céphalalgie persistante, des troubles de la sensibilité (hyperesthésie des membres inférieurs, endolorissement sur le trajet des gros nerfs). A dose faible, on note un état voisin de l'ivresse. Excitation générale intellectuelle, vertiges, bourdonnements d'oreilles, titubation, céphalalgie, ardeur fébrile, sensations de chaleur, rougeur de la face, pouls dur, soif, dyspnée.

La térébenthine est un poison professionnel ; les fabricants de caoutchouc, les peintres, présentent souvent des phénomènes d'ivresse avec excitation (céphalalgie, titubation, vertiges, insomnie, défaillances). Chez les vieux ouvriers (teinturiers, peintres) la vue s'affaiblit, le caractère devient irritable ; ils éprouvent des maux de tête, une insomnie persistante, des vertiges et des accidents asphyxiques.

La femme paraît plus susceptible que l'homme à l'égard de la térébenthine. Harris a vu, chez deux

jeunes filles soumises à une dose peu élevée de cette substance, survenir une irritabilité nerveuse et psychique frisant l'aliénation.

**III<sup>e</sup> GROUPE. — Stimulants produisant en outre une action déprimante, narcotique ou stupéfiante, avec ou sans ébriété et délire.**

L'action stimulante est ici effacée et passagère pour laisser place à l'action déprimante qui joue le principal rôle. Nous grouperons séparément les agents à action surtout narcotique et les agents surtout stupéfiants avec ou sans phénomènes d'ordre convulsif.

**A. Agents narcotiques.**

**BROMURES ALCALINS.** — Ils produisent une céphalalgie constrictive qui, lorsque la dose est poussée loin, précède l'*ivresse*. Cette céphalalgie s'accompagne d'une diminution de l'acuité sensorielle et intellectuelle, avec disposition à la torpeur somnolente. L'*ivresse bromique*, signalée par Puche, s'accompagne de titubation, de vertiges, d'excitation, de troubles de la sensibilité (anesthésie, analgésie). Un assoupissement profond lui succède. A dose élevée, les idées se troublent, le sommeil devient irrésistible. « Les malades, dit Huette, sont-ils arrachés à cet état de stupeur, des paroles incohérentes s'échappent de leur bouche, et leur physionomie exprime cette satisfaction stupide qui caractérise le visage de l'idiot. » Les bromures sont nettement anaphrodisiaques.

**CHLORAL.** — A dose faible, le chloral provoque une hypnose artificielle qui ne diffère pas du sommeil physiologique ; le besoin du sommeil est irrésistible ; généralement il survient assez brusquement après une courte période de somnolence. Cette période est souvent

marquée par un état d'ivresse rappelant l'ivresse alcoolique (ivresse chloralique) : excitation légère, trouble des idées qui sont plutôt gaies et folâtres (Mauriac) ; la sensibilité est émoussée ; incoordination motrice, paresse musculaire, titubation, vertiges, quelquefois résolution musculaire. Quelquefois l'excitation intellectuelle s'accompagne de troubles délirants, désordonnés comme dans l'ivresse chloroformique.

Le sommeil consécutif est profond, rarement traversé par des rêves et des cauchemars. L'ivresse peut lui être consécutive. Giraldès a observé le fait chez l'enfant.

Le chloral peut être absorbé abusivement comme l'alcool et l'opium. Il provoque à la longue, comme ces poisons, des troubles fonctionnels et des altérations organiques graves. Anstie a observé un cas de paraplégie.

La suppression brusque peut provoquer l'explosion d'un délire en tout comparable au délire alcoolique.

**CHLOROFORME.** — Les phénomènes cérébraux engendrés par les inhalations de chloroforme débutent par une véritable ivresse, rappelant, en beaucoup de points, celle de l'alcool : vertiges, trouble inexprimable, bruissements singuliers dans les oreilles, hyperesthésie sensorielle, illusions ; l'intelligence est surexcitée ; les idées se succèdent avec rapidité ; elles sont complètement désunies et ne laissent aucune trace dans la mémoire ; « la généralisation et l'abstraction, dit Maurice Perrin, ont peine à se produire sous l'impression tumultueuse des sensations. »

A cette période d'ivresse succède souvent une période délirante ; suivant les sujets, suivant leur état de nervosité, les conceptions varient : tantôt gaies, provoquant des éclats de rire ; tantôt pénibles, elles s'accompagnent d'une explosion de larmes ; certains malades sont plongés dans une extase profonde, d'autres sont furieux, se débattent sous l'influence de véritables terreurs ; d'autres

enfin éprouvent des jouissances extraordinaires, souvent sexuelles. Les propos abondants, incohérents et désordonnés, les cris, les vociférations expriment la nature et la rapidité de succession des idées. Les centres sensoriels surexcités décochent au malade de multiples hallucinations. On ne saurait mieux comparer ce délire qu'au délire alcoolique, auquel se joindraient les caractères de la manie aiguë : diffusion, absurdité, incohérence des idées, associations rapides ; un mot prononcé au hasard est le point de départ d'une foule de conceptions ou d'amplifications ; volubilité, hallucinations des divers sens ; le délire reflète enfin souvent les préoccupations professionnelles ou intimes des malades.

Du côté de la motilité, les contractions musculaires sont désordonnées, spontanées, ou provoquées par le contact extérieur. On observe quelquefois des tressaillements, des trépidations, des tremblements, des secousses convulsives.

A cet état d'excitation succède un sommeil profond, avec perte absolue de la connaissance, obnubilation de toutes les sensibilités, analgésie complète et résolution musculaire.

Il ne reste généralement aucune trace des conceptions délirantes dans le souvenir des chloroformisés. Pourtant, Baillarger (cité par Christian) rapporte le fait d'une malade qui, au réveil, adressa à son mari les plus vifs reproches en l'accusant d'avoir eu avec elle des rapports intimes pendant son sommeil ; elle avait tout senti, tout entendu. Plusieurs mois après, elle n'était pas revenue de son erreur. Les faits de ce genre, évidemment fort rares, supposent un tempérament particulièrement nerveux. Ils suffisent tout au moins pour démontrer l'existence des hallucinations pendant la phase de l'ivresse.

**GAZ HILARANT.** — Poison cérébral bien connu depuis

les travaux de Davy, qui l'a expérimenté sur lui-même et qui lui a donné son qualificatif. Nous résumerons quelques-unes de ses expériences, rapportées par Lutaud (*in Dict. encyclop.*) — *Première expérience*. Les premières inspirations sont suivies d'une sensation de bien-être ; espèce d'étourdissements sourds, puis éclats de rires incoercibles ; la connaissance reste intacte. — *Deuxième expérience*. Pesanteur de tête, perte du mouvement volontaire, puis sensation de chatouillement agréable par tout le corps. Les objets paraissent éblouissants de lumière, l'ouïe devient très fine, puis besoin irrésistible de mouvement ; perte complète du sentiment ; gestes violents et désordonnés. — *Troisième expérience* faite avec du gaz pur. Exagération de toutes les sensibilités spéciales : perte des relations avec le monde extérieur sans perte de la conscience ; rêvasseries agréables ; visions de fraîches et rapides images ; perceptions toutes nouvelles. Idées larges et ambitieuses : théories, vastes découvertes ; exaltation du moi. Au réveil, on reste pendant un certain temps sous la même série d'impressions, sentiment d'orgueil, impressions sublimes, indifférence à tout ce qui se dit. Poussée un peu plus loin, l'inhalation, avant de produire l'hypnose complète avec perte de la conscience, engendre une véritable extase de plaisir ; parfois un état d'exilaration prolongée.

En résumé, le gaz hilarant produit une ivresse gaie avec sentiment d'anéantissement, de langueur extrêmement agréable. Cette ébriété se rapproche beaucoup de certaines formes de l'ivresse du haschich.

**CHANVRE** (*Cannabis, Cannabinées*).— Le chanvre contient un principe volatil, le cannabène, dont l'inhalation provoque des vertiges, des éblouissements et une sorte d'ivresse. « Sa vapeur, dit Cazin, produit dans tout l'organisme un frémissement, un besoin étrange de loco-

motion, puis de l'affaissement, souvent suivi de syncope. L'impression produite sur le cerveau est pénible et occasionne plutôt de la stupeur que des hallucinations agréables. La cannabine est hypnotique ; à dose exagérée, elle cause une ivresse délirante comme celle du haschich. Delioux de Savignac cite le cas d'un enfant qui, ayant mangé des graines de chanvre, présenta des phénomènes d'excitation et d'hilarité suivis de narcose, comme sous l'influence du haschich.

**CODÉINE.** — Alcaloïde hypnotique de l'opium, auquel Barbier a attribué en outre une action céphalique et exhilarante qui rapprocherait cette substance des stimulants cérébraux (café, mélisse, alcool, gaz hilarant, etc.).

**PALICOURREA DENSIFLORA** (*Rubiacées*). — Plante brésilienne jouissant de propriétés narcotiques et nauséuses : elle détermine un état d'ivresse avec troubles auditifs et visuels, tremblements, syncope, paralysies et faiblesse du pouls.

**PISCIDIA ERYTHRINA.** — Poison stupéfiant, produisant une narcose profonde qui se prolonge pendant de longues heures.

**RUE** (*Ruta graveolens*, *Rutacées*). — Entre autres symptômes elle produit des troubles nerveux : ivresse légère, rêvasseries, titubation. Ces effets sont suivis de narcose.

(A suivre.)

---

---

# AUTOMATISME SOMNAMBULIQUE

AVEC

## DÉDOUBLEMENT DE LA PERSONNALITÉ

OBSERVATION RECUEILLIE DANS LE SERVICE DE M. LE PROFESSEUR BALL,

par M. BOETEAU.

Interne des Asiles de la Seine.

---

Dans le service de la Clinique est entrée une jeune femme qui présente un remarquable exemple d'automatisme somnambulique. Il s'agit d'une nommée Marie M..., couturière, âgée de vingt-deux ans.

L'étude de ses antécédents personnels montre qu'en dehors des accidents nerveux qu'elle éprouve, elle est d'une santé habituellement bonne. Sauf une bronchopneumonie à neuf ans, elle n'accuse aucune maladie sérieuse ; par contre, elle a toujours été émotive, impressionnable à l'excès.

C'est vers l'âge de douze ans, au moment de l'apparition de la menstruation, qu'est survenue sa première attaque d'hystérie ; à seize ans, à la suite d'une vive contrariété, seconde attaque convulsive analogue à la première ; depuis lors, sans cause appréciable, les attaques se sont multipliées, et en ce moment elles se renouvellent environ deux fois par mois.

Dans ces dernières années, leur intensité est devenue telle qu'elle a dû faire de nombreux séjours dans les hôpitaux ; elle a été notamment soignée à l'hôpital Bichat.

Sans vouloir apporter ici un document nouveau en

faveur de la théorie de la non-existence de la folie hystérique, — théorie que n'admet pas M. le professeur Ball, — remarquons que la malade présente un de ces types cliniques assez rare d'hystérie pure, essentielle, sans coexistence d'autres manifestations vésaniques, ni de malformations physiques.

En analysant avec attention son état mental, nous ne constatons aucune altération des facultés psychiques. Intelligente, apprenant fort bien à l'école, où elle était citée comme la meilleure élève, elle est aujourd'hui ouvrière très estimée de ses patrons.

Comme antécédents héréditaires et au seul point de vue cérébro-spinal, nous n'avons rien appris qui mérite d'être signalé du côté paternel ; du côté maternel, nous noterons que la mère de notre malade avait des attaques d'hystérie violentes et prolongées.

Nous pouvons aborder maintenant l'histoire de ce curieux accès, qui a consisté en ce que M... a tout d'abord ressenti les prodromes de l'attaque hystérique, puis elle a complètement perdu conscience de son état et s'est mise en marche automatiquement, entreprenant ainsi toute une série de pérégrinations ; elle n'est revenue à elle qu'au bout de trois jours, sans se douter des mésaventures qui venaient de lui arriver.

L'histoire de cette fugue inconsciente commence le 24 avril 1891 ; ce jour-là elle quitta le service de médecine de l'hôpital Andral où elle était en traitement pour ses crises nerveuses et, à sa sortie, l'interne lui remet un mot pour la faire admettre dans le service de chirurgie de l'Hôtel-Dieu, en lui annonçant comme très probable la nécessité d'une opération pour une salpingite gauche, dont elle souffrait beaucoup depuis quelques semaines.

L'annonce de cette intervention chirurgicale détermine chez notre malade une frayeur, une angoisse d'autant plus violente, que deux semaines auparavant, une

de ses tantes était morte des suites d'une opération analogue.

Il devait être environ dix heures du matin lorsqu'elle quitta l'hôpital. Toujours sous l'empire de la frayeur, elle éprouve les premiers symptômes de son attaque, elle sent une boule lui monter du ventre à la gorge, elle se met à étouffer, ses tempes battent, ses bras sont agités de quelques légers mouvements convulsifs; à partir de ce moment et pendant trois jours, elle perd complètement conscience de ses actes, ne se rappelant rien, absolument rien. Nous l'avons questionnée à maintes reprises; nous lui avons demandé de chercher à se souvenir de ce qu'elle a pu faire pendant ces trois journées, et toujours elle s'est trouvée dans l'absolue impossibilité de ressaisir le moindre souvenir, tandis que tout à l'heure, par un bien singulier contraste, quand nous plongerons la malade dans le sommeil hypnotique, nous verrons tous ces souvenirs réapparaître avec une extraordinaire précision.

Depuis son attaque, M... doit donc être considérée comme ayant quitté la vie normale pour entrer dans cet état spécial qu'on est convenu d'appeler, depuis M. Azam, condition seconde.

Nous avons pensé qu'il était permis de recourir à l'hypnotisme pour tenter de ramener M... de sa personnalité normale à sa personnalité somnambulique, en lui rendant ainsi l'état mental et la mémoire propres à ce second état.

Bien qu'elle n'ait pas encore été endormie, nous constatons que la malade est facilement hypnotisable : au bout de deux minutes ses yeux clignotent, puis se ferment, quelques mouvements de déglutition surviennent avec légers spasmes des membres et elle s'endort.

Après avoir préalablement observé qu'elle présentait les deux états, léthargique et cataleptique, nous lui

demandons si elle pourrait nous raconter ce qui lui est arrivé en quittant l'hôpital Andral et nous obtenons d'elle le récit très circonstancié de sa fugue.

Rien n'étant insignifiant dans ces phénomènes délicats, nous allons reproduire ci-dessous, dans tous ses minutieux détails, quelque longs qu'ils doivent paraître, l'interrogatoire de la malade par M. Ball dans la leçon clinique, où il a mis en lumière ce cas curieux.

Interrogée d'abord sur l'emploi de son temps, la malade nous répond avec une entière assurance :— « Je me souviens parfaitement d'avoir d'abord eu l'intention de me rendre à l'Hôtel-Dieu; mais je ne pouvais me faire à l'idée de me laisser opérer; changeant décidément d'avis, je n'y suis point allée. C'est alors que se présente à moi le souvenir de mon enfant. On m'a bien raconté qu'il était mort... la vérité est qu'ils me l'ont ravi... Je leur avais cependant confié pour qu'ils en aient soin et non pour qu'ils me le prennent... des monstres!... Je voulais le revoir, mon enfant... Je voulais le leur reprendre... »

Indiquons en passant que c'est là l'interprétation délirante des faits suivants, que des renseignements nous ont ultérieurement appris.

Accouchée d'un garçon en février 1889, la malade, quelques mois plus tard, lorsqu'elle fut devenue veuve, se surmena beaucoup pour payer les mois de nourrice de son enfant placé à Chaville. À cette époque, ses attaques devinrent plus fréquentes, en même temps que les douleurs d'une salpingite présentèrent de violentes exacerbations. Épuisée par le travail et malade, elle entra à l'hôpital. La nourrice ne recevant plus régulièrement d'argent et se trouvant d'ailleurs dans la nécessité de quitter Chaville, porta l'enfant à l'Assistance publique.

Lorsqu'à sa convalescence la mère vint prendre de ses nouvelles, on lui apprit qu'il était mort et, comme

on le voit dans le début de l'interrogatoire précédent, M... , à l'état somnambulique, du moins, est persuadée qu'il y a eu erreur et que son enfant vit encore.

*D.* Ainsi vous vouliez aller retrouver votre enfant ? quel chemin avez-vous suivi ?

*R.* De l'hôpital Andral j'ai gagné la rue Saint-Antoine, ensuite j'ai longé toute la rue de Rivoli, puis l'avenue des Champs-Élysées ; parvenue à l'Arc-de-Triomphe, je suis descendue par l'avenue de la Grande-Armée jusqu'à la Porte-Maillot.

*D.* Vous avez donc, en plein jour, traversé tout Paris?.... Dans ce trajet, est-ce que personne n'a remarqué rien de singulier dans votre apparence extérieure ?

*R.* Tout ce que je puis dire c'est que, rue de Rivoli, plusieurs passants semblaient s'étonner de ma démarche, sans que je comprisse pourquoi, quelques-uns se retournaient pour me regarder.

*D.* Contez-nous la suite de votre voyage.

*R.* Continuant ma route, je quitte Paris, et marchant, marchant toujours, je passe par Courbevoie, par Suresnes, Saint-Cloud, Sèvres, et j'arrive à Chaville. Je vais frapper à la porte de la nourrice ; là on me répond que cette personne habite à Versailles, rue du Vieux-Versailles. Me remettant en route dans la direction indiquée, je suis repartie aussitôt ; je suis passée par Viroflay et suis allée jusqu'à Versailles. Je me rappelle très bien avoir erré longtemps dans Versailles. Je trouve enfin l'adresse indiquée. Une vieille femme, que je ne connaissais pas, me reçut ; elle ne parut rien comprendre à ce que je lui racontais ; elle ajouta même que je ne savais sans doute pas ce que je disais et que j'avais du reste l'air d'une femme à qui on n'aime pas à donner des renseignements. Là-dessus et sans plus d'explications elle me referme la porte au nez.

Comme il se faisait tard, je dus renoncer pour ce jour-là à poursuivre mes recherches. Ne songeant plus qu'à regagner Paris, je suis repartie, suivant au retour le même chemin que pour venir.

*D.* Pendant tout ce temps, n'avez-vous pris aucune nourriture ?

*R.* Non, monsieur, je n'avais pas faim. J'ai marché tout le temps si ce n'est en revenant, près de Sèvres, où je me suis assise pendant une demi-heure environ sur le bord de la route. C'est à ce moment que m'ont rejoint deux hommes et deux femmes qui me suivaient depuis quelque temps déjà. Ces gens sont venus s'asseoir à côté de moi.

*D.* Quelles personnes étaient-ce ?

*R.* Des gens de mauvaise mine, sans doute des rôdeurs.

*D.* Les reconnaîtriez-vous ?

*R.* Je crois bien, je les vois encore.

*D.* Que vous ont-ils dit ?

*R.* Ils m'ont demandé d'où je venais, où j'allais. Tout en me questionnant ils me plaisantaient ; ce qui me paraissait singulier, c'est qu'ils me prenaient pour une femme ivre. Je ne leur répondais pas, ils m'agaçaient et me répugnaient.

Lorsque je suis partie, ils se sont levés, m'ont suivie encore quelque temps, puis par le premier chemin de traverse ils ont disparu.

Cette rencontre fut malheureuse pour notre malade. Ce furent bien probablement ces rôdeurs qui lui volèrent une montre, plus une cinquantaine de francs, toute sa fortune, que depuis on n'a pu retrouver.

Quoi qu'il en soit, sans autre incident, notre malade revient à Paris ; son délire change alors de forme, elle est reprise de la crainte de l'opération. Cette crainte redevient sa préoccupation dominante ; sous le coup de

la frayeur surviennent des hallucinations visuelles terrifiantes.

« Je me voyais poursuivie, continue-t-elle, par des chirurgiens en tablier blanc, armés de longs couteaux, pour m'opérer.

« Ils me suivaient, ils me poursuivaient, ils s'avancraient toujours.

« Anxieuse, affolée, je me mis à fuir précipitamment le long de la Seine, jusqu'à ce que, rencontrant des agents, place de l'Institut, j'allai leur demander protection. »

Les agents la secoururent ; ils la conduisirent au commissariat de la rue Suger. Dans ce trajet, rue des Grands-Augustins, des amis qui connaissent la malade depuis son enfance la reconnurent.

Il nous a paru intéressant de consigner dans l'observation les renseignements que nous avons recueillis de ces personnes, qui ont pu voir M... en plein accès d'automatisme somnambulique.

Voici ce qu'ils nous ont appris :

Le 24 avril, dans la rue des Grands-Augustins, en rentrant du théâtre, vers minuit, ils rencontrent M..., qu'accompagnent deux agents. Stupéfaits, ils s'informent ; les agents leur donnent à entendre qu'ils s'agit d'une femme qui a sans doute bu.

Ses amis connaissent trop bien la malade pour ajouter foi à une semblable supposition ; ils la questionnent eux-mêmes, nouvelle surprise : elle les voit et cependant ne les reconnaît pas. Elle ne veut même pas admettre les avoir jamais connus, et toutes leurs insistances ne peuvent triompher de cette idée de dénégation délirante, dans laquelle elle semble vouloir se renfermer de plus en plus. Sans se douter de ce qui se passait autour d'elle, elle s'avancait précipitamment, les yeux grands ouverts, le regard fixe, effaré, les traits contractés, l'effroi peint.

sur la physionomie ; par moment elle entrat dans une agitation extrême, déchirant son mouchoir, ses gants, se débattant avec fureur pour se soustraire aux étreintes de prétendus assassins. — Ses amis l'accompagnèrent jusqu'au poste de police et devant le commissaire, malgré leurs instances réitérées, malgré toutes les prières, il leur fut impossible de se faire reconnaître d'elle. « Nous devions être, finit-elle par prétendre, de cette bande d'assassins qui la poursuivaient. » Pour nous fuir, elle se sauva à l'autre extrémité du bureau du commissaire et courut se blottir dans un coin.

En raison de son état mental, on dut se décider à la transférer d'urgence à l'infirmerie du Dépôt de la préfecture, où elle passa la nuit dans un état d'agitation maniaque complet.

Elle resta levée toute la nuit; sans cesse en mouvement dans la cellule, elle criait, appelait. Le lendemain au matin, elle devint préoccupée, triste, restant immobile, offrant plutôt une forme mélancolique qu'entrecoupaient de courtes périodes d'excitation.

Notons que M<sup>e</sup> le D<sup>r</sup> Legras, qui l'examina ce jour-là, crut de prime abord à un cas de délire alcoolique banal; mais, à un examen plus approfondi, plusieurs symptômes (certains caractères des hallucinations, l'absence du tremblement des mains et des autres signes somatiques de l'alcoolisme, l'étude de cet état mental tout spécial), lui donnèrent l'éveil et, si les symptômes négatifs qu'il put relever ne lui permirent pas de poser un diagnostic ferme, du moins lui suffirent-ils pour conclure qu'il ne s'agissait point d'alcoolisme. M<sup>e</sup> le D<sup>r</sup> Legras délivra du reste, le certificat suivant:

« Délire mélancolique, hallucinations de la vue très actives. Terreurs imaginaires. Insomnie. Voit des individus qui veulent la tuer. S'est adressée aux agents sur

la voie publique pour leur demander protection contre des individus, qui, disait-elle, la poursuivaient ; mais, en réalité, ces individus n'existaient que dans son délire.

« Le 25 avril 1891.

D<sup>r</sup> A. LEGRAS. »

Elle fut envoyée à Sainte-Anne. Dans la voiture qui la transféra, nouvelle crise de manie aiguë, et à son arrivée dans le service de M. Ball, le 25 avril, à sept heures du soir, elle était dans un état d'agitation extrême ; elle gesticulait, s'agitait sans trêve, elle voyait toujours les chirurgiens et, d'après les seules réponses qu'on put obtenir, on pouvait se rendre compte que ces hallucinations formaient comme le centre autour duquel gravitaient ses autres idées délirantes. — Ses vêtements étaient dans un état déplorable, sa robe en lambeaux, couverte de boue, ses souliers tout usés de la semelle, surtout le soulier gauche ; particularité qu'explique une hémiplégie gauche, dont nous nous occuperons plus loin.

Elle-même avait les pieds ensanglantés, les plantes des pieds labourés dans toute leur étendue par de profondes éraillures, attestant tout à la fois la longueur de la route qu'elle venait de parcourir et l'insensibilité de la malade, qui ne semblait pas ressentir la douleur physique.

Son état d'excitation qui faisait que le premier jour tous les éléments de diagnostic se confondaient, mit M. le Dr Rouillard, chef de clinique du service, dans un sérieux embarras ; privé du reste de tout renseignement et malgré l'examen le plus attentif, il soupçonna, comme le porte son certificat immédiat, qu'il s'agissait peut-être d'un cas de « délire alcoolique », tant était parfaite en ce moment l'apparente similitude entre ce délire et l'état mental de notre malade. — Seule la

marche de la maladie, soigneusement observée, devait permettre de reconnaître la vérité.

Le lendemain matin, à la visite, l'agitation de la malade s'était définitivement calmée ; mais l'état somnambulique persistait toujours ; du quartier des cellules où l'on avait dû la conduire à son arrivée, on la fit passer dans la cour commune avec les autres malades ; elle y resta toute la journée du samedi dans une inertie complète ; — il en fut de même du lendemain. Le réveil n'eut lieu que le lundi. Nous nous sommes enquis de la façon la plus précise dans quelles conditions s'était effectué ce retour à l'état normal, et nous avons pu établir que M... avait repris connaissance brusquement vers six heures du matin, au moment du réveil des malades.

Toute étonnée de ne savoir où elle se trouve, elle regarde avec ébahissement autour d'elle, ne comprenant rien à ce qui lui arrive. Se croyant toujours à l'hôpital Andral, elle témoigne son étonnement de voir que les personnes qui l'entouraient lui étaient toutes inconnues.

Elle questionne ses deux voisines de lit et, lorsque ses compagnes lui disent qu'elle était à Sainte-Anne depuis deux jours, elle ne veut pas le croire.

Un autre phénomène qui, au début de son réveil, frappa de stupéfaction cette pauvre femme, fut le sentiment de fatigue intense, de brisement, d'abattement extrême qu'elle n'avait pas encore ressenti depuis sa fugue, et dont elle avait maintenant conscience.

L'oubli était donc complet, elle avait complètement perdu le souvenir de ce qui venait de se passer.

Doutant cependant encore, M... alla s'assurer auprès de la surveillante de ce qu'on lui avait dit, et en même temps elle lui demanda ce qu'étaient devenus sa montre et son argent, dont elle venait de constater la disparition. Devant l'affirmation de la surveillante, il lui fallut bien se rendre à l'évidence : Dans son existence, ces trois

journées étaient comme si elles n'avaient jamais existé.

Telles sont les péripéties de cette longue histoire.

En résumé, partie de l'hôpital le 24 avril, à dix heures du matin, elle ne revient à elle que le 27, soit trois jours plus tard ; pendant cet accès de somnambulisme, dont il ne lui reste plus le moindre souvenir, elle a le premier jour erré tout le temps, faisant en dormant 60 kilomètres environ.

Quant aux deux autres journées de somnambulisme, elle les a passées dans une demi-torpeur, sans réagir, inerte ou du moins obéissant à tout ce qui lui était commandé, passivement, automatiquement.

Ajoutons, pour revenir à l'hypnose de notre sujet, que si nous faisons sortir M... de l'état léthargique où nous venons de la plonger, elle rentre dans l'existence ordinaire avec son état mental spécial et tout différent de celui où elle est quand elle est endormie. Lui demandons-nous alors l'histoire de sa fugue ? elle ne sait plus ce qu'on veut dire ; essayons-nous de raviver le souvenir de tel acte ou de telle parole de la condition seconde ? elle ne peut rien nous en dire. Nous avons cherché par tous les moyens possibles à la mettre en contradiction avec elle-même, mais inutilement.

Comme mode de vérification de la réalité de cette double conscience, essaie-t-on de l'hypnotiser à nouveau, elle revient brusquement à son état de condition seconde, et le souvenir de sa fugue revient exactement le même ; il est stéréotypé.

L'opposition des deux états qui se montrent toujours distincts rend cette épreuve vraiment curieuse.

Cet accès de somnambulisme ne constitue, comme tout accès, qu'une modalité, qu'un mode d'expression de la maladie proprement dite ; en sorte qu'après avoir décrit l'accès en lui-même, nous devons remonter à la connaissance exacte de la cause, dont la notion peut

seule servir de base au diagnostic. C'est à cette deuxième partie de l'observation, à l'importante étude de la nature même de la maladie que nous en venons maintenant.

Ainsi que nous allons le voir, il s'agit manifestement, dans le cas présent, d'hystérie; elle y est même très nettement caractérisée.

Les attaques dont souffre la malade sont en effet des attaques de grande hystérie avec leur symptomatologie habituelle. Après s'être annoncée par la sensation d'éblouissement, de battements dans les tempes, de boule épigastrique, elles se traduisent par des mouvements épileptoïdes, puis par de grands mouvements violents avec arcs de cercle typiques ; pendant ces crises, ni miction involontaire, ni morsure de la langue. C'est, en somme, le tableau ordinaire de l'attaque classique, et il serait inutile d'insister ici sur cette partie de l'histoire clinique de notre malade. D'ailleurs, les stigmates hystériques sont à leur plus haut degré de développement.

L'exploration de la sensibilité faite avec soin nous permet de relever les anomalies suivantes :

Diminution très notable de la sensibilité à la piqûre dans tout le côté droit, la sensibilité à la température est aussi très obtuse, et, particularité qu'il n'est pas sans intérêt de signaler, comme nous le verrons plus loin, la sensibilité au contact est au contraire conservée. Au niveau de la fosse iliaque gauche, on note la présence d'une zone hystéro-gène parfaitement caractérisée. L'enveloppe cutanée n'est pas seule le siège de l'hémianesthésie, et comme c'est la règle, les sens y participent à leur tour.

C'est ainsi que du côté de la vue, nous constatons l'existence d'un rétrécissement concentrique double du champ visuel à 60 degrés pour l'œil gauche et à 40 degrés pour l'œil droit; de l'achromatopsie de ce même côté, tandis que de l'œil gauche la perception des cou-

leurs est normale. En plus, de la mieromégalopsie. De même, à droite, abolition du sens de l'odorat.

Pour l'ouïe, à droite également, diminution notable de l'acuité auditive; le tic-tac d'une montre n'est perçu de ce côté qu'à une distance de 25 centimètres, tandis que l'oreille gauche l'entend à plus d'un mètre de distance.

Quant au goût, on peut appliquer sur la moitié droite de la langue diverses poudres d'un goût détestable (poudre de coloquinte, sulfate de quinine), sans que la malade y trouve aucune saveur; sur la moitié gauche de la langue, perception absolument normale. Enfin, complète anesthésie pharyngée.

Pour résumer ces troubles de la sensibilité, disons donc que c'est unilatéralement et du côté droit que la sensibilité cutanée et sensorielle est, sinon complètement abolie, du moins considérablement diminuée.

A ces troubles variés qui constituent, comme on sait, un des caractères essentiels du terrain hystérique, vient se joindre un trouble de la motilité, digne d'être mentionné : c'est une hémiplégie du même côté que l'hémi-anesthésie.

Depuis plusieurs années déjà, probablement à la suite de sa première attaque (à seize ans), la malade a remarqué un léger affaissement de tout le côté droit; la main droite, sans avoir en rien perdu de son adresse habituelle, est devenue plus faible : au dynamomètre, elle donne à peine 10; pour la main gauche, on obtient 20. Pendant la marche, la jambe correspondante traîne légèrement sur le sol.

L'état des réflexes est, du reste, normal. Du côté des muscles de la face aucun phénomène paralytique.

On note aussi certains troubles trophiques et vaso-moteurs. Du côté droit, on voit apparaître autour de la plus légère piqûre d'épingles une zone de rougeur diffuse;

la peau des bras est ordinairement marbrée de taches violettes. Les muscles présentent une légère atrophie uniformément étendue à tout ce côté avec hémiplégie ; les réactions électriques sont du reste absolument normales.

Remarquons, chemin faisant, cette hémiplégie droite, qui s'accompagne d'un commencement d'atrophie des muscles de ce côté et qui coexiste avec la conservation de la sensibilité tactile et l'abolition de la sensibilité à la douleur et à la température ; c'est là un syndrome qui pourrait faire croire à l'existence d'une syringomyélie ; mais ici, comme l'ont démontré des travaux récents, dans des cas analogues, ce syndrome doit être considéré, lui aussi, comme étant sous la dépendance de la névrose hystérique.

De cette observation se dégagent les deux propositions diagnostiques suivantes :

1<sup>o</sup> M... a eu un accès d'automatisme somnambulique ;

2<sup>o</sup> Cet accès est de nature hystérique ; ces deux faits permettent de classer dans le cadre nosographique l'état nerveux particulier que nous venons de voir.

L'examen de ce cas d'automatisme somnambulique présente en outre plusieurs points importants, sur lesquels nous nous permettons, en terminant, d'appeler l'attention.

Tout d'abord, cette observation montre non seulement que le passage de la vie normale à la vie somnambulique a été marqué par les phénomènes convulsifs de l'attaque d'hystérie, mais encore que la malade a retrouvé dans l'hypnose sa seconde forme d'existence cérébrale. Ce fait est donc une nouvelle preuve de la théorie qui tend aujourd'hui à rattacher certains cas de somnambulisme à l'hystérie, en admettant l'existence

des plus intimes affinités entre les manifestations de ces deux états et celles de l'hypnotisme.

Un second point à noter, celui qui fait le principal intérêt clinique de cette observation, c'est le dédoublement de la personnalité. Nous avons vu, en effet, que passagèrement M... avait eu une véritable vie mentale différente de sa vie normale avec retour, après trois journées, à cette vie normale, présentant ainsi un exemple très net d'alternance de personnalité avec scission, avec séparation complète entre ces deux existences psychologiques ; sans même admettre, comme certains auteurs, que tout fait d'hallucination peut être considéré comme étant en même temps un fait de dédoublement de la personnalité, on peut dire que c'est là un phénomène qui n'est pas exceptionnel en pathologie mentale ; dans aucun cas cependant il n'acquiert une expression aussi complète, aussi frappante que dans ces accès de somnambulisme.

Corrélativement au dédoublement de la personnalité, on observe que chaque état de conscience ne conserve le souvenir que de lui-même et que ces deux états s'ignorent réciproquement.

Ainsi M..., à l'état normal, éveillée et jouissant de la plénitude de sa conscience, ignore complètement ce qu'elle a fait ou dit pendant son sommeil somnambulique ; selon l'expression de M. Ball, il semble alors qu'on ait arraché quelques pages de l'histoire de sa vie ; par contre, dans l'état somnambulique, elle se retrouve subitement et complètement telle qu'elle a été pendant son accès ; mais elle ne conserve plus aucun souvenir de son existence antérieure. Cette mémoire alternante fait que chaque fois que M... revient au premier état, elle ne se souvient plus du second et réciproquement.

Cette amnésie toute spéciale rendit très laborieux les premiers interrogatoires de la malade, qui, dans l'état

seconde, oubliant toutes les notions antérieures à cet état, ne pouvait nous dire les noms des rues par où elle était passée. Ce ne fut qu'après bien des hésitations et en s'appuyant sur les renseignements des nombreux témoins de sa fugue, que l'on put être fixé sur l'itinéraire qu'elle avait suivi. Ce complet oubli de toute sa vie normale était rendu encore plus apparent par la singulière précision de détails et l'étonnante vivacité des souvenirs qu'elle conservait des moindres incidents de son existence somnambulique.

Quant au délire en lui-même, nous avons vu qu'il avait porté sur deux sujets distincts : une grande émotion passée de la malade, le souvenir de son enfant, d'une part, et, d'autre part, l'impression qu'avait fait sur son esprit l'annonce de l'opération. Dans l'un comme dans l'autre cas, l'initiative qui dirigeait ses idées délirantes était totalement laissée à la malade ; il a été absolument impossible de modifier son délire par la parole et M... est demeurée aussi inaccessible aux influences du dehors qu'indifférente aux sollicitations de ses amis qui, dans le bureau du commissaire de police, s'efforçaient de se faire reconnaître d'elle.

Ajoutons que ce délire a revêtu cette extrême mobilité de forme si souvent liée à l'hystérie : il a consisté successivement en accès de manie, en hypocondrie, en impulsion ; sur ce fond mobile se détachaient les hallucinations hystériques qui tiennent la plus grande place dans l'histoire de ce délire ; nous les retrouvons ici avec leurs caractères habituels et communs aux hallucinations des délires toxiques.

Enfin, dernier point à signaler : si, asseyant M... pendant l'état somnambulique devant une table et lui mettant une plume à la main, nous lui demandons d'écrire le quatrième du mois, elle écrit la date de sa période somnambulique (25 avril 1891), alors que nous

sommes quatre mois plus tard, et qu'il suffit de la réveiller pour qu'elle nous dise le quantième exact. Ce fait, ainsi que celui de la conservation du souvenir de ses pérégrinations dans une période ultérieure du somnambulisme, montrent bien tout à la fois l'existence et la persistance de la personne délirante qui, à une distance de plusieurs mois, se maintient toujours la même.

*N. B.*— Au moment où nous publions cette observation, l'état de notre malade s'est profondément modifié. Sous l'influence d'un traitement méthodique, la santé générale s'est améliorée ; l'accès de somnambulisme a reparu une seule nuit et à l'état d'ébauche ; les attaques et les autres manifestations de la névrose se sont aussi atténuées progressivement, sans cependant s'effacer complètement.

---

**Thérapeutique  
DU  
CHLORURE D'OR ET DE SODIUM  
DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE PROGRESSIVE**

par le Dr BOUBILA

Médecin en chef de l'asile des aliénés de Marseille.

et

**HADJÈS et COSSA**

Internes du service.

---

La paralysie générale est-elle tributaire de la syphilis? C'est là une question importante d'étiologie très controversée et sur laquelle le dernier mot n'est pas encore dit.

D'une façon générale l'école Allemande est presque unanime à faire une place capitale à la syphilis dans la paralysie générale. Chez les médecins des principaux asiles du nord de l'Europe, nous avons même trouvé l'idée bien arrêtée que cette affection reconnaissait la syphilis pour cause dans la totalité des cas.

Au commencement du siècle, ces idées sont nettement formulées : Esmarch et Jessen en Allemagne, Kjellberg en Suède, enseignèrent que la paralysie générale est toujours de nature syphilitique.

Le dernier de ces auteurs affirmait même qu'elle ne pouvait se développer chez un individu qui n'était pas entaché de syphilis acquise ou héréditaire.

Ces idées se reflètent d'une façon assez nette dans les

écrits des aliénistes tout à fait modernes, parmi lesquels nous citerons plus particulièrement Mendel, Riéger et Graf (cités par Krafft-Ebing dans son Traité, 1888). D'autres aliénistes étrangers, et parmi eux des aliénistes anglais et américains, n'accordent à la paralysie générale qu'une étiologie presque exclusivement syphilitique. Pour s'en convaincre, voir la Revue Critique : *Syphilis et folie*, du Dr Parant, dans les *Annales médico-psychologiques* (numéro de novembre 1888), qui résume les idées des aliénistes étrangers précités sur la question.

L'école française est loin d'être aussi affirmative. Il y a même scission. Les uns affirment que la syphilis ne saurait trouver place dans l'étiologie de la paralysie générale. D'autres assurent que cette maladie a la syphilis pour origine dans la majorité des cas, et que si on ne la trouve pas, c'est qu'on ne l'a pas soigneusement cherchée. Enfin, il est certains auteurs qui pensent hautement qu'entre les deux opinions précédentes se trouve la vérité; c'est l'opinion du Dr Coffin, qui prétend que « la syphilis est la cause la plus fréquente d'un certain ordre de paralysies générales qu'il appelle précoce, c'est-à-dire de celles qui font leur apparition dans la jeunesse entre vingt-cinq et trente cinq ans » (1).

La majorité des syphiligraphes, et avec eux M. le professeur Fournier, décrivent chez le vérolé des accidents pouvant simuler la paralysie générale de Bayle et de Calmeil : c'est la *pseudo-paralysie générale syphilitique*, si bien décrite par l'éminent médecin de Saint-Louis, à l'occasion de laquelle il dit : « Elle est l'analogie, comme symptômes et comme lésions, de la

(1) Voir à ce sujet les *Leçons sur la syphilis du cerveau*, par M. le professeur Fournier (Paris, 1879).

paralysie générale vulgaire ; elle ne lui est pas identique. »

Devant l'ensemble qui existe à l'étranger (Allemagne, Angleterre, Suède et Norvège, Danemark, Amérique, etc.), sur la nature spécifique de la paralysie générale et, considérant la pluralité des opinions qui ont cours en France, on a tout lieu de croire que la question d'ailleurs toute palpitante d'intérêt, est loin d'être définitivement résolue.

Nous n'ignorons pas que des aliénistes français d'un haut mérite (Christian, Arnaud) sont venus prouver par de séduisantes statistiques que le vérolé devenu paralytique était presque une rareté clinique. Mais, nous sommes de ceux qui pensent que la statistique, pour si brillante qu'elle soit, est une arme à deux tranchants ; que, sur le champ de l'observation clinique, elle se montre bien souvent insuffisante, et partant proclame des résultats contradictoires. Aussi ne lui accordons-nous qu'un crédit très restreint.

Laissant dans l'ombre les arguments de la statistique, certains auteurs sont venus demander à la thérapeutique des preuves plus convaincantes sur la nature non spécifique de la paralysie générale. « On n'est plus à compter, dit M. Mesnet (1), les observations dans lesquelles la syphilis et la paralysie générale ont évolué simultanément chez le même malade, comme deux maladies distinctes, indépendantes l'une de l'autre ; la première se modifiant, se guérissant par un traitement spécifique bien dirigé ; la seconde continuant sa marche lente et progressive, indifférente à l'action de la médication iodurée. »

Le Dr Vernet dans sa thèse inaugurale (2), après

(1) Rapport sur le prix Falret à l'Académie de médecine, 1888.

(2) *La syphilis est-elle une cause de la paralysie générale?* Thèse de Nancy, 1887.

avoir affirmé dans ses conclusions l'existence d'une paralysie générale d'origine syphilitique, identique à la paralysie générale classique au point de vue symptomatique, arrive à cet autre résultat, que le traitement spécifique révèle la véritable étiologie de l'affection, puisqu'il est suivi, dans quelques cas, de rémissions d'une durée inusitée, permettant de croire à une guérison ; et dans les autres cas, il amène presque toujours une amélioration de notable durée.

Pour notre part, toutes nos tentatives thérapeutiques au moyen des mercuriaux et de l'iode de potassium, donnés soit isolément, soit associés, sont restées infructueuses. Durant une période de plus de cinq ans à l'asile de Marseille, une seule rémission a été constatée chez une femme atteinte de paralysie générale, chez laquelle nous n'avons pu découvrir aucune trace de vérole. Cette rémission, d'ailleurs, n'a duré que six mois.

En présence de ces insuccès, nous voulûmes connaître quels résultats pouvaient nous procurer le traitement de la paralysie générale par un agent antisyphilitique peu répandu, il est vrai, mais que Chrétien de Montpellier a beaucoup vanté. Dans ce but nous l'avons prescrit à quatre paralytiques à la période de début, à neuf à la période d'état et à huit à la période de déclin de la maladie. Voici ces vingt et une observations.

#### PÉRIODE DE DÉBUT.

OBS. I. — G., Rose, entrée le 28 juillet 1888, fille soumise, âgée de trente-deux ans, originaire de Toménagio (Italie), domiciliée à Marseille.

Antécédents héréditaires nuls, excès alcooliques probables. Début remontant à un mois. Elle nous était envoyée par le service des vénériens, de l'hôpital de la Conception, où elle avait été traitée pour un chancre mou (?). En tout cas, aucun accident syphilitique n'a été constaté. Agitation maniaque avec

incohérence. A eu à plusieurs reprises des attaques épileptiformes. Pellagre. Poids, 44 kilos; au dynamomètre : M. D., 21; M. G., 20.

Le 27 septembre 1888, nous prescrivions 5 milligrammes de chlorure d'or et de sodium. Le 15 octobre, on porte à 1 centigramme que l'on continue jusqu'au 30 octobre inclusivement. Durant cette période, l'appétit et le sommeil ont été excellents, la malade a été calme, propre, le délire des richesses diminué. La mémoire est infidèle, l'embarras de la parole persiste, ainsi que quelques rares tremblements fibrillaires de la langue. Le poids est de 53 kilos; au dynamomètre on a : M. D. et M. G., 25. Il y a eu une diurèse et une salivation assez abondantes, ainsi que des sueurs profuses. Le 12 novembre, mêmes signes physiques que précédemment, mais moins accentués; la malade se rend compte de son état mental antérieur. Nous donnons 5 milligrammes jusqu'au 27 et, à partir de cette date, 1 centigramme jusqu'au 12 décembre inclus. Le poids est de 53 kilos; la pression dynamométrique : M. D., 32; M. G., 27.

Le 19 décembre nous faisons les constatations suivantes : l'embarras de la parole persiste pour certaines consonnances, les tremblements fibrillaires de la langue sont encore visibles, pas de tremblement des mains dans l'extension et l'écartement, conscience absolue de ce qui se passe autour d'elle, de sa situation ; propreté ; poids, 54 kilos. Sortie en complet état de rémission.

Obs. II. — P... Edwige, épouse D..., entrée le 12 mai 1888, âgée de quarante-huit ans, née à Pithiviers (Loiret), domiciliée à Oran, en Algérie.

Les antécédents héréditaires et personnels, ainsi que le début, sont inconnus. Elle est calme, rit tantôt et tantôt pleure. Elle pèse 60 kilos; au dynamomètre elle donne : M. D., 30; M. G., 28. Nous prescrivons le 27 septembre, 5 milligrammes de chlorure d'or et de sodium; le 15 octobre, 1 centigramme, jusqu'au 30 inclusivement. Le poids, à cette époque, est de 62 kilos; la pression dynamométrique : M. D., 30; M. G., 40. L'appétit s'est conservé satisfaisant, pas de diurèse abondante, pas de salivation, selles régulières, sommeil excellent, même état mental qu'au début. Le 12 novembre nous prescrivons 5 milligrammes, et notons le poids qui est de 63 kilos; et la pression dynamométrique donne : M. D., 32; M. G., 22. Le 23 novembre, on suspend, sans que ce deuxième essai ait présenté aucune particularité digne d'être notée. Le 5 février 1889,

nous prescrivons de nouveau 2 milligrammes et nous augmentons progressivement à 4 milligrammes, le 20 février ; à 6 milligrammes, le 7 mars ; à 8 milligrammes le 22 mars ; à 10 milligrammes, le 18 avril ; à 12 milligrammes le 2 mai et supprimons le traitement le 28 juin. A cette époque, la malade pèse 67 kilos, et donne au dynamomètre : M. D., 34; M. G., 22. Rien de particulier n'a été observé dans cette longue et dernière période, si ce n'est que la malade est devenue calme et raisonnable, et que le délire a disparu. Les signes physiques du début ont été modifiés. Peu de temps après, la malade sort sur la demande de son mari, dans un état mental satisfaisant.

**Obs. III.** — T..., épouse L..., entrée le 5 juin 1888, ménagère, âgée de quarante ans, née à Aix-en-Provence. Comme antécédents héréditaires : oncle paternel décédé dans un asile. Le début remonte à 15 jours (?), les causes en sont inconnues, hors la syphilis qui est probable. Le poids est de 67 kilos ; au dynamomètre elle donne : M. D., 20; M. G., 11.

Le 28 juin, nous prescrivons 5 milligrammes de chlorure d'or et de sodium. Le 22 juillet, elle tente subitement de s'étrangler avec une lanière qu'elle avait déchirée de sa couverture. La malade, jusque-là assez calme, s'agitte, crie et vocifère jour et nuit ; violences sur son entourage ; illusions. De temps à autre cette agitation cesse subitement, mais pour reparaître brusquement avec les mêmes scènes violentes. Le 15 octobre nous prescrivons 1 centigramme et notons successivement, le 16 octobre, de l'agitation ; le 17 et jours suivants, jusqu'au 22 inclusivement, de l'excitation et des scènes violentes ; le 23 octobre, la malade est calme ; le 25 octobre, l'agitation recommence surtout pendant la nuit ; elle démolit la porte de sa cellule. Le 30 octobre on supprime le médicament.

L'appétit s'est toujours maintenu très satisfaisant ; il y a eu des sueurs abondantes. Poids, 74 kilos ; dynamomètre : M. D., 30; M. G., 35. Le 12 novembre, nous prescrivons 5 milligrammes de chlorure d'or et de sodium. A ce moment les symptômes physiques sont très atténués ; le délire des richesses a disparu, quoique l'agitation continue. La malade pèse à cette dernière date 69 kilos ; et donne au dynamomètre : M. D., 31; M. G. 28. Le 27 et jours suivants, on note des sueurs abondantes, de la salivation. L'agitation n'a pas discontinue. Le médicament est supprimé quelques jours, puis repris à fin décembre jusqu'au 25 janvier 1889. Nous notons alors de l'œdème des membres inférieurs et une légère diarrhée. La malade maigrit,

l'excitation est toujours aussi prononcée ; nous devons encore suspendre le chlorure. Le 20 février elle pèse 65 kilos ; et donne au dynamomètre : M. D., 25 ; M. G., 19 1/2. Nous prescrivons 4 milligrammes. Depuis cette époque, la malade présente un délire qui va en décroissant. Le 7 mars, on porte le chlorure d'or et de sodium à 6 milligrammes ; le 22 mars, à 8 milligrammes ; le 12 avril, à 10 milligrammes ; le 3 mai, à 12 milligrammes ; et progressivement la malade s'est calmée, a engrassé et s'est mise à travailler, à tel point que, le 16 mai, sur les instances de la famille, nous accordons un congé d'une demi-journée. Son état a été si satisfaisant au dehors que la famille ne nous l'a plus ramenée. Les symptômes physiques s'étaient singulièrement atténués et l'état mental était aussi bon qu'on pouvait le désirer. Visitée par le médecin de la préfecture, sa sortie a été définitivement signée. Les dernières nouvelles reçues sont excellentes.

OBS. IV. — B... Joséphine, entrée à l'asile le 5 avril 1888, âgée de quarante-neuf ans, originaire du Var. Pas d'hérédité. Début de la maladie remontant à un an. Pas d'antécédents personnels dignes d'être notés.

A son entrée, la malade est agitée. Le traitement est institué le 17 avril. Sont prescrites successivement les quantités suivantes de chlorure d'or et de sodium : du 17 au 22 avril, 1 centigramme dans une potion de 120 (30 grammes de sirop de sucre et 90 d'eau) ; du 23 au 25 avril, 2 centigrammes ; du 26 au 30 avril, 4 centigrammes. Cette dernière dose est maintenue jusqu'au 19 juin. La médication par le chlorure d'or et de sodium paraît, dans ce cas, avoir produit une constipation opiniâtre qui nous oblige à suspendre le traitement jusqu'au 25 juin. A ce jour nous ordonnons à nouveau le chlorure d'or à la dose de 0,02 centigrammes. Le 3 juillet, suspension de la médication ; le 18 juillet, reprise à 0,02 centigrammes par jour jusqu'au 11 août.

Durant cette médication, dont les arrêts sont marqués par la constipation, nous avons assisté successivement à une évolution régulière de la maladie vers le bien. Les idées de richesses et l'optimisme ont perdu peu à peu de leur extravagance, les symptômes physiques cèdent également, la parole s'affermi et la langue ne frétille plus autant, à tel point qu'en août, l'état de la malade, tant au point de vue physique que moral, est si satisfaisant, qu'un congé à titre d'essai lui est accordé le 4 septembre, cinq mois après son entrée à l'asile. Les nouvelles que

nous avons reçues de la malade depuis sa sortie, nous ont mis dans la nécessité de transformer son congé à titre d'essai en congé définitif. Les dernières nouvelles datant de deux mois sont excellentes.

#### PÉRIODE D'ÉTAT.

OBS. I. — S..., épouse E... entrée le 13 septembre 1888, âgée de trente-sept ans, née à Laon (Aisne), domiciliée à Volo (Grèce).

Antécédents héréditaires et personnels et débuts inconnus.

Le poids est de 50 kilos; au dynamomètre, elle donne : M. D., 20 kilos ; M. G., 22.

Nous prescrivons, le lendemain de son entrée, 5 milligrammes d'or et de sodium. Le 15 octobre, on en prescrit 1 centigramme jusqu'au 30 octobre. A ce jour, le poids de la malade est de 50 kilos; et la pression dynamométrique : M. D., 24 ; M. G., 17. Les sueurs sont abondantes, il y a eu un peu de salivation, de l'insomnie; l'appétit est excellent, le traitement est suspendu. Le 12 novembre, nous prescrivons 5 milligrammes de nouveau et portons à 1 centigramme, le 27 novembre jusqu'au 12 décembre. Durant cette période, rien à noter, si ce n'est que la malade a été malpropre à plusieurs reprises et a souvent de la diarrhée. Le 8 janvier 1889, brusquement la malade s'agit, se donnant des coups et s'égratignant. Apparition d'un hématome à l'oreille droite; le 18 janvier, elle est calme. Le 5 février, mêmes scènes violentes que précédemment, et de la diarrhée qui disparaît avec l'agitation. Elle pèse 47 kilos, la pression dynamométrique donne : M. D., 12 ; M. G., 17. Nous prescrivons 2 milligrammes de chlorure d'or et de sodium. Le 20 février, nous donnons 4 milligrammes de l'agent médicamenteux et ne notons rien de particulier, si ce n'est quelques selles diarrhéiques de temps à autre. Le 6 mars, suppression du traitement. Le 11 mars, la malade mange ses excréments; le 20 mars nous prescrivons 2 milligrammes de chlorure d'or et de sodium. Le 2 avril, 4 milligrammes; le 23 avril, 6 milligrammes et ne constatons, jusqu'au 25 avril, qu'un peu d'amagrissement. Elle est transférée à l'asile de Prémontré peu de temps après. L'état mental est amélioré.

OBS. II. — S..., Marie, âgée de soixante-quatre ans, née à Bucharest (Roumanie), domestique à bord des Messageries Maritimes, entrée le 29 avril 1885.

Antécédents héréditaires et personnels, causes et débuts inconnus. La malade est incohérente, malpropre et a des alternatives d'agitation et de calme. Le 25 septembre, le poids de la malade est de 55 kilos ; il n'est pas possible de lui faire serrer le dynamomètre. Le traitement est institué à la dose de 5 miligrammes par jour ; le 15 octobre, la dose est de 1 centigramme, et prescrite journellement jusqu'au 30 inclusivement. La malade a été agitée durant cette période et elle présente à cette dernière date des sueurs abondantes, des urines dépassant la normale comme quantité, de l'insomnie, une salivation exagérée, des selles diarrhéiques et sanguinolentes ; l'état mental n'est nullement modifié. Le 12 novembre, reprise à 5 milligrammes ; le poids est de 55 kilos. L'agitation de la malade est diurne et nocturne ; aucun symptôme ne vient entraver le traitement qui, le 27 novembre, passe à la dose de 1 centigramme jusqu'au 12 décembre. Un dernier essai, du 5 février jusqu'au 20 du même mois, à la dose de 2 milligrammes et 4 milligrammes, ne nous permet d'observer aucune modification dans l'état de la malade. Celle-ci est atteinte de pneumonie double et décède le 14 mars 1889.

*Autopsie.* — L'examen nécropsique donne quelques particularités intéressantes.

*Cerveau.* — Hyperémie des méninges ; par l'incision de la dure-mère, on donne issue à une grande quantité de liquide séreux. La pie-mère offre un aspect laiteux des deux côtés, au niveau des lobes sphénoïdaux. Adhérences généralisées avec la substance corticale, laquelle offre un degré de consistance bien inférieur à la normale, principalement au niveau des circonvolutions frontales. Les vaisseaux sont injectés. Les ventricules latéraux offrent un aspect chagriné et renferment un peu de liquide ; légères arborisations vasculaires sur les parois.

*Cœur.* — Le cœur est graisseux ; coloration feuille-mort. L'endocarde est sain. Le péricarde contient une faible quantité de sérosité.

*Poumons.* — A gauche, fortes adhérences pleuro-diaphragmatiques. Le lobe supérieur présente de nombreuses cavernes de la grosseur d'un pois à celle d'une noisette, renfermant une substance caséeuse, jaunâtre, de faible consistance. Le lobe inférieur est transformé en une sorte de bloc solidifié, rouge, dense, plongeant au fond de l'eau ; il se déchire facilement. A droite, le lobe inférieur offre le même degré d'hépatisation rouge que le lobe inférieur du côté gauche. Les lobes supérieur

et moyen sont normaux : ils crépitent un peu à la coupe, et surnagent.

*Foie.* — Volumineux, de couleur très foncée.

*Rate.* — Volume normal, mais très friable.

*Estomac.* — Rien à signaler.

*Intestins.* — Légère hyperémie par intervalles ; pas d'ulcéra-tions.

**Obs. III.** — L..., veuve J..., entrée le 29 décembre 1888, âgée de cinquante trois ans, originaire des Hautes-Alpes, domiciliée à Marseille.

Antécédents héréditaires : frère interné pendant quinze mois. Début remontant à trois mois. Le 19 janvier 1889, congestion cérébrale avec hémiplégie gauche, attaques épileptiformes. Le 21 janvier, la malade va mieux ; l'hémiplégie a disparu. Le 5 février, nous prescrivons le chlorure d'or et sodium à 2 milligrammes ; le poids de la malade à ce jour est de 48 kilos ; la pression dynanométrique donne : M. D., 15 ; M. G., 20 ; la pupille droite est plus dilatée ; l'embarras de la parole très prononcé. Le 20 février, on porte la dose à 4 milligrammes ; le 19 mars, congestion cérébrale avec attaques épileptiformes fréquentes, hémparésie du côté gauche ; suppression du médicament. Le 21, la malade va mieux, l'hémparésie a disparu. Le 12 avril, nous reprenons, à la dose de 6 milligrammes, le chlorure d'or et sodium ; le 22, on prescrit à 8 milligrammes ; le 12 mai, à 10 milligrammes ; le 3 juin, 12 milligrammes ; le poids à ce jour est de 46 kilos ; le dynamomètre : M. D. 16 ; M. G., 10. Durant cette période de traitement, rien d'anormal n'a été noté dans les grandes fonctions ; la maladie suit sa marche progressive. Le 10 juin et jours suivants, quelques selles diarrhéiques sont signalées. Le 24, on supprime la médication. La malade est pesée et donne 49 kilos ; la pression dynanométrique est : M. D.. 20 ; M. G., 16. La malade est gâteuse, calme et se nourrit.

**Obs. IV.** — M<sup>me</sup> G..., entrée le 29 mars 1882, âgée de quarante-quatre ans, ménagère, originaire des Pyrénées-Orientales. Pas d'hérédité. Comme antécédents morbides personnels, l'alcoolisme seul à noter.

Le 27 septembre, la médication est instituée : chlorure d'or et de sodium à la dose quotidienne de 5 milligrammes. Rien de particulier à noter durant cette période. Le 15 octobre, la dose est portée à 1 centigramme par jour, jusqu'au 30 du même mois inclusivement. Le poids et la force dynanométrique, qu'on avait

négligé de relever avant de commencer le traitement, donnent : P. 47 kilos ; Dynamomètre : M. D., 21 ; M. G., 12. Durant cette période, le sommeil et l'appétit ont été satisfaisants. Pas de sueurs ; pas de salivation ; pas de diarrhée. Etat mental stationnaire ; un peu d'agitation comme auparavant. Le 12 novembre, reprise du traitement à 5 milligrammes. Au dynamomètre, à cette époque, elle donne : M. D., 24 ; M. G., 19 ; au poids, 47 kilos. La dose est portée à 1 centigramme, le 27 novembre jusqu'au 12 décembre inclusivement. Durant cette période, la malade a été très tranquille et ne s'est pas agitée comme de coutume. Toutes les fonctions ont été normales et aucune indication à la suppression du traitement n'est constatée. Le 12 décembre, l'état général est excellent ; l'état mental présente une amélioration sensible. Nous suspendons le traitement. Le 5 février 1889, reprise de la médication à la dose de 2 milligrammes. Le poids est de 47 kilos ; au dynamomètre : M. D., 15 ; M. G., 10 (affaiblissement). Le 20 février, on prescrit 4 milligrammes ; le 7 mars, 6 milligrammes ; le 22 mars, 8 milligrammes ; le 12 avril, 1 centigramme ; le poids à cette époque est de 46 kilos. Le 3 mai, 12 milligrammes ; le 24 mai, 14 milligrammes sont prescrits. Nous arrivons ainsi à la dose de 16 milligrammes par jour que nous donnons le 14 juin. Le 24 juin, nous suspendons le traitement et nous notons un affaiblissement de la force dynamométrique qui donne : M. D., 18 ; M. G., 11 et une diminution de poids de 1 kilog. Pendant cette dernière période, M<sup>me</sup> G... a cependant présenté une régularité des diverses fonctions et ne s'est point agitée ; le sommeil a été tranquille et la tenue propre.

#### PÉRIODE D'ÉTAT TENDANT AU DÉCLIN.

**OBS. I.** — A... G..., épouse G..., entrée le 2 août 1888, lingère, âgée de trente-trois ans, née à Fos (Bouches-du-Rhône).

Antécédents héréditaires nuls ; antécédents personnels : chutes sur le dos et la face, il y a vingt-huit ans. Le début remonte à huit mois. Le poids est de 48 kilos ; au dynamomètre : M. D. 30 ; M. G. 25. Le 27 septembre 1888, nous donnons le chlorure d'or et de sodium à la dose de 5 milligrammes, et l'on augmente d'une quantité égale le 15 octobre jusqu'au 30 octobre. A cette époque, le poids est de 48 kilos ; au dynamomètre on a : M. D. 20 ; M. G. 23. Durant cette période,

les urines ont été abondantes, les sueurs nulles, l'appétit mauvais, le sommeil rare, l'agitation continue. Il y a une faible salivation, la malade a été malpropre. Le 12 novembre, nous prescrivons de nouveau 5 milligrammes ; le 27, on donne 1 centigramme, jusqu'au 12 décembre inclusivement. Suspendu, le chlorure d'or est repris en janvier. Le 5 février 1889, sur la demande de sa famille, un congé lui est accordé. A cette époque, nous constatons que les phénomènes paralytiques se sont aménagés dans de notables proportions. Placée volontairement, elle est définitivement retirée, malgré les bons effets du traitement constatés par la famille.

OBS. II. — A..., épouse C..., entrée le 11 août 1888, originaire de l'Hérault, domiciliée à Marseille.

Antécédents héréditaires inconnus ; antécédents personnels : chute d'une tour, frayeur. Début remontant à un an. Elle pèse 57 kilos ; au dynamomètre : M. D. 30 ; M. G. 27. Le 27 septembre, nous prescrivons 5 milligrammes, et portons à la dose de 1 centigramme le 15 octobre jusqu'au 30 inclus. Durant cette période, nous notons une fois des sueurs profuses ; la salivation est faible ; parfois un peu de diarrhée ; l'appétit et le sommeil sont excellents. Sauf un peu de dépression, l'état mental est le même. La malade pèse 58 kilos ; au dynamomètre : M. D. 28 ; M. G. 32. Le 12 novembre nous prescrivons de nouveau 5 milligrammes, et augmentons d'autant le 27 jusqu'au 12 décembre inclusivement, sans que nous ayons remarqué rien qui fût digne d'être noté. A cette époque, le dynamomètre nous donne : M. D. 35 ; M. G. 30 ; la malade pèse 60 kilos. Le 27 décembre, elle nous revient agitée, après un séjour de quarante-huit heures dans sa famille. Le 4 janvier 1889, la malade redevient calme ; le 19 janvier, nous constatons de l'œdème des membres inférieurs sans cause appréciable. La malade ne travaille plus et reste inerte, assise à la même place. Le 5 février, nous notons l'impossibilité de se tenir debout pendant quelques minutes consécutives. Le dynamomètre nous donne : M. D. 20 ; M. G. 10 ; le poids est de 62 kilos. Nous prescrivons 2 milligrammes de chlorure d'or et de sodium ; le 20 février, nous en donnons 4 miligrammes ; le 24 février, nous constatons un peu de diarrhée. Le 6 mars, nous supprimons la médication. Le 9 mars, la malade est prise de congestion cérébrale et meurt le 11 mars 1888 à trois heures de l'après-midi. Réclamée par son mari, l'autopsie n'a pu être faite.

OBS. III. — S..., Blanche, entrée le 19 avril 1888, artiste

lyrique, âgée de trente ans. Antécédents héréditaires et personnels inconnus, ainsi que le début. Le poids est de 69 kilos ; au dynamomètre : M. D. 14 ; M. G. 20. On institue le traitement à 3 centigrammes, du 20 avril au 27 septembre. Sous l'influence du traitement (tout porte à le croire), nous avons vu les symptômes s'amender dans d'étonnantes proportions ; la malade nous a raconté sa vie avec beaucoup de netteté et accentuait d'une façon très intelligible. Elle s'est mise au travail et accomplissait sa tâche avec beaucoup de précision. Le 15 octobre, on institue de nouveau la médication à la dose de 1 centigramme, jusqu'au 30 octobre inclusivement. A cette époque, le poids est de 70 kilos ; au dynamomètre : M. D. 22 ; M. G. 10. La malade a de nouveau bénéficié de cette médication, elle est très propre, s'habille avec coquetterie et recherche, est calme, dort bien, s'acquitte convenablement du travail qu'on lui donne. L'état mental est très satisfaisant, à part une émotivité facile. Les urines ont été abondantes ; il n'y a eu ni salivation exacerbée, ni diaphorèse marquée ; il y a eu assez fréquemment de la diarrhée. Le 12 novembre, on prescrit de nouveau du chlorure d'or et de sodium à plus petites doses, 5 milligrammes par jour, à cause de la ténacité de la diarrhée ; le 27 novembre, on porte à 1 centigramme, jusqu'au 12 décembre. Toujours très propre, coquette, laborieuse ; la parole est assez embarrassée. Le poids, à cette époque, est de 71 kilos ; au dynamomètre : M. D. 20 ; M. G. 12. Le 21 janvier 1889, le tremblement des bras et des mains est si accentué qu'elle ne peut s'acquitter de son travail, ce qui la met dans de grandes colères accompagnées de pleurs et de cris. Dès cette époque, la malade maigrît. Le 5 février, nous prescrivons 2 milligrammes de chlorure d'or et de sodium ; elle pèse 67 kilos ; au dynamomètre : M. D. et M. G. 18 ; gâteuse et très agitée, la malade dort mal et mange fort peu. Vers le 20 février, nous notons une notable amélioration et donnons 4 milligrammes de chlorure d'or et de sodium quotidiennement. Le 6 mars, nous notons de l'agitation excessive, celle-ci ayant été moins forte les cinq jours précédents. Nous suspendons le traitement à cette date. Repris le 13 mars à 2 milligrammes. Au mois d'avril, l'agitation, quoique moins intense, persiste toujours ; nous ne notons ni diarrhée, ni diaphorèse, ni polyurie. Le 23 avril, on porte à 6 milligrammes, quoique la malade soit dans un état analogue à celui du début du traitement, c'est-à-dire gâteuse, inintelligible, chancelante. On donne, le 13 mai, 8 milligrammes, 10 milligrammes le

4 juin, et l'on supprime définitivement le traitement le 24 juin. Pendant les trente derniers jours, l'agitation a été persistante, malgré l'administration du sulfonal, qui n'a calmé la malade que pour un ou deux jours. Elle pèse en dernier lieu 56 kilos et donne au dynamomètre : M. D. 9 ; M. G. 6.

(A suivre.)

---

# SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

---

SÉANCE DU 26 OCTOBRE 1891.

**Présidence de M. FALRET.**

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

*Correspondance et présentations d'ouvrages.*

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de remerciements de M. Meilhon, nommé membre correspondant à la dernière séance.

La correspondance imprimée comprend :

1<sup>o</sup> *De l'homicide commis par la femme*, par le Dr Paul Aubry ;

2<sup>o</sup> *Pritchard and Simonds*, par le Dr D. Hack Tuke ;

3<sup>o</sup> Le tome XI du *Bulletin de la Société de médecine légale* ;

4<sup>o</sup> Les numéros d'août, septembre et octobre des *Annales de psychiatrie* et de la *Revue de l'hypnotisme*.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL dépose sur le bureau le volume des *Comptes rendus du Congrès international de médecine mentale tenu à Paris en 1889*.

M. LE PRÉSIDENT. — Messieurs, la Société doit remercier M. Ritti, son secrétaire général, du zèle et de l'activité qu'il a déployés, soit pour l'organisation du Congrès, dont l'honneur lui revient tout entier, soit pour le succès de cette réunion internationale, qui a dépassé toutes les espérances par le nombre et l'intérêt des mémoires présentés et par la variété des discussions auxquelles ils ont donné lieu. Le Congrès de 1878, organisé par notre honorable collègue, M. Motet, avait déjà rendu un vrai service à notre science spéciale ; celui de 1889 a étendu encore nos relations avec nos collègues

étrangers et est devenu, sous l'impulsion persévérente de notre excellent secrétaire général, le point de départ de Congrès annuels nationaux qui se sont déjà réunis à Rouen et à Lyon, et dont le prochain se tiendra à Blois, en 1892. C'est là un mouvement scientifique national important dont nous devons tous nous réjouir et dont il faut reporter le mérite sur ses premiers initiateurs.

*Nomination d'une Commission chargée de l'examen des projets de révision de la loi sur les aliénés.*

Il est procédé au scrutin pour la nomination d'une commission de cinq membres, chargée d'examiner les projets de révision de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés.

Sur 24 votants, obtiennent la majorité :

MM. Ritti.	.	.	.	.	.	20	voix.
Falret	.	.	.	.	.	19	—
Vallon	.	.	.	.	.	16	—
Ballet	.	.	.	.	.	13	—
Dubuisson.	.	.	.	.	.	13	—

En conséquence, la Commission est composée de MM. Ballet, Dubuisson, Falret, Ritti et Vallon.

*Présentation d'une nouvelle sonde œsophagienne (suite).*

M. RITTI. — A propos de la présentation d'une nouvelle sonde œsophagienne, faite à la séance du 25 mai dernier par M. Targowla, interne de l'asile de Villejuif, M. E. RÉGIS, membre correspondant de la Société, m'envoie la réclamation suivante, qu'il me charge de vous communiquer :

Sous le titre : *Présentation d'une nouvelle sonde œsophagienne*, M. Targowla a décrit à la Société médico-psychologique, dans la séance du 25 mai 1891 (*V. Annales méd.-psychol.*, juillet-août 1891), une sonde œsophagienne fabriquée par la maison Galante sur les indications de M. le Dr Briand. Cette sonde offrirait les trois dispositions particulières suivantes, constituant sur les appareils habituellement employés autant d'avantages réels :

1<sup>o</sup> Elle a une *longueur considérable*, de 65 à 75 centimètres au moins, qualité des plus importantes, « puisqu'elle peut pénétrer facilement de toute sa longueur si elle se trouve dans l'œsophage, tandis qu'elle est forcément arrêtée par la bifurcation de la trachée ou dans une des bronches dans le cas de fausse route ».

2<sup>o</sup> Elle est, non pas, comme la plupart des sondes usitées, en gutta-percha ou en gomme élastique, « ce qui les rend rigides, dures, cassables, surtout au niveau de l'œil de la sonde et ce qui peut occasionner des accidents du côté du pharynx, mais en caoutchouc rouge, à parois épaisses, non cassable ».

3<sup>o</sup> Elle est *dépourvue de pavillon* à sa partie supérieure, « de façon à s'adapter plus étroitement à la canule de l'irrigateur et à s'opposer ainsi au reflux des liquides injectés ».

Cette sonde paraît à M. Targowla devoir être généralisée dans les asiles, et M. le Dr Briand, sur une question de M. Vallon relative à ses avantages, a insisté sur ce fait « que sa longueur permet de l'introduire plus profondément et d'avoir ainsi la certitude qu'on ne fait pas fausse route dans les voies respiratoires, car si la sonde s'engageait dans la trachée, elle serait bien vite arrêtée par la bifurcation bronchique ».

J'ai été, je l'avoue, d'autant plus surpris de la présentation de cette sonde comme appareil nouveau qu'elle répond exactement à celle que j'emploie et que j'ai préconisée depuis déjà plusieurs années, juste pour les mêmes raisons qu'invoque aujourd'hui M. Targowla.

Voici, en effet, en ce qui concerne la *longueur de la sonde*, avantage principal de celle qui vient d'être proposée, comment je m'exprimais en 1880, dans une leçon faite à la clinique Sainte-Anne et reproduite la même année dans la thèse de M. Moreuw, et en 1885, dans mon *Manuel pratique de médecine mentale*, à la page 471 : « Nous avons conseillé de prendre toujours une sonde très longue, voici pourquoi : lorsque la sonde est dans l'œsophage, elle pénètre sans effort jusqu'à ce que le pavillon vienne au niveau de l'orifice extérieur des fosses nasales, on sent même qu'elle pourrait aller plus loin. Si elle a pénétré dans le larynx, on sent qu'il arrive un point où elle éprouve une résistance considé-

rable et qu'elle ne peut généralement franchir, pour si petite qu'elle soit ; cet obstacle, c'est l'éperon de la trachée. Là, en effet, la trachée se divise angulairement en deux branches et c'est au niveau de cet éperon que la sonde se trouve arrêtée. Si on pousse la sonde et qu'on l'abandonne à elle-même, elle remonte de quelques centimètres. »

C'est, on le voit, la même idée et les mêmes explications sous une forme à peu près identique.

En ce qui concerne la nature de la sonde de MM. Briand et Targowla, qui est en caoutchouc et non en gomme, pour les raisons indiquées, voici également ce que j'ai publié, en 1886, dans une brochure ayant pour titre: *Traitemennt de la Sitiophobie des aliénés*, et extraite du *Journal de médecine de Bordeaux*, ainsi que des *Bulletins et mémoires de la Société de médecine et de chirurgie* de cette ville : « Pour ma part, je me sers non pas d'une sonde en gomme élastique, qui a l'inconvénient d'être trop rigide, d'irriter et souvent même de faire saigner la muqueuse, surtout au niveau de l'œil et du point où on la courbe, mais d'une sonde *en caoutchouc à parois assez épaisses* pour pouvoir pénétrer sans l'aide de mandrin. J'obtiens ainsi une sonde douce, lisse, flexible, absolument inoffensive et qui ne s'éaille jamais (p. 13). »

Ici, encore, comme on le voit, l'identité est absolue.

Il n'est pas jusqu'à la dernière modification de la sonde de MM. Briand et Targowla, *la suppression du pavillon* qui, bien qu'accessoire, n'ait été également réalisée par moi depuis longtemps. Ici, toutefois, ce n'est plus dans le même but. Si mes confrères suppriment l'évasement de leur sonde, c'est uniquement pour que la canule de l'irrigateur s'y adapte plus commodément durant l'injection des liquides alimentaires. Pour moi, je ne me sers plus depuis de longues années de l'irrigateur, mauvais appareil qui, en dehors de ses défectuosités propres, a le grand inconvénient de ne pouvoir servir au lavage de l'estomac, et j'en suis revenu au simple entonnoir de verre ou de fer-blanc, avec lequel on peut faire le plus aisément du monde, par un simple mouvement de siphon, et le lavage de l'estomac et l'injection des liquides alimentaires. Ma sonde, *dépourvue*

*de pavillon*, est reliée par un ajutage de verre à un tube de Faucher muni de son entonnoir, ce qui donne à l'appareil, et au delà, toute l'amplitude de mouvements nécessaire.

Il résulte à n'en pas douter de ces explications et citations que la sonde nouvelle de MM. Briand et Targowla n'est, avec quelques avantages en moins, que celle dont je me sers et que j'ai fait connaître depuis déjà plusieurs années, puisque l'une et l'autre présentent comme caractères essentiels d'être *très longues, en caoutchouc à parois épaisses, et dépourvues de pavillon*. Mes confrères, dont je n'ai garde de suspecter la bonne foi, ne m'en voudront pas, je l'espère, d'avoir réclamé mon droit incontestable de priorité.

Et puisque je suis en veine de réclamation sur cette question, je me permettrai, en terminant, de faire également une toute petite querelle à M. le Dr Frossard, à propos de sa thèse sur « le lavage de l'estomac dans la sitiophobie des aliénés ».

C'est en 1880, comme on sait, que j'ai proposé le lavage de l'estomac chez les aliénés sitiophobes, méthode qui tend aujourd'hui à se généraliser de plus en plus. Depuis cette époque, frappé d'une part de la fréquence des troubles gastro-intestinaux et des phénomènes d'auto-intoxication dans la mélancolie, de l'autre des bons effets du lavage de l'estomac contre la sitiophobie, j'en suis venu à proposer ce lavage chez la plupart des mélancoliques, sitiophobes ou non, comme moyen de traitement de la maladie mentale elle-même.

C'est en 1886, dans le travail cité plus haut, que j'ai émis pour la première fois cette idée, dont la mise à exécution m'a donné, depuis, les résultats les plus encourageants. Or, M. Frossard, dans sa thèse en date du 26 juillet 1890, propose également le même moyen dans le même but, et cela sans citer, au cours du texte ou à l'index bibliographique, mon travail de 1886.

Il est vrai que la même idée a pu lui venir spontanément et qu'il a pu n'avoir pas connaissance de ma brochure. On peut en douter toutefois si l'on compare les deux textes ci-dessous :

*Brochure de M. Régis (1886),  
p. 19.*

« .... Chez les mélancoliques non sitiophobes, le lavage de l'estomac, en améliorant l'état des voies digestives et en déterminant pour ainsi dire une dérivation physique salutaire, pourrait peut-être amener sinon une guérison, au moins une atténuation plus ou moins grande des symptômes de la maladie. »

*Thèse de M. Frossard (1890),  
p. 44.*

« .... Chez les mélancoliques non sitiophobes, le lavage, en améliorant les voies digestives et en déterminant, pour ainsi dire, une dérivation physique salutaire, pourra peut-être amener la guérison ou tout au moins l'atténuation des symptômes morbides. »

Si c'est là une pure rencontre, on conviendra qu'elle est des plus remarquables.

Quoi qu'il en soit, et puisque M. Frossard a omis de le faire, je tiens à rappeler que j'ai été le premier à proposer le lavage médicamenteux de l'estomac, non plus seulement contre la sitiophobie, mais contre la mélancolie elle-même, dans les cas nombreux où elle se lie à des phénomènes d'auto-intoxication gastro-intestinale. Cette méthode de traitement m'a déjà donné d'excellents résultats et je la crois appelée à rendre quelques services dans l'avenir ; mais, quel que soit le sort qui l'attende, il est juste que ce soit son véritable père qui en assume la paternité.

M. BRIAND. — M. Targowla ne faisant pas partie de la Société ne peut guère répondre au reproche qui lui est adressé par M. Régis. Laissez-moi vous dire à sa place que, sans me rappeler les termes exacts de sa présentation, M. Targowla n'a jamais eu la pensée de s'attribuer le mérite de l'invention, si mérite il y a.

Voici comment les choses se sont passées : Ayant vu fonctionner à Villejuif la sonde qu'il vous a décrite, il a voulu faire œuvre de vulgarisateur en la faisant connaître. Je me hâte d'ajouter que M. Régis n'est pas davantage l'inventeur de la substitution, non pas du caoutchouc à la gomme, mais du caoutchouc à l'huile de lin cuite et étendue sur un manchon en tissu de fil. Bien avant que M. Régis n'ait publié les extraits dont il vient de vous donner lecture, tout le monde avait pu voir dans les hôpitaux de Paris et en particulier dans

le service de M. le professeur Verneuil qui alimentait à la sonde fine de caoutchouc mou, certains de ses opérés. Il n'est donc pas exagéré de dire que le système était tombé dans le domaine public bien avant que notre collègue M. Régis n'en parlât.

*Essai d'un plan d'observation.*

M. MARANDON DE MONTYEL. — Messieurs, le 5 avril 1875, vous étiez saisis par Baillarger de la proposition de nommer une commission chargée d'étudier les moyens d'obtenir chaque année de tous les médecins d'asile un certain nombre d'observations, six à dix, recueillies sous leur direction par leurs internes, observations qui, après contrôle, auraient été publiées dans les *Annales médico-psychologiques*. A la suite d'une assez longue discussion qui mit bien en relief toute l'importance et toute l'utilité de cette idée, son auteur reçut de vous, avec Billod, Dumesnil, Lucas, Lunier et MM. Falret et Delasiauve, la mission de trouver les moyens pratiques de la réaliser; mais votre commission, messieurs, ne s'est jamais réunie.

Pourtant elle était d'une urgente nécessité, cette proposition de Baillarger, et c'est parce que je la juge telle, encore aujourd'hui, que je vous demande la permission de la reprendre. Ne trouvez-vous pas, en effet, messieurs, que de plus en plus en France se fait sentir le besoin de faits recueillis dans des milieux calmes, en dehors de toute pression doctrinale et de toute influence magistrale?

D'ailleurs, les internes ont aujourd'hui pour les inciter au travail un stimulant qui jadis manquait : le vœu de Lunier est exaucé, les observations qu'ils publieront leur seront d'un grand secours pour l'adjuvat, puisqu'une épreuve du concours est sur titres scientifiques.

Pour Baillarger, deux conditions étaient à réaliser afin d'assurer la mise en pratique de sa proposition. Et d'abord des moyens de publication. Rien n'encourage plus les débutants que l'impression rapide de leurs premiers essais. Par elle, leur ardeur est décuplée. A cet égard, un journal exclusivement d'observations manque à notre spécialité, depuis que les *Archives cli-*

*niques* ont cessé de paraître. Il serait nécessaire de posséder à nouveau un recueil d'où seraient rigoureusement bannis les travaux d'érudition et de polémique, les hypothèses même fécondes et les généralisations même géniales, qui, plus modeste et néanmoins très utile, ne donnerait l'hospitalité qu'aux faits : des observations, rien que des observations, précédées d'un sommaire très clair et suivies de substantielles réflexions relatives aux particularités des cas. Telles étaient précisément les *Archives cliniques* de Baillarger. Au bout de peu d'années, on aurait ainsi réuni de tous les points de notre pays une masse énorme de faits, trésor d'autant plus estimable qu'ils auraient été observés, pour le plus grand nombre, en dehors de toute doctrine, par des hommes nouveaux venus, sans passé à sauvegarder, sans opinions antérieurement émises à ménager. En effet, et cela serait un des plus grands avantages de cette publication, elle permettrait à tous les praticiens des asiles, trop absorbés par leurs occupations multiples ou trop gênés par le manque d'habitude, pour rédiger des mémoires, d'enrichir la science des cas intéressants qu'ils rencontreraient. Beaucoup reculent devant de pénibles recherches d'érudition à entreprendre ou de difficiles discussions théoriques à engager, qui seraient heureux de pouvoir fournir le simple récit de phénomènes observés. Et ils seraient, ceux-là, les vrais pionniers de notre science. Baillarger avait bien compris cette utilité. Aussi était-il décidé à ressusciter dans le cours de cette année ses *Archives cliniques* et à leur assurer une existence à l'abri de tout revers. Hélas ! l'illustre maître est mort au moment où ses quatre-vingts ans passés semblaient le moins lui peser, il est mort avant d'avoir réalisé son projet. Toutefois, une consolation nous reste : l'accueil empressé et bienveillant que trouvent les jeunes dans les *Annales médico-psychologiques* où, depuis la disparition du journal de Baillarger, une place spéciale est réservée aux observations sous la même rubrique : *Archives cliniques*. Cette première partie du programme se trouve donc ainsi résolue en grande partie.

Reste la seconde condition qui paraissait à Baillarger, comme à moi, aussi indispensable, savoir : un plan

complet d'observations, embrassant tout, sans parti pris d'école ni de doctrine, sous forme de tableaux clairs et précis, destinés simplement à servir de guide aux inexpérimentés, sans gêner en rien l'originalité de l'esprit. Rien de tel, en effet, ne se rencontre dans les ouvrages classiques. Sans doute, ils contiennent tous un chapitre où est exposée la manière d'interroger et même d'observer les aliénés ; mais, de plan d'ensemble embrassant les moindres détails, il n'en existe point. Je pense, messieurs, que cette lacune a pu contribuer à empêcher votre commission de se réunir, car elle n'avait aucune base de discussion. Elle était aussi trop nombreuse : sept membres ; c'est pourquoi, si vous accueillez ma proposition, je vous demanderais qu'elle n'en ait plus que trois. Mais, en outre, j'ai cru que ses travaux seraient beaucoup facilités par l'apport d'un avant-projet qu'elle améliorerait et perfectionnerait. Celui que j'ai l'honneur de vous soumettre, et auquel je travaillais sous les conseils de Baillarger, quand la mort le surprit, était destiné au premier numéro des futures *Archives cliniques*. Nul doute qu'il n'eût été et plus profond et plus pratique, si le savant aliéniste avait encore vécu.

Ce plan est basé d'abord sur ce principe, généralement accepté, que si, en pathologie ordinaire, l'examen de l'état actuel du sujet suffit dans presque tous les cas à poser le diagnostic et les indications thérapeutiques, il n'en est pas ainsi en pathologie mentale. Il comprend donc deux parties distinctes : *Examen indirect* et *Examen direct*.

L'examen indirect sera, en premier lieu, l'histoire du malade, depuis la naissance jusqu'à l'heure où commence l'examen direct. Cette partie est l'objet du tableau n° 1 sous la rubrique : *Antécédents de l'aliéné*. Ces antécédents peuvent être fournis par le malade lui-même, par la famille ou par des étrangers, amis ou non. Autant que possible, il est prudent de puiser à ces trois sources et de contrôler les renseignements les uns par les autres. Pour simplifier les recherches et n'en pas omettre, je les ai groupées, selon leur nature, sous quatre chefs et avec des dénominations auxquelles je n'attache qu'une simple valeur pratique. J'ai cru utile aussi, toujours en dehors de toute idée doctrinale et dans l'unique but de

faciliter l'étude des malades, de distinguer de la folie les stigmates psychiques et de rassembler à part les plus fréquents et les plus importants que nulle part je n'ai trouvé ainsi réunis. Il m'a semblé qu'il y avait là un service à rendre, car l'expérience m'a montré que pour ces troubles particuliers, à moins de nettement les spécifier aux aliénés et aux parents, ils ne les avouent pas. Enfin, je n'ai détaillé que les maladies du système nerveux qui ont des liens étroits avec la folie, désignant les autres et celles des divers organes par des termes généraux, pour ne pas sortir du sujet.

L'examen indirect comprend, en second lieu, les *antécédents de famille*, objet du tableau n° 2, dont les divisions et les dénominations n'ont, elles aussi, à mes yeux, qu'un simple intérêt pratique et dans lequel je n'ai pas répété les détails déjà portés au tableau précédent, me bornant à les désigner par des termes généraux. Il serait à désirer qu'on pût obtenir, comme pour l'aliéné lui-même, une histoire complète des membres de la famille dans toutes les branches.

L'examen direct doit porter tout d'abord sur l'esprit du sujet, puisque, dans l'état actuel de nos connaissances, en dehors de cet examen, le diagnostic de folie est impossible. Le tableau n° 3 y pourvoit sous la rubrique : *Psychologie de l'aliéné*. Je donne dans ce tableau, sans souci aucun des théories psychologiques qui n'ont jamais été, de l'antiquité à nos jours, que rêves charmants de poètes, ou spéculations intéressées d'habiles, le plan qui me guide dans mes travaux et que je suis fidèlement, à seule fin de ne rien omettre, d'être certain d'avoir poussé mes investigations dans tous les sens. Dans un service d'aliénés, il est très commode et très facile de s'assurer d'abord des états de conscience, en demandant au patient où il est et pourquoi il y est. Selon ses réponses, on dirige l'interrogatoire vers les états sensoriels, les états émotifs ou les états intellectuels. Des premiers je ne dirai rien, les détails du tableau me paraissent suffisants. Pour les seconds, une expérience de dix-sept ans m'a convaincu que le plus commode est de baser leur examen sur les trois objets qui les provoquent : la santé, la fortune, la moralité ; celle-ci comprenant non seulement les choses permises, mais encore

l'honneur, la situation sociale ou le respect de soi. Or, ces trois objets sont en rapport soit avec l'individu même, soit avec les milieux naturel ou surnaturel. Il n'y a qu'à les scruter sous ce triple aspect, dans leur quantité et leur qualité, pour être complètement renseigné sur l'émotivité du sujet. Restent les états intellectuels. En ce qui concerne les conceptions délirantes, comme elles correspondent toujours à des états émotifs, j'opère pour elles comme pour ceux-ci, et je n'en ai pas encore trouvé une qui, expansive ou dépressive, ne roulât sur la moralité, la fortune ou la santé, dans leurs rapports avec l'individu ou les milieux.

Je ne nierai point que ces trois tableaux ne suffisent, dans la pratique courante, à poser le diagnostic d'aliénation mentale et même les indications thérapeutiques. Mais je dis que si l'on doit borner là ses investigations, mieux vaut se restreindre à faire du métier et ne pas s'imposer la peine de recueillir des observations, car c'est perdre son temps. A mon avis, l'examen direct doit porter autant sur l'état physique que sur l'état psychique. Malheureusement, celui-là, dans l'immense majorité des cas, est bien plus difficile à constater que celui-ci ; telle est sans doute la raison pour laquelle, en France surtout, il est si négligé. Pourtant, sans lui, une observation est forcément incomplète et de nulle valeur scientifique. Bien plus, tout l'avenir de la psychiatrie est pour moi dans l'étude de cet état physique.

Il comprend tout d'abord l'*anthropologie de l'aliéné*. Sans aucun parti pris, j'ai réuni dans le tableau n° 4, toutes les anomalies et toutes les malformations, qui, à ma connaissance, ont été relevées par les uns et les autres dans la folie. Je ne crois pas que ce travail d'ensemble ait encore été fait chez nous : dans tous les cas, je l'ai vainement cherché. Aussi ai-je pensé qu'il serait peut-être utile. Ce tableau est plus long que difficile à pratiquer. En ce qui concerne les anomalies et les malformations, l'éducation de l'œil se fait avec une grande rapidité. Quant aux mensurations, elles se pratiquent chez l'aliéné comme chez le sain d'esprit ; les seules difficultés proviennent de l'indocilité des sujets.

Ensuite, vient la *physiologie de l'aliéné*, à laquelle est consacré le tableau n° 5. Ici encore les procédés à

employer ne diffèrent en rien de ceux utilisés dans les laboratoires et les salles de clinique; mais les recherches sont plus délicates et plus difficiles, car la plupart nécessitent non seulement la docilité, mais encore la participation du malade.

A ces deux ordres de recherches, j'estime qu'il convient d'en ajouter encore deux autres, si on veut avoir du malade une idée complète et juste. Il découlent de deux sciences récentes et sont relatifs à la *psychologie physiologique* et à l'*anthropologie criminelle* de l'aliéné. La première, tableau n° 6, en montrant les modifications apportées par la maladie dans la mesure des actes psychiques et les réactions de l'esprit, est susceptible non seulement d'éclairer d'une vive lumière le fonctionnement normal, mais aussi le fonctionnement morbide de l'intellect. Déjà ont paru à l'étranger, — car en France ces études sont fort négligées, — des travaux importants qui permettent de beaucoup espérer. Quant à la seconde, elle est trop à l'ordre du jour, elle tient à l'aliénation mentale par des liens trop étroits pour être omise. Elle est l'objet du tableau n° 7, dans lequel j'ai réuni avec une entière bonne foi, et en m'efforçant de les grouper avec clarté, tous les signes physiques ou psychiques qui, à ma connaissance, ont été jusqu'à ce jour signalés comme caractéristiques de la criminalité. Les rechercher avec soin chez l'aliéné, dans le passé et le présent, sera rendre à la science un signalé service, afin d'établir si on les trouve exclusivement chez les malades criminels ou indifféremment chez tous. Et, à ce propos qu'on me permette une remarque qui répond d'avance à une objection. Certes, il serait difficile de rencontrer quelqu'un qui ne présentât aucun des nombreux signes figurés dans nos tableaux n° 4 et n° 7; aussi, ce qui caractérise la dégénérescence et la criminalité, ce n'est pas l'un ou l'autre de ces signes, mais leur ensemble en même temps que leur accentuation. De là, une importance extrême de les noter tous avec leur degré d'intensité.

Je crois qu'en se conformant aux indications de ces sept tableaux, on obtiendra des observations suffisantes. Mais le plus difficile peut-être ne sera pas encore fait. Il restera à suivre pas à pas le malade sous

le double aspect physique et psychique, si mobile et si changeant dans la folie, et cela durant des mois et des mois, puisque la durée de la manie aiguë, la plus curable de toutes les vésanies, excède parfois une année. Aussi, la patience et la persévérance sont-elles les vertus cardinales de l'aliéniste. Et quand ses efforts auront été vainus, quand sa thérapeutique aura été impuissante même contre la mort, il devra encore demander à une autopsie complète un dernier éclaircissement.

M. CHARPENTIER. — Je ferai observer que, déjà, des tableaux d'observation ont été publiés dans le *Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, il y a une dizaine d'années ; il me semble, en outre, que les *Annales médico-psychologiques*, qui ont toujours accueilli favorablement les observations importantes lues à la *Société médico-psychologique*, seraient détournées de leur but en se laissant absorber par toutes celles dont le projet de M. Marandon de Montyel demanderait la publication.

M. CHRISTIAN. — J'ai écouté avec la plus grande attention l'intéressante communication de M. Marandon de Montyel ; il ne m'est pas possible de partager ses espérances. Je ne veux pas entrer dans le fond du débat, examiner si un amas d'observations, recueillies au hasard par cent auteurs divers, pourront être réellement d'une grande utilité scientifique. Je me bornerai à dire que le projet en lui-même paraît irréalisable.

L'épreuve a été faite : les *Archives cliniques* fondées par Baillarger, n'ont vécu que quatorze mois ; cependant le maître lui-même s'y était appliqué, et n'avait rien négligé pour les faire réussir. Elles sont mortes d'inanition, et je m'explique facilement pourquoi. Chacun de nous, quand on s'adressera à lui, trouvera dans ses notes, un ou deux faits intéressants qu'il ne demandera pas mieux que de publier. Mais, après cet effort, il s'arrêtera, car rien au fond n'est plus fastidieux que de recueillir des observations sans un but précis, déterminé. Les seules observations auxquelles on s'applique sont celles que l'on a prises en vue d'élucider un problème que l'on s'est posé.

M. Marandon compte beaucoup sur le zèle des internes de nos asiles ; je crains encore qu'il ne s'abuse.

C'est une espèce fort rare, presque introuvable, que celle des internes assidus, preneurs d'observations; ils ont beaucoup de qualités, que je suis le premier à reconnaître, mais pas celle-là. Et ce ne sont pas les tableaux si méticuleusement détaillées que M. Marandon nous propose, qui changeront la situation. Ces tableaux, mais il en existe de pareils à Charenton, depuis de longues années; il en existe également, je crois, dans les autres asiles. Je n'irai pas jusqu'à dire qu'ils sont inutiles; en tous cas, ils servent à peu de chose. Ceux de M. Marandon sont infiniment plus complets, je me permettrai même de dire trop complets. Ils témoignent du zèle infatigable de notre frère. Qu'ils donnent le feu sacré à nos internes, je serai le premier à y applaudir. Mais, véritablement, je n'ose l'espérer.

M. RITTI. — J'estime que le travail de M. Marandon de Montyel mériterait d'être soumis à l'examen d'une commission, qui, après avoir étudié les tableaux annexés à l'*Essai d'un plan d'observation*, prendrait des conclusions, qui seraient soumises à la Société.

Cette proposition est adoptée et une commission est nommée, composée de MM. Briand, Christian et Séglas.

#### *Observation de suicide chez un paralytique général.*

M. ROUILLARD donne lecture de l'observation suivante, recueillie par M. le Dr SIZARET fils, médecin-adjoint de l'asile des aliénés de Châlons-sur-Marne :

Le sieur X..., âgé de cinquante ans, marchand drapier, s'est marié à trente ans et s'est établi commerçant à cette époque. Il appartient à une famille où nous avons relevé quelques bizarries, mais qui n'a pu ou voulu nous fournir que des renseignements contradictoires sur les antécédents héréditaires et personnels du malade. A la suite de déboires commerciaux, il y a six ans, disent les uns, deux ans, disent les autres, apparaissent les symptômes de l'ataxie locomotrice. (Diagnostic porté par les médecins de sa ville natale et divers spécialistes de Paris.)

Le malade se fit soigner chez lui, puis à la maison Dubois, à Paris, pour l'affection nerveuse dont il souffrait. Ensuite il fit plusieurs saisons à Lamalou-les-Bains. Parallèlement à son

affection apparurent des troubles divers, symptomatiques de la paralysie générale. Le malade se mit à faire des achats inconsidérés, parla d'un grand nombre d'inventions fort puériles, commit des fautes commerciales et présenta un grand affaiblissement de la mémoire. En même temps, on constatait la trémulation particulière des fibres musculaires de la langue et de l'orbiculaire des lèvres, l'inégalité pupillaire, l'insomnie et les troubles digestifs. Il fut alors placé à l'asile de Ville-Evrard pendant quelques semaines seulement, puis repris par la famille. Mais cette dernière ne put le conserver et se décida à le placer à l'asile de Châlons-sur-Marne.

*2 mai 1890.* A l'entrée, nous constatons, outre les symptômes énumérés plus haut, la puérilité des propos, les craintes hypochondriaques et des idées de culpabilité. Très émotif, il cherche à embrasser les personnes qui l'entourent et leur parle comme à de vieilles connaissances ; de plus, il est assez susceptible. Il n'est pas syphilitique et n'a jamais fait d'excès. C'est un homme de 1<sup>m</sup>,70 environ, robuste, bien constitué, mais présentant de la claudication de la jambe gauche à la suite de ses douleurs d'ataxie.

Dès l'entrée, le malade est un peu surexcité et, comme il menace de frapper, on doit lui retirer la canne dont il se sert pour marcher.

Nous possédons au dossier un assez grand nombre de ses lettres adressées à nous-mêmes ou au personnel de l'établissement et, en outre, nous avons gardé copie de quelques autres caractéristiques, adressées au Parquet ou à sa famille. Je n'en veux faire qu'une simple analyse, d'où il résulte les points principaux suivants :

Le malade, entré le 2 mai, se croit au mois de juillet.

Il écrit, soit à la femme du directeur, soit à la mienne, personnes qu'il n'a jamais vues, et les remercie des attentions qu'elles ont pour lui.

Une lettre adressée à une femme se termine par des salutations adressées à un homme.

Il parle de justifier ses torts à l'égard de sa famille et raconte les craintes imaginaires qui lui sont venues à la Maison municipale de Paris. L'interne aurait eu de mauvaises intentions à son sujet, et c'est sous son influence invisible qu'il aurait eu l'esprit troublé.

Dans les lettres suivantes, il ajoute qu'il commence à se rendre compte des persécutions exercées sur lui par sa famille, il dit qu'il se sent bien seul au monde avec sa fille (âgée de quatorze ans), et manifeste l'espoir d'obtenir pour vivre une place dans nos bureaux.

D'autres lettres parlent de ses inventions.

Ainsi, il a imaginé les dragées digestives à base d'aloès et de pepsine dont il donne les doses ; il a inventé un appareil destiné à arrêter les chevaux emportés ; un moyen d'empêcher les déraillements. Ce dernier consiste à employer des rails à mortaises en forme de gouttières dont les rebords maintiendront les rones des wagons. Il se montre très affecté de nous entendre soutenir qu'il se trompe de date... (Nous sommes au 30 mai et il se croit à la mi-juillet.)

Il demande un ingénieur pour l'aider à exploiter ses inventions. « Je ne peux pas, dit-il, laisser ces belles choses plus longtemps ignorées. »

Il revient à chercher la cause de son internement, s'accusant d'avoir caché entre deux poutres du grenier un paquet de poison, qu'il destinait à détruire les corbeaux de la campagne.

En tout, il aurait fait plus de trente inventions, les unes pour préserver des coups et blessures, soulager et guérir les malades ; les autres, d'agrément et d'utilité ; pour certaines, mal définies, il demande l'indulgence.

Le mois de mai s'achève sans modification.

*5 juin.* Il écrit une lettre, dans laquelle il demande à sortir et où il se montre irrité de voir que sa famille lui écrit en mettant des dates qui ne concordent point avec les siennes.

« On pense donc que je n'ai plus ma raison ! »

*13 juin.* Il devient mystérieux, nous prend à part pour nous révéler des secrets insignifiants, se plaint de son internement et du régime calmant qu'il suit.

*19 juin.* Visité de temps en temps par sa famille, il est tantôt excité et troublé, tantôt indifférent, et ne s'émeut peu qu'en parlant de sa propre santé et de ses propres inventions.

*24 juin.* Il perd de plus en plus la mémoire, émet des plaintes non fondées, demande à voir le commissaire pour se plaindre de diverses personnes. Il réclame aussi du tabac et l'oublie aussitôt qu'il l'a reçu ; se fâche qu'on le fasse coucher dans une chambre en communication avec celle d'un surveillant.

*25 juin.* Demande à faire à M. l'aumônier des confidences « qu'il ne peut retarder davantage ». Il écrit à ma femme une lettre dans laquelle il met trois fleurs pour l'évêque, et la prie d'embrasser de sa part la personne qui a demandé *l'arbre aux trois couleurs*.

A la même date, il m'écrit : « Je ne suis pas coupable des fautes dont on m'accuse, je me suis trouvé forcé de faire ce qui m'a été reproché. »

Interrogé ce même jour en vue de son interdiction demandée par sa famille, il répondit volontiers aux magistrats et signa son interrogatoire ; mais, le lendemain, il écrivit au procureur de la République pour le prier de considérer qu'il n'entendait

pas, par la signature qu'il avait donnée la veille, s'engager à exécuter les projets dont il avait parlé.

*1<sup>er</sup> juillet.* L'excitation diurne et nocturne persiste. Insensible aux visites de sa famille ; ne répond pas aux lettres ; se plaint fréquemment de douleurs rachidiennes fulgurantes ; il dort néanmoins la nuit et sans potion. Toujours halluciné et persécuté, cachottier, mystérieux, autrefois expansif, en somme, caractère protéiforme.

*14 juillet.* Un peu moins troublé, quoique dormant peu la nuit ; il s'occupe de jour à lire des journaux illustrés. Persistance d'idées de culpabilité.

*15 juillet.* Hallucinations de l'ouïe ; écrit dans une lettre : « J'entends des opéras, des cloches, des carillons, des bruits de vent. »

La vue est troublée aussi : « Je ne vois pas les objets à leur grosseur réelle ; mon écriture est tantôt grosse, tantôt petite. »

Or, son écriture est régulière et bien alignée ; mais il passe des syllabes et des mots entiers. « Personne, dit-il, ne doit ressentir ces effets ; ma maladie n'est pas l'ataxie, vous devez savoir pourquoi ? »

*25 juillet.* « Ma fille est ma seule consolation... Je vois l'avenir sombre ; la peine ne me quittera plus... J'ai craint ici de tomber sérieusement malade, mais je vois beaucoup mieux, maintenant. »

*4 août.* Le malade, présentant une très légère rémission, est remis à sa famille, en vertu de l'article 14 de la loi du 30 juin 1838.

*Réintégré à l'asile le 7 janvier 1891.* Les personnes qui nous ramènent X... nous apprennent qu'il s'est tiré dernièrement deux coups de revolver et, en effet, les traces existent encore sur la partie médiane du front et la région temporale droite. Après une saison passée en septembre-octobre à Lamalou, il était revenu amélioré et boitait beaucoup moins. Mais peu après, il fut repris de douleurs fulgurantes et les idées délirantes disparurent.

Puis, ayant réussi à faire lever son jugement d'interdiction du 25 juillet 1890, il retira de l'argent du Crédit lyonnais et prit un nouveau billet pour Lamalou. Sa famille l'empêcha de partir. Il s'imagina alors que, du côté de sa femme et du sien, on complotait contre lui. Ses idées de culpabilité reparurent. Il redevient très émotif, mais sa sensibilité est superficielle et toute faite d'égoïsme.

A l'entrée, nous trouvons plus de 100 francs cachés dans ses chaussures et, dans ses poches, une série de lettres préparées pour diverses personnes. Elles confirment les idées délirantes dont nous venons de vous parler. Il supplie sa femme de lui

pardonner et prie un avoué, son ami, d'intercéder pour lui sauver la vie. Les idées tristes ne quittent pas le malade et il est dominé par les idées de culpabilité. Quant aux symptômes physiques, ils ont reparu aussi nets que lors de la première entrée.

*2 février.* Un peu plus calme; mais ne dort qu'avec des potions; s'occupe à lire dans la journée et cause avec les autres malades. Moins indifférent, a reçu avec plaisir la visite de son frère. Ne se plaint plus trop de ses douleurs rachidiennes et réclame une chambre particulière qu'on continue à lui refuser à raison des idées de suicide qu'on lui suppose, mais dont il ne parle cependant jamais.

*Dimanche, 8 février.* Après avoir, comme d'habitude, causé un peu et fait quelques tours de jardin, il demanda à son infirmier « pardon » et le pria de l'embrasser; celui-ci, habitué aux manières expansives et aux airs contrits du malade, n'y fit pas autrement attention. Le malade se mit à table à onze heures et mangea comme les autres. Vers la fin du repas, avant que personne eût quitté la table, il se leva brusquement et se rendit aux cabinets d'aisance, sans qu'on remarquât la moindre particularité dans ses allures. Or, ces cabinets sont situés à environ 4 mètres de la salle à manger, dont une portion du couloir et trois portes les séparent.

Au moment où, le repas terminé, le chef de quartier allait, en comptant ses couteaux de table, s'apercevoir qu'il lui en manquait un et faire des recherches, un autre malade, en entrant aux cabinets, trouva X... affaissé sur le siège, les vêtements en désordre, les mains et les habits teints de sang. Il appela au secours et l'on se saisit de X... qui perdait du sang par une plaie située au côté gauche du thorax, entre la quatrième et la cinquième côte. Un couteau de table à bout arrondi avait été l'instrument dont X... s'était servi pour se couper la peau et ensuite pénétrer dans la cage thoracique. Le sang sortait avec des sifflements et des gargouillements qui montraient que la plaie ouvrait la cavité gauche.

Je fus appelé immédiatement et je trouvai le malade ayant toute sa connaissance. Je le fis transporter sur son lit en tamponnant sa blessure avec une simple serviette.

La plaie était longue de 8 centimètres environ, et béante entre deux côtes. Je n'osai la sonder de crainte d'accidents et aussitôt je réunis les bords avec des pinces hémostatiques; je plaçai ensuite une dizaine de sutures au crin de Florence, après avoir assuré l'antisepsie par des lavages phéniqués. Je n'osai laisser un drain dans la plaie, et il n'y eut pas la moindre complication; à peine une fièvre très légère, le soir même et le lendemain, avec quelques vomissements qui nous alarmèrent

d'abord un peu, mais se calmèrent vite par l'administration de champagne frappé et de la potion de Rivière.

Il n'y eut pas de frisson ni de délire. Au bout de quinze jours, la plaie était complètement fermée et la cicatrisation très avancée.

Cependant le malade nous avoua qu'il regrettait beaucoup de s'être manqué et nous demanda pardon en pleurant du crime qu'il avait commis sur sa personne. Il jurait qu'il ne recommencerait plus ; mais nous n'en croyions pas un mot et continuions à lui refuser une chambre particulière, où il serait certainement arrivé à se suicider.

*25 février.* Il se lève de nouveau et devient, plus qu'avant, l'objet d'une surveillance spéciale ; on fouille fréquemment ses poches et jamais on ne trouve le moindre objet paraissant indiquer qu'il pense encore à se détruire.

*11 mars.* Bien remis de sa secousse. Esprit faible, puéril ; garde un fonds d'idées de persécution.

« Ma grande tristesse, dit-il, vient de ce que je sais que je suis ici pour la vie. » Embarras de la parole, émotivité. Recomence à parler de ses douleurs fulgurantes et demande fréquemment des bains, des purgatifs, car sa santé est un peu délicate.

*1<sup>er</sup> avril.* Santé physique bonne ; esprit affaibli. Reparle de l'interne de la maison Dubois qui l'a influencé. Cause souvent seul ; se promène peu et reste sur un fauteuil, occupé à lire. Les lettres ou les visites de sa famille l'émeuvent beaucoup.

*21 avril.* Même état général. Persistance des idées de persécution et de culpabilité.

*5 mai.* A eu après dîner une petite syncope ; une injection d'éther l'a rapidement ranimé. Il écrit peu, s'intéresse aux nouvelles des siens. Nous remarquons que la parole est beaucoup plus embarrassée, que les traits de la face sont déviés, qu'il tord un peu la bouche. Nous lui faisons prendre de temps à autre de l'aloès et du séné.

*27 mai.* Santé meilleure, calme ; nous paraît trop calme même, déprimé par ses remords imaginaires. Demande à voir les siens ou à partir. Lit ou cause seul ; reste affaissé sur sa chaise.

Le *samedi 6 juin*, à dix heures et demi du matin, on vient m'appeler précipitamment pour le malade. Comme il faisait fort beau temps, il était depuis le matin au jardin, assis sur un fauteuil, à deux pas d'autres malades, et les infirmiers circulaient autour d'eux. L'un d'eux l'avait vu tout à coup pâlir et s'affaisser sur son siège. Aussitôt il avait soulevé les vêtements de X... et reconnu que du sang coulait de plaies faites au tronc dans la région du cœur.

Je fus prévenu et arrivai sur-le-champ. Je trouvai X... en syncope et le fis étendre sur le gazon ; les soins empressés que

je lui donnai le ranimèrent un peu, mais il ne put dire un mot. Je le fis transporter sur son lit et dévêtit complètement.

Sur le sol, autour du malade, dans les plis de ses vêtements, étaient un certain nombre de petits fragments de baguettes de bois vert. Un morceau d'environ 25 centimètres de long, était encore enfoncé d'au moins 5 centimètres entre deux côtes. Toutes ces baguettes, prises à un arbrisseau voisin, étaient au plus grosses comme un crayon. Le bois en est fragile, car la partie moyenne est remplie par la moelle qui occupe les deux tiers de la tige. Les extrémités étaient très irrégulières, ayant été brisées très difficilement à cause de l'écorce.

M. le médecin en chef arriva aussitôt avec l'interne et je pus alors essayer d'établir un pansement.

Nous constatâmes deux plaies situées de part et d'autre de la première, dont on voyait la cicatrice bien nette. Les deux plaies sont longues d'environ 7 ou 8 centimètres, et la peau est un peu éraillée sur les bords, quoique assez nettement coupée. Je réussis à arrêter le sang et je plaçai des sutures.

Le malade retomba en syncope à deux reprises et je lui fis deux injections sous-cutanées d'éther sulfurique. Il ne fit pas un mouvement quand je piquai la peau pour passer les crins de Florence, et le pouls était misérable, fort intermittent. Le pansement terminé et la toilette du malade faite, nous lui avons fait donner du champagne frappé et nous avons fait tous nos efforts pour le réchauffer, car les jambes surtout étaient inertes et glacées.

Au bout de deux heures, la face avait pris une légère coloration, la respiration était devenue plus rapide et même stertoreuse par instants, avec des efforts de vomissements qui faisaient perler quelques gouttes de sang aux points de suture. Les déjections furent complètement arrêtées et la température atteignit 40 degrés dans la soirée.

Cependant nous faisions une enquête sur le suicide et les procédés employés par le malade.

Après avoir cherché avec soin, je trouvai dans une poche intérieure du paletot de X... deux morceaux de pain de forme allongée, coupés « en mouillettes » comme pour des œufs à la coque. Ces morceaux de pain étaient longs d'environ 10 centimètres et chaque extrémité qui portait sur la croûte était taillée en biais et présentait la forme d'un prisme triangulaire à arête parfaitement sèche, et devenue très compacte. Or, la poche où X... avait placé ces deux croûtes était complètement sèche et à l'abri de l'effusion sanguine, et les deux croûtes présentaient, chacune, une de leurs extrémités légèrement ramollie, précisément sur le côté tranchant que nous avons indiqué et qui était taché sur une hauteur d'environ un centimètre par le sang.

Avec une volonté étonnante, aidé sans doute par l'analgésie du tissu cutané, analgésie fréquente chez l'aliéné et surtout le paralytique, X... avait déboutonné son gilet et, de la main placée sous sa chemise, dans une attitude très naturelle, reconnu un espace intercostal (entre la 3<sup>e</sup> et la 4<sup>e</sup> côte) d'abord, sectionné la peau, en passant comme une scie ses croûtes de pain. Cette opération était facilitée chez lui, par un certain degré de finesse du derme et la tension de ce dernier par l'embonpoint.

La peau sectionnée, X... avait, dans le massif de jeunes arbustes placés devant lui, à portée de sa main, arraché les petites baguettes dont nous avons parlé et en avait introduit successivement plusieurs dans l'orifice obtenu par la section de la peau.

La première plaie était mal faite ; le malade n'obtenait pas le résultat convoité. Une seconde croûte de pain fut employée et le malade arriva à couper de nouveau la peau au-dessous, cette fois, de la cicatrice de la plaie du 8 février, c'est-à-dire entre le cinquième et sixième espace intercostal. Il introduisit derechef des fragments de baguette en cherchant le cœur.

Quand on le trouva en syncope, un fragment était précisément implanté entre la cinquième et la sixième côte et dirigé vers le cœur, c'est-à-dire en allant de bas en haut et de dehors en dedans.

X... avait de l'hypertrophie du cœur, et ce viscère était dévié un peu vers la ligne médiane du thorax.

Nous avons conservé plusieurs des dix à douze baguettes et les deux morceaux de pain employés par le malade. Nul autre instrument n'a été employé et même n'aurait pu l'être, en raison de la surveillance dont il était l'objet.

Il mourut le lendemain à midi, dans un accès de toux, qui, après de violents efforts, amena une dernière hémorragie.

La famille s'opposa énergiquement à l'autopsie et nous dûmes nous contenter, dans l'impossibilité où nous étions d'ouvrir le thorax, de chercher à explorer simplement du doigt les deux plaies dont nous ôtâmes alors les sutures.

La plaie supérieure, entre la troisième et la sixième côte, laissait pénétrer assez difficilement le doigt, en raison du peu d'écartement des deux côtes. On reconnaissait avec une sondé qu'on se dirigeait surtout de dedans en dehors du tronc et de haut en bas. C'était une direction vicieuse pour atteindre le cœur.

La seconde plaie, plus large, plus habilement faite, laissait passer deux doigts entre les côtes et on pouvait reconnaître que les tissus sous-cutanés étaient pour ainsi dire hachés. A l'aide d'une pince « tire-balles » nous réussîmes à extraire d'abondants

lambeaux du tissu cellulaire dilacéré, mêlés à de petits fragments de bois et d'écorce d'arbre. Nous sentions sous le doigt le cœur, dont le sac péricardique était ouvert. La surface habituellement lisse du cœur était atteinte dans son intégrité et l'on pouvait entrer légèrement le doigt dans le viscère.

La même pince, portée sur le doigt comme guide, permit de saisir des fragments du cœur et de les ramener à l'extérieur. Nous pûmes reconnaître des fragments de piliers, du cœur gauche, qui était à proximité des armes de X... et de nos efforts d'extraction.

Nous pensons que le malade avait d'emblée réussi à ouvrir dans la deuxième plaie le péricarde, et à obtenir une plaie du muscle cardiaque. Puis, comme une simple traction nous permit de ramener à l'extérieur des lambeaux du cœur (face interne du ventricule), il est probable que, dans un des violents efforts de toux, faits par le malade, le muscle, atteint dans son épaisseur de dehors en dedans, avait subi une pression suffisante de dedans en dehors, pour amener la rupture des parois, d'où l'hémorragie foudroyante qui termina brusquement l'agonie.

Il est douteux que le patient, sans cette rupture, eût pu se remettre, car il avait perdu une très grande quantité de sang, que nous ne pouvons pas évaluer exactement en raison de son imbibition dans la terre, le gazon et les vêtements.

Il est superflu de faire ressortir l'intérêt de cette observation. La ténacité que ce malade a mise dans ses tentatives de suicide est rare chez les paralytiques généraux, qui manquent totalement d'esprit de suite dans leurs actes comme dans leurs conceptions. Il n'est pas moins extraordinaire que cet homme, qui était l'objet d'une surveillance constante et était privé de tout instrument dangereux, ait pu, avec des objets qu'on n'aurait pu imaginer servir à cet usage, consommer son suicide avec patience. C'est là aussi un nouvel exemple de l'insensibilité habituelle des paralytiques généraux.

La séance est levée à six heures.

CHARPENTIER.

## SÉANCE DU 30 NOVEMBRE 1891.

**Présidence de M. BOUCHEREAU.**

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

M. le PRÉSIDENT informe la Société de la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Alphandéry, médecin à Alais (Gard), membre correspondant depuis le 22 février 1886.

*Correspondance et présentations d'ouvrages.*

La correspondance manuscrite comprend :

1<sup>o</sup> *La responsabilité morale et pénale devant l'expertise médicale*, par le Dr Semal.

2<sup>o</sup> Les travaux suivants de M. le Dr Oberstenier, de Vienne :

a). *Die Privatheilanstalt zu Ober-Dœbling. Wien, XIX Bezirk, Hirschengasse 71. — II. Bericht über die Leistungen der Anstalt vom 1 juli 1875 bis 30 juni 1891.*

b). *Anleitung beim Studium des Baues der nervösen Centralorgane in gesunden und kranken Zustande.*  
3<sup>o</sup> édition.

c). *Ein schweres Gehirn nebst einigen Bemerkungen über das specifische Gewicht einzelner Hirntheile.* Extrait du *Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*, numéro d'août 1890.

d). *Das Hypnotismus als Erziehungsmittel.* Extrait de la *Niederösterreichischen Schul-Zeitung*, année 1888 ;

3<sup>o</sup> Le Bulletin de la Société d'anatomie et de physiologie normales et pathologiques de Bordeaux ;

4<sup>o</sup> Le numéro de novembre des *Archives de psychiatrie et d'hypnologie* et de la *Revue de l'hypnotisme*.

M. CHRISTIAN. — Messieurs, j'ai l'honneur de présenter à la Société, au nom de notre collègue, M. le Dr Mabille, le mémoire sur les *folies diathésiques* qu'il a publié en collaboration avec M. le Dr Lallemand, médecin-adjoint à l'asile de Lafond. Je n'ai pas à vous faire

l'éloge de ce travail très intéressant ; il me suffira de dire qu'il a été couronné par l'Académie de médecine, et publié dans le tome XXXVI de ses Mémoires. Je n'ai pas davantage besoin de vous parler de M. le Dr Mabille ; vous le connaissez comme un de nos collègues les plus distingués et les plus laborieux. Son collaborateur, M. le Dr Lallemand, a, lui aussi, fait paraître déjà un certain nombre de travaux récompensés par la Faculté de médecine de Paris et par la Société médico-psychologique, et qui doivent faire brillamment augurer de son avenir scientifique.

*Essai d'un plan d'observation (suite).*

M. J. SÉGLAS. — Messieurs, dans votre dernière séance, vous avez nommé une Commission composée de MM. Christian, Briand, Séglas, à l'effet d'examiner une proposition qui vous avait été soumise par M. Marandon de Montyel.

Notre collègue demandait qu'on reprît un projet déjà émis, en 1875, par Baillarger, d'étudier les moyens d'obtenir chaque année, de tous les médecins d'asile, un certain nombre d'observations, recueillies sous leur direction par leurs internes, observations qui, après contrôle, auraient été publiées dans les *Annales médico-psychologiques*. A ce sujet, M. Marandon de Montyel avait dressé un plan détaillé d'observations, en demandant qu'il soit revu par la Commission et soumis à l'approbation de la Société.

Deux questions étaient donc à examiner :

- 1<sup>o</sup> La publication des observations ;
- 2<sup>o</sup> Le plan uniforme suivant lequel elles devraient être prises.

Avant d'entrer dans une discussion de détails, votre Commission, messieurs, devait tout d'abord se demander en quoi la *Société médico-psychologique* pouvait intervenir dans la solution pratique de ces deux questions.

Supposons, que la Société encourage la proposition du Dr Marandon de Montyel. Où publiera-t-elle les observations qu'elle aura demandé de recueillir, alors qu'elle ne dispose d'aucun journal à cet effet ? Les

comptes rendus de nos séances sont bien, il est vrai, publiés par les *Annales médico-psychologiques*. Mais la Société n'est nullement maîtresse de ce journal. *Annales médico-psychologiques* et *Société médico-psychologique* sont deux, et dès lors la direction des *Annales* pourra très bien refuser d'insérer les observations qui lui auront été adressées, même sur la demande de la Société, du moment qu'elles n'auront pas été communiquées à l'une de nos séances. Dès lors, il a semblé à votre Commission qu'elle ne pouvait décider d'un projet qui, lors même qu'il serait approuvé, ne serait suivi d'aucune réalisation et resterait à l'état de vœu tout platonique.

Il en résulte que la question du plan d'observation se trouve par cela même ne pouvoir être étudiée, au moins actuellement.

D'ailleurs, une objection se pose à ce propos. Le plan dressé par M. Marandon de Montyel, qu'il soit revu par votre Commission et soumis à votre approbation, semble devenir par cela même le plan officiel de la Société. Or, il n'en est pas ainsi, et un plan établi dans de semblables conditions, ne saurait représenter l'opinion même de la Société médico-psychologique. Il faudrait que ce plan fût discuté en séance : mais nous avons déjà vu combien il était difficile d'arriver à s'entendre sur des questions beaucoup plus générales, et l'entente nous paraît devoir être encore plus malaisément obtenue sur un sujet qui embrasse tous les détails de la pathologie mentale.

Votre Commission, messieurs, s'est donc vue réduite à se déclarer incomptente pour trancher la question. Nous ne pouvons qu'engager notre collègue à publier en son nom personnel le plan d'observations qu'il vous a exposé. Il nous a semblé très étudié, très détaillé, aussi éclectique que possible ; et nous espérons comme lui qu'il pourrait rendre service aux jeunes gens qui se destinent à l'étude des aliénés.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées sans discussion.

*De l'obsession hallucinatoire et de l'hallucination obsédante.*

**M. J. SÉGLAS.** — Messieurs, la grande majorité des auteurs qui ont écrit sur les obsessions ont exclu du cadre de ces phénomènes psychopathiques les hallucinations. Au dernier Congrès international encore, l'absence des hallucinations était présentée comme un fait caractéristique des obsessions avec conscience par le rapporteur, M. Falret, et malgré quelques objections de M. Charpentier, cette conclusion fut votée par le Congrès.

Mon excellent maître me pardonnera, je l'espère, de ne pas partager son opinion sur ce point particulier ; mais il faut bien s'incliner devant les faits, et je pense que l'exposé de ceux qui vont suivre suffira amplement à démontrer qu'il y a des obsessions hallucinatoires.

Il faut, à ce propos, distinguer deux cas : 1<sup>e</sup> où bien l'idée obsédante s'accompagne d'une hallucination, qu'elle provoque (*obsession hallucinatoire*) ; 2<sup>e</sup> où bien l'hallucination a une existence indépendante, avec tous les caractères communs aux obsessions en général (*hallucination obsédante*).

**PREMIER CAS.** — Lorsque l'on interroge des malades atteints d'idées obsédantes quelles qu'elles soient, qu'on examine les différents éléments psychologiques constitutifs de ces idées, il est aisé de noter que chez beaucoup d'entre eux elles s'accompagnent, sinon d'hallucinations, déjà au moins de représentations mentales quelquefois très nettes.

Voici, entre plusieurs faits semblables, un cas qui me paraît bien démonstratif :

**Obs. I.** — R..., âgé de quarante-huit ans (consultation externe de la Salpêtrière, 1891). Père : maniaque et entêté. Mère : sans volonté, morte à soixante-sept ans « d'un transport au cerveau ». Un frère buveur, un cousin germain s'est suicidé par amour. Rien dans l'enfance : peu de mémoire, n'a jamais pu s'appliquer ; très peureux. A dix-huit ans, excès alcooliques ; hallucinations visuelles toxiques, trois tentatives de suicide pendant l'ivresse. Il y a quatre ans, en 1887, syphilis avérée.

A cette époque, au lendemain d'une *noce*, sont apparues les idées de suicide, conscientes et obsédantes. Elles étaient éveillées par la vue d'une fenêtre, et *il se voyait* tomber ensanglanté : mais, dit-il, c'était *en imagination* que je voyais cela, et non en réalité. Il ne se sentait pas tomber, mais se voyait seulement. Jamais cela ne le poussait à un commencement d'acte. En même temps, il avait l'estomac serré, des vapeurs lui montaient à la tête : mais il était très affirmatif pour ajouter que les phénomènes d'angoisse *précédaient* toujours l'apparition de l'idée qui ne faisait que les accroître. Ces crises ne duraient que quelques minutes. En même temps il devint irritable, morose, craintif, soupçonneux, mais sans idées délirantes.

Cela ne dura que quelques mois, puis survint une période de tranquillité qui persista plusieurs mois aussi. Petit à petit, il fut pris alors d'idées d'homicide. « *Cela lui vient par l'estomac, comme les idées de suicide*, comme s'il avait dans le corps un être qui lui parle en pensée et l'excite à faire cela, sans que cependant il entende quoi que ce soit. *C'est comme s'il se parlait en pensée à lui-même.* » Ces idées le prennent généralement la nuit et sont précédées la veille de coliques et d'un mal de tête occipital très violent. Cette idée d'homicide ne s'adresse qu'à sa femme : il *voit* une scène d'homicide dans laquelle il est en train d'étrangler sa femme. Mais jamais cette vision ne s'extériorise. Bien qu'il ne se sente pas agir, qu'il ne se soit jamais senti commencer un mouvement dans ce sens, il a peur de ne pouvoir se maîtriser. Conscience absolue de cette idée, qui s'accompagne d'une angoisse très vive. Dès qu'il touche un couteau, il est pris de tremblements, mais alors il n'a plus l'idée de tuer, mais celle de se suicider. Il combat énergiquement toutes ces idées et malgré l'angoisse réussit à les dominer.

De la représentation mentale à l'hallucination confirmée, il n'y a qu'un pas, et ce pas peut être franchi.

Dans un mémoire sur les idées fixes, Buccola (1) a rapporté un fait qui lui fut communiqué par le professeur Tamburini, et dans lequel on voit l'idée obsédante entraîner à sa suite une hallucination de la vue. Il s'agissait d'un jeune étudiant en droit, dominé par l'idée incessante de connaître l'origine, le pourquoi des billets de banque, et qui, par suite de la répétition et de l'intensité de cette idée, finit par avoir devant les yeux l'image même de ces billets de banque, avec toutes les apparences de la

(1) Buccola, *Le idee fisse* (*Riv. sp. di fren.*, 1880).

réalité, sous toutes leurs formes variées. Il avait d'ailleurs pleine conscience que cela n'était qu'un jeu de son imagination.

Dans sa remarquable étude sur la folie du doute, Tamburini (1), qui rapporte à nouveau ce fait, insiste sur cette particularité de l'hallucination secondaire à l'idée obsédante et provoquée par la diffusion aux centres corticaux sensoriels de l'excitation morbide des cellules des centres psychiques.

Tout récemment, le Dr Stefani (2) a publié très longuement une observation des plus intéressantes, dans laquelle, au milieu de détails sur lesquels j'aurai à revenir, on peut relever le fait suivant : « Souvent le doute de ne pas s'être bien acquittée d'un travail donné, lui *faisait surgir devant les yeux* les images des objets correspondants, aussi nets que s'ils eussent existé réellement : la réaction anxieuse consécutive à ces *hallucinations* était si forte, que la malade était poussée de suite à refaire le travail en question. » J'ajouterai qu'il s'agit d'un cas typique d'idées obsédantes et que jamais la malade n'a perdu la conscience de son état.

Voici encore un fait analogue :

Obs. II. — M<sup>me</sup> L..., trente-cinq ans (consultation externe de la Salpêtrière, 1889). Père : très buveur. Mère : toujours mal portante. Un frère de la malade a les mêmes idées qu'elle. Son mari était buveur et a la tête malade. Une fille a du nystagmus. Elle-même a eu des convulsions de l'enfance ; à l'école, elle n'a jamais pu apprendre le calcul, ne pouvait fixer son attention. Asymétrie faciale. Pas d'hystérie. Réglée à quatorze ans et demi et, depuis, très irrégulièrement. A onze ans, scrupules, premières idées de doute à propos de ses confessions, s'accompagnant d'une « souffrance » dans la tête. Cela a duré, d'une façon intermittente, pendant plusieurs années. Puis, les idées se sont calmées, mais les maux de tête augmentèrent ; faiblesse générale, jambes molles, incapacité de travail. A vingt ans, nouvelles idées obsédantes pendant trois ou quatre ans ; ayant entendu dire que les femmes méchantes pouvaient avoir des enfants difformes, elle avait toujours la crainte d'avoir fait tort à quelqu'un et d'avoir par suite un enfant difforme. Cette

(1) Tamburini, *La follia del dubbio* (*Riv. sp. di fren.*, 1883).

(2) Stefani, *Riv. sp. di fren.*, t. XVII, fasc. III, 1891, p. 336.

idée ne lui laissait pas un instant de tranquillité. Mariée à vingt-trois ans : cela durait toujours avec des intervalles de calme très courts. En même temps, elle sentait son caractère faiblir et ses idées devenir sans suite. Puis, elle eut la crainte du poison ; elle ne pouvait toucher à rien, se figurant qu'ensuite elle pourrait empoisonner quelqu'un. Il y a un an, elle fut très bien pendant quelque temps, mais cela a repris depuis deux ans avec plus d'intensité. Il y a trois mois, une femme de sa maison meurt de variole, elle ne pouvait plus toucher à rien de peur de l'attraper. Quand elle sort, elle se brosse à outrance et se figure ensuite qu'elle a pu empoisonner quelqu'un. Cela lui donne des maux de tête et des palpitations de cœur.

Par moments, elle croit avoir vu dans le couloir quelqu'un portant un seau, dans lequel elle aurait pu verser du poison et alors *elle voit quelquefois si distinctement cette personne et ce seau, quoi qu'elle sache qu'il n'existe rien, qu'elle est obligée d'en appeler au contrôle des autres sens pour s'assurer qu'ils n'y sont pas.*

Ces exemples sont peu nombreux, mais très nets, et nous montrent bien que l'hallucination peut succéder à l'idée obsédante et faire partie de la symptomatologie du syndrome.

**DEUXIÈME CAS.** — De plus, elle peut même être primitive et constituer à elle seule l'obsession.

En voici deux exemples, observés dans ma consultation externe de la Salpêtrière :

**OBS. III.** — P..., âgé de trente-trois ans, peu intelligent, tête dure à l'école : crâne petit, asymétrie faciale.

En 1875, il a eu un premier accès d'obsessions, analogue au suivant, qui a duré cinq mois ; depuis, il a toujours été plus ou moins malade. Il fut repris en 1887 ; cela a commencé par des symptômes neurasthéniques : faiblesse des jambes le matin, maux de tête, langue amère, narcolepsie après le repas, ennui vague.

Puis, sont apparues les obsessions : elles consistent exclusivement en des *hallucinations de l'odorat*. Le malade est poursuivi par instants, en n'importe quel endroit il se trouve, par une odeur désagréable qu'il ne peut définir. « Cela vient de moi, dit-il, et je crois alors que je sens mauvais ; si, à ce moment, je vois des personnes se moucher, se toucher le nez, cela me confirme dans ces idées et me rend très timide, tout drôle ; je suis obligé de m'isoler. »

Quand l'odeur ne se fait pas sentir, il redevient très calme. Il se rend très bien compte que cela est un effet de son imagi-

nation, mais quand l'odeur lui arrive, il ne peut plus se dominer.

**OBS. IV** (septembre 1890). — E..., âgé de vingt-huit ans, a un oncle maternel aliéné. Maux d'yeux et d'oreilles dans l'enfance ; syphilis à dix-neuf ans. Toujours nerveux et impressionnable ; de dix-huit à vingt-cinq ans, vie irrégulière, tourmentée, passionnée. En 1889, chagrins violents ; début de neurasthénie, douleurs à la nuque, craquements, faiblesse des jambes, insomnie à partir de deux heures du matin, cauchemars, digestions lentes et pénibles, renvois de gaz.

En janvier 1891, traumatisme sur le nez. Excès vénériens en mai 1891. C'est de cette époque que date le symptôme particulier, pour lequel le malade me fut adressé plus tard d'une clinique de rhinologie où il était allé consulter.

Voici à ce propos un extrait d'une rédaction faite par le malade lui-même : « Tout d'un coup, je m'aperçus que j'avais l'odorat excessivement développé. C'était comme si j'avais eu une fiole d'ammoniaque sous le nez. Il me semble que l'odeur est tellement forte qu'elle pourrait se répandre à 20 ou 30 mètres et incommoder les personnes qui m'entourent. Alors c'est de l'affolement, je ne sais où me mettre. »

Sous l'influence d'un traitement bromuré et hydrothérapeïque institué alors, une amélioration se produisit. Mais, encore aujourd'hui, les hallucinations olfactives sont fréquentes.

« Aujourd'hui, écrit le malade, par les temps d'orage ou si mon travail est trop fin, si je suis plus fatigué, je suis de suite incommodé par les odeurs : il me semble qu'elles viennent du dehors, de tout ce qui peut sentir ; les bonnes odeurs même me deviennent pénibles par leur intensité, il me semble qu'elles se transforment en moi, que je les distille en quelque sorte et qu'elles s'échappent ensuite de mon nez pour aller incommoder mes voisins. Alors mes yeux se troublent, ma gorge se serre, ma tête tourne, je crois que je vais me trouver mal, tellement mon cœur bat vite. »

E... a conscience de son état et se déclare atteint d'une maladie des nerfs : « Sans cette maladie de l'odorat qui sans cesse me poursuit, il me semble que je serais très bien. »

Mais il est bon d'ajouter que, pendant les paroxysmes, l'odeur lui semble parfois tellement forte, il la sent si nettement qu'il croit même s'apercevoir que les personnes qui l'entourent la sentent aussi. À ce moment, il ne peut se raisonner ; ce n'est qu'après la crise qu'il se rend un compte exact des symptômes dont il souffre.

Dans le début, il lui est arrivé parfois, alors qu'il sentait les odeurs, d'entendre une voix basse qui lui disait en même temps : « Cela sent mauvais ; » mais ces désordres auditifs n'ont pas persisté.

La malade du Dr Stefani, dont j'ai parlé plus haut, présentait aussi des phénomènes analogues d'hallucinations primitives obsédantes. Elles étaient surtout *visuelles*, reproduisant des scènes pénibles de la vie antérieure : les images étaient très nettes et revêtant tous les caractères de la réalité (p. 332, *loc. cit.*). En même temps elle eut aussi des hallucinations verbales, du caractère de celles que j'ai décrites sous le nom de psycho-motrices, sur lesquelles je reviendrai tout à l'heure. Toutes ces hallucinations s'accompagnaient d'un sentiment d'anxiété très pénible, et malgré leur netteté, la malade conserva toujours la conscience intacte. Cependant, elle avouait que, au moment de la production des hallucinations, surtout visuelles, elle cherchait à contrôler le témoignage de ses sens par des demandes à ses voisins, bien qu'elle sut fort bien que tout cela ne se passât que dans son imagination.

Jusqu'ici je n'ai eu en vue que des hallucinations intéressant les centres perceptifs communs ; mais il peut se faire qu'elles se produisent, tout en gardant leurs caractères obsédant et conscient, dans des centres plus spécialisés, les différents centres du langage, et qu'on ait affaire en un mot à des hallucinations verbales.

Comme les précédentes, ces hallucinations peuvent être secondaires à l'idée obsédante ou primitives : mais pour plus de commodité, nous les étudierons ici en les divisant d'après les fonctions des centres du langage qu'elles intéressent.

Prenons d'abord les hallucinations verbales auditives.

**Obs. V.** — G..., âgé de trente-cinq ans (consultation externe de la Salpêtrière 1891). Père, buveur; mère, nerveuse sans attaques, migraineuse; oncle maternel, buveur. — Rien à noter dans les antécédents personnels. G... a toujours été impressionnable et timide : plagiocéphalie légère, lobule adhérent, voûte palatine, dents cariées.

L'affection actuelle a débuté, il y a un an, après une période de surmenage, par des accidents neurasthéniques : mal de tête occipital, douleurs dans les jambes, surtout à gauche, insomnie avec rêvasseries, difficulté de fixer l'attention. Au bout de quelque temps, *il entendit très distinctement par l'oreille gauche*

*des voix*, reproduisant des moqueries que ses camarades lui avaient dites autrefois quand il commençait à être malade. Ces voix sont intermittentes, le malade en a pleine conscience. Mais il ne peut s'en débarrasser et leur persistance par instant détermine un état d'inquiétude, assez accentué, sans aller jusqu'à l'angoisse, et laissant derrière lui une augmentation des symptômes neurasthéniques. Ce malade fut débarrassé de ces hallucinations à la suite de la galvanisation du crâne.

Obs. VI. — G..., quarante ans (consultation externe de la Salpêtrière, 1888). Grand-père maternel, mort aliéné ; un oncle paternel s'est noyé après trois ans d'aliénation ; un autre, peu intelligent, est paralysé ; le père du malade s'est pendu ; une sœur de G..., hystérique, est aliénée depuis quatre ans.

Lui-même a bégayé et pissé au lit jusqu'à treize ans : les incontinences d'urine, qui avaient disparu, ont reparu plus tard d'une façon transitoire. Jamais aucun symptôme épileptique : il apprenait difficilement à l'école où on l'appelait « le bête ». Excès alcooliques depuis son entrée au régiment ; il ne boit plus depuis quatre ans ; cependant il tremble encore des mains. Tentative d'asphyxie par le charbon, il y a dix ans ; accès de délire, probablement alcoolique, en 1879. Il y a quatre ans, il fut mordu par un chien, et depuis il a une frayeur considérable des chiens. Lorsqu'il en voit un, cela lui fait un poids sur l'estomac et *il ressent aussitôt des élancements* au point où il a été mordu. Il suit toujours les maisons en marchant ; sans cela, il est pris de vertiges ; il ne peut traverser un pont sans angoisse et sans avoir des idées de se jeter à l'eau. Ces vertiges l'empêchent de travailler à son métier de maçon. Onomatomanie depuis deux ans : il est obsédé à tout propos par les mots « merde, putain », et il faut, dit-il, que cela parte. Après, il est soulagé, mais tout honteux de ce qu'on peut l'avoir entendu. Dans la rue, *il s'entend très souvent appeler par son nom et d'une façon si nette qu'il se retourne*. Cela lui donne un coup dans l'estomac et comme un vertige. Conscience parfaite de son état. « C'est trop bête, dit-il. » — Maux de tête fréquents, craquements dans la nuque, lassitude des membres, impuissance génitale depuis deux ans environ : vomissements de pituite le matin.

Dans un travail paru dans les *Archives générales de médecine* 1888, M. Ballot a rapporté une intéressante observation, très détaillée, d'hallucinations verbales auditives conscientes et obsédantes. Il exprime l'avis que ces cas pourraient être rapprochés de l'onomatomanie et ont la même signification. L'observation qui

précède (obs. VI), me semble à ce point de vue très démonstrative (1).

En fait d'hallucinations verbales visuelles du genre de celles qui nous occupent, je n'en ai rencontré que deux cas. Je ne citerai pour le moment que le suivant :

OBS. VII. — M<sup>me</sup> P..., hystérique, héréditaire, était atteinte de folie du doute; notamment elle ne pouvait mettre une lettre à la poste sans la retirer plusieurs fois de la boîte pour relire le nom, l'adresse, examiner le timbre, le cachet; et enfin, après s'être décidée à la laisser tomber dans la boîte, elle se mettait à genoux sur le trottoir et soufflait dans l'ouverture de la boîte, de toutes ses forces, pour être sûre que la lettre était bien tombée. A trois reprises (1886), *elle vit très nettement* devant ses yeux une lettre de faire part, bordée de noir, sur lequel *elle lisait distinctement son nom*. Cette hallucination, dont elle avait conscience, provoquait une crise d'angoisse, ayant pu durer plusieurs heures. Pendant une de ces crises angoissantes, elle fut même prise d'un tremblement généralisé pendant quelques heures, et qui persista dans le bras droit pendant près de huit jours.

Les hallucinations du genre de celles que j'ai décrites sous le nom de verbales psycho-motrices peuvent aussi se présenter sous le même aspect que les précédentes.

OBS. VIII. — M. A..., âgé de vingt-huit ans, héréditaire, neurasthénique, atteint de folie du doute atténuée est surtout obsédé par la crainte de prononcer des mots grossiers, compromettants, injurieux, parce qu'il se sent *les articuler* si bien, quoique mentalement, qu'il se dit par moment : « Qu'est-ce que je viens de dire? » Il ne se rassure qu'en refléchissant qu'il n'a dû rien dire, puisqu'il n'a rien entendu.

J'ai déjà rapporté jadis à la Société médicale des hôpitaux (2) deux exemples de ce genre, dont j'extrais les passages suivants :

OBS. IX (*loc. cit.*). — M<sup>me</sup> J..., dix-huit ans, est atteinte de folie du doute, de crainte des épingle.

D'un autre côté, depuis quelques temps, il lui venait à l'idée

(1) J. Séglas. Des troubles de la fonction langage dans l'onomatomanie (*Médecine moderne*, décembre 1891).

(2) J. Séglas. *Bull. de la Soc. méd. hôp.* (avril 1889).

des mots grossiers ou malveillants qui s'imposent à son esprit, et en même temps elle sent des mouvements dans sa langue, « tout comme si elle les prononçait, mais elle ne les prononce jamais, même à voix basse ». Cependant, elle a toujours la crainte de les prononcer et d'être entendue ; aussi fait-elle tout son possible pour arrêter les mouvements de la langue. Mais tous ses efforts sont vains à ce point de vue et n'aboutissent qu'à des phénomènes d'angoisse : constriction précordiale, bouffées de chaleur à la figure, sentiment de peur très intense. Quand elle laisse les mouvements de la langue se produire, l'angoisse est à peine marquée. Mais ensuite elle a toujours la crainte d'avoir parlé, bien qu'elle dise elle-même être sûre de ne jamais prononcer aucun mot, même à voix basse. Aucun phénomène auditif, pas même d'audition mentale.

Dans l'autre cas, ce même phénomène revêt un aspect assez particulier, qui m'avait fait le désigner du nom d'*Echolalie mentale*.

**OBS. X (loc. cit.). —** M. J..., âgé de trente et un ans, héréditaire, hystérique (troubles de la sensibilité, attaques).

A côté de ces phénomènes pathologiques, L... en présente encore d'autres depuis un an, et qu'il différencie lui-même de ses attaques et même de leur aura prémonitoire. C'est comme un malaise général avec serrement à la poitrine, sentiment de défaillance, puis de peur, survenant subitement à l'occasion d'un mot quelconque prononcé devant lui... Il étouffe, il sent sa tête se resserrer, comme entourée d'un cercle, une pression très forte sur les tempes, des bouffées de chaleur au visage et puis des sueurs froides; pas de sensation de tournoiement. Pendant tout ce temps, le mot qui a provoqué la crise continue à résonner dans sa tête comme un écho lointain, mais sans qu'il le perçoive par l'oreille, et en même temps *il a nettement dans la langue la sensation des mouvements nécessaires pour prononcer ce même mot*, mais il ne l'articule jamais. Cela lui est impossible, dit-il. Cette sorte de crise le prend toujours subitement, à l'occasion de n'importe quel mot, sans qu'il attache à ce mot aucune signification spéciale et sans qu'il y pense en quoi que ce soit auparavant. La crise arrive toujours subitement, il est tout de suite complètement dominé, incapable de faire un effort pour lutter ou sortir de cet état. « Il faut, dit-il, laisser passer la crise. » Cela est quelquefois très rapide (une minute environ). Ces crises le prennent environ tous les huit jours et plusieurs fois par jour. Jamais elles ne surviennent sous d'autres causes. Il a parfaitement conscience de son état, garde un souvenir très net des phénomènes pénibles qu'il ressent et en redoute le retour.

Tous ces cas d'hallucinations verbales conscientes et obsédantes peuvent, il me semble, être rangés dans le cadre de l'onomatomanie, et constituerait dès lors la forme hallucinatoire de ce syndrome.

Je citerai encore le fait d'une malade dont j'ai publié récemment l'observation (*Progrès médical*, 1891 septembre) et qui était atteinte d'idées de grandeur conscientes et obsédantes. Leur formule variait peu : c'était « Je suis reine, ton mari est roi... », et il semble bien qu'il y ait eu là des hallucinations verbales psychomotrices, lorsque la malade nous disait : « Cela vient en moi comme si c'était moi-même qui le disais dans la gorge. » Parfois même elle avait la tentation de le dire tout haut.

Je rapprocherai de cette observation celle du malade R... (Obs. I), chez lequel les idées de suicide et d'homicide venaient par l'estomac, comme si un être lui parlait en pensée ; et celle de la malade de Stefani qui avait aussi des hallucinations verbales qu'elle ne percevait pas par l'oreille, mais qu'elle localisait dans la poitrine et dans la bouche. (*Loc. cit.*, p. 333.)

Je ferai remarquer à ce propos que chez certains aliénés, atteints d'hallucinations verbales psychomotrices, les mouvements d'articulation qui les accompagnent donnent parfois aux malades la sensation d'un corps étranger qu'ils auraient dans la bouche.

J'ai rapporté, au Congrès de 1889, l'exemple d'une aliénée atteinte de ce symptôme spécial et qui s'était fait examiner la bouche par un pharmacien.

Aussi serais-je tenté d'assimiler à ce fait ceux des onomatomanes pour qui le mot est un corps étranger qu'ils doivent rejeter en crachant ; qui ont, en un mot, ce que Dumont de Monteux appelait la *chique nerveuse*. Ces malades, à mon sens, rentreraient dès lors dans la catégorie de ceux qui font l'objet de cette communication.

Toutes les différentes hallucinations que je viens de passer en revue peuvent se présenter sous cet aspect identique chez un même individu, ainsi qu'en témoigne l'observation d'une malade que je rapporterai plus tard en détail, et qui, en plus, en présente une autre bien curieuse.

OBS. XI. — Cette dame, âgée de quarante ans environ, nullement hystérique, mais très émotive, ayant été agoraphobe et traitée pour cela par Legrand du Saulle, a, en outre, des hallucinations conscientes et obsédantes. Elles se présentent sous la forme commune auditive, visuelle, tactile. Elles sont aussi verbales, auditives, visuelles, motrices d'articulation. Mais de plus, elle a présenté une fois à mon observation directe une *hallucination verbale motrice graphique*. Elle était venue à la consultation externe de la Salpêtrière et, pendant que je lui parlais, je la vois tout à coup porter la main droite sur la région du cœur, devenir toute rouge et trembler. Je connaissais chez elle ces symptômes comme accompagnement ordinaire de ses hallucinations. Sur ma demande, elle m'explique que, pendant que je lui parlais, elle a eu tout d'un coup l'idée de prendre le porte-plume qui se trouvait sur mon bureau. Elle ne l'a pas fait; mais, en même temps, *elle a senti comme si sa main marchait et écrivait la réponse qu'elle voulait me faire*. Cette malade est parfaitement consciente de toutes les hallucinations variées qu'elle éprouve et qui provoquent des angoisses incessantes. Elle n'a aucune idée délirante.

Messieurs, je ne veux pas abuser plus longtemps de votre attention : j'espère, d'ailleurs, que les faits que j'ai rapportés ont pu entraîner votre conviction.

Je me résumerai donc :

1<sup>o</sup> L'hallucination ne doit pas être exclue du cadre des obsessions ;

2<sup>o</sup> L'hallucination peut être secondaire à l'idée obsédante (*obsession hallucinatoire*) ou être primitive (*hallucination obsédante*) ; mais, dans tous les cas, elle participe des caractères généraux des obsessions ;

3<sup>o</sup> L'hallucination peut alors n'intéresser que les centres perceptifs communs ;

4<sup>o</sup> Elle peut intéresser aussi les centres de la fonction langage, et être verbale, auditive, visuelle, motrice d'articulation ou même motrice graphique ;

5<sup>o</sup> Toutes ces hallucinations verbales, obsédantes et conscientes doivent prendre place à côté des autres variétés déjà décrites d'onomatomanie.

M. FALRET fait observer que le terme *jamais* qu'il a employé dans son rapport au Congrès de 1889, pour nier les hallucinations dans les obsessions, ne doit être

pris que dans le sens relatif qui lui est donné ordinai-  
rement.

La séance est levée à six heures.

CHARPENTIER.

---

## SÉANCE DU 28 DÉCEMBRE 1891

**Présidence de M. BOUCHEREAU.**

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

*Correspondance et présentations d'ouvrages.*

La correspondance manuscrite comprend :

1<sup>o</sup> Une lettre de M. Aug. Voisin qui s'excuse de ne  
pouvoir assister à la séance.

2<sup>o</sup> Une lettre de M. Bonnet, médecin-adjoint à l'asile  
de Saint-Robert (Isère), sollicitant le titre de membre  
correspondant. — Commission : MM. Falret, Ritti et  
Vallon, rapporteur.

3<sup>o</sup> Une lettre de M. Marie, médecin-adjoint à l'asile  
d'Evreux, sollicitant le titre de membre correspondant.  
— Commission : MM. Bouchereau, Vallon et Arnaud,  
rapporteur ;

4<sup>o</sup> Une lettre de M. Sérieux, médecin-adjoint à l'asile  
de Villejuif. — Commission : MM. Magnan, Dela-  
siauve et Briand, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1<sup>o</sup> Le rapport sur les asiles des aliénés de la Hol-  
lande, par les inspecteurs généraux ;

2<sup>o</sup> Les travaux scientifiques du Dr Daniel Beauper-  
thuis ;

3<sup>o</sup> Le numéro de décembre des *Annales de psychia-  
trie et de la Revue de l'hypnotisme*.

M. LE PRÉSIDENT adresse, au nom de la Société, ses  
félicitations à M. Th. Roussel, à l'occasion de sa récente  
élection de membre titulaire de l'Académie des sciences  
morales et politiques.

M. TH. ROUSSEL exprime ses bien vifs remerciements

à M. le Président et à tous ses collègues de la Société de leurs marques de sympathie.

M. LE PRÉSIDENT est heureux d'annoncer à la Société qu'un certain nombre de ses membres ont obtenu des récompenses aux derniers concours académiques : à l'Académie de médecine, MM. Vallon et Camuset ont obtenu le prix Civrieux ; une mention honorable du prix Alvarenga a été décernée à M. Legrain. A l'Académie des sciences, MM. Paul Garnier, Legrain et Sollier ont obtenu des mentions très honorables. Il adresse, au nom de la Société, des félicitations à tous ces collègues.

*Élection du bureau de 1892.*

Il est procédé au scrutin :

1<sup>o</sup> Pour l'élection d'un vice-président, sur dix-neuf votants.

M. CHRISTIAN obtient . . . 19 voix.

2<sup>o</sup> M. RITTI est réélu secrétaire général par acclamation ;

3<sup>o</sup> MM. Charpentier et Paul Garnier, secrétaires annuels, ayant envoyé leur démission, sont élus :

MM. SEMELAIGNE . . . . 21 voix.

SOLLIER . . . . . 20 —

4<sup>o</sup> M. AUG. VOISIN est renommé trésorier-archiviste par acclamation.

La commission des finances est composée de MM. FALRET et MITIVIÉ.

Le conseil de famille est constitué par les membres du bureau, auxquels sont adjoints MM. BALL et BOUCHEAU.

Le comité de publication est composé de MM. BALLET, BRIAND et DAGONET.

La séance est levée à cinq heures et demie.

CHARPENTIER.

---

# REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

---

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### **Académie de Médecine (1890).**

I. — *Discussion sur la caféine et les préparations de kola* (séances des 11 mars ; 8, 22 et 29 avril ; 20 et 27 mai et 10 juin).

— *M. G.* Séé ouvre la discussion par un discours dans lequel il expose les résultats de ses recherches sur la caféine, alcaloïde qui est le principe actif de la plupart de ces végétaux exotiques dont les voyageurs racontent les effets merveilleux et dont les populations primitives se servent pour accomplir des travaux pénibles et sans prendre de nourriture.

La caféine à petite dose (0 gr. 60 par jour) facilite le travail musculaire en augmentant l'activité, non directement du muscle lui-même, mais du système nervo-moteur, tant cérébral que spinal. La conséquence en est la diminution du sentiment de l'effort et de la fatigue. La caféine empêche l'essoufflement et les palpitations consécutives à l'effort. Mais elle augmente les pertes de carbone de l'organisme et surtout du muscle, et elle ne restreint pas les pertes d'azote. Elle n'est donc pas un véritable moyen d'épargne.

En réalité, la caféine n'a pas la propriété merveilleuse de remplacer les aliments, elle ne remplace que l'excitation tonique générale que produit l'ingestion des aliments, enfin elle hâte, ce qui est le contraire de la vertu qu'on lui prête en général, la destruction des réserves.

*M. Heckel*, membre correspondant, affirme que, dans la noix de kola, il existe un autre principe que la caféine, et que c'est à ce principe surtout qu'est due la résistance à la fatigue et à l'essoufflement dans les marches prolongées et dans les ascensions pénibles. Ce principe, non isolé encore, résiderait dans ce que *M. Heckel* appelle le *rouge de Kola*.

Enfin, *M. Dujardin-Beaumetz* appelle l'attention sur l'action diurétique du kola, laquelle aurait pour éléments deux facteurs: la caféine et la théobromine.

II. — *Discussion sur les accidents de la chloroformisation* (séances des 27 mai ; 10 et 24 juin ; 1<sup>er</sup>, 8 et 15 juillet). — « De l'action physiologique des anesthésiques en général et du chloroforme en particulier. Mécanisme des accidents et indications rationnelles des moyens de les prévenir, » tel est le titre d'une communication faite par *M. Laborde* dans la séance du 27 mai, et qui devint le point de départ d'une discussion très savante à laquelle prirent part principalement *MM. Verneuil* et *François-Frank*.

On se souvient que la question de la chloroformisation a déjà été discutée, et longuement, en 1889. C'est donc en réalité la continuation d'une discussion ancienne qui se poursuit cette année.

*M. Laborde* ne peut rester sous le coup des paroles prononcées l'an passé par *M. Verneuil*. *M. Verneuil* a dit : « Que les expériences de laboratoire peuvent donner lieu à des hypothèses nombreuses, mais que ces hypothèses ne peuvent être transportées au lit du malade. » Ainsi, beaucoup de sujets chloroformisés meurent de syncope, c'est-à-dire d'un accident qu'on essaiera vainement de reproduire expérimentalement chez les animaux par les inhalations de chloroforme. Or, *M. Laborde* présente des lapins auxquels il fait inhale des vapeurs de chloroforme, et il montre, au moyen d'un appareil enregistreur, qu'à chaque épreuve d'inhalation, les vomissements cardiaques et circulatoires sont diminués et même arrêtés, c'est-à-dire qu'il y a justement syncope double, respiratoire et circulatoire, et en plus que ces deux syncopes sont indifférentes l'une de l'autre, car elles peuvent se manifester chacune isolément. Voici le mécanisme de ce phénomène : les rameaux des nerfs nasal et laryngé supérieur, impressionnés par les vapeurs de chloroforme, transmettent l'excitation aux centres bulbaires, lesquels centres réagissent sur le poumon et sur le cœur.

*M. Verneuil* n'est pas convaincu par cette expérience. Il croit que les choses se passent chez l'homme d'une façon différente et c'est pourquoi, abandonnant depuis longtemps tous les procédés établis par les données de la physiologie expérimentale, il s'en tient, pour l'anesthésie chirurgicale, à l'usage du chloroforme pur administré avec lenteur par le vieux procédé de la compresse.

*M. Laborde* défend avec énergie la physiologie et l'expérimentation, et il expose d'une façon didactique la question de l'anesthésie par le chloroforme. Il étudie d'abord les causes et

le mécanisme des accidents parfois mortels du chloroforme.

Le chloroforme a deux sortes d'action : 1<sup>o</sup> une action primitive provenant du simple attouchement des vapeurs de chloroforme, c'est une action purement mécanique ; 2<sup>o</sup> une action consécutive. Ce chloroforme introduit dans l'organisme entre en contact avec les éléments et produit sur eux une action toxique.

Quel est, dans l'un et dans l'autre cas, le mécanisme des accidents et de la mort possible ?

Dans le premier cas, il s'agit d'un réflexe (excitation des expensions des nerfs nasal et laryngé supérieur; transmission de l'excitation aux noyaux moteurs d'origine des fibres cardiaques et respiratoires du pneumo-gastrique; effets inhibiteurs sur le cœur et le poumon par l'intermédiaire des fibres motrices cardiaques et respiratoires du pneumo-gastrique). L'expression du phénomène est la syncope cardiaque et la syncope respiratoire, ou l'une et l'autre simultanément. On sait qu'en pratique, c'est la première la plus fréquente et la plus grave.

Dans le second cas, il y a imprégnation des éléments anatomiques par le poison. La mort est le résultat de l'arrêt fonctionnel du bulbe, qui est plus ou moins saturé de chloroforme. C'est la respiration qui s'arrête en premier, le cœur continue à battre quelque temps.

Il y a encore un troisième cas à examiner. Le sujet paraissant suffisamment endormi, le chirurgien commence l'opération et les premières incisions détermine l'imminence de la mort. Là encore, il y a un phénomène d'arrêt fonctionnel par excitation centripète et répercussion sur les centres moteurs cardiaque et respiratoire.

Comme conséquence pratique de ce qui précède, le précepte de s'opposer aux accidents d'arrêt cardio-pulmonaire, d'une part par l'atténuation préalable des effets d'irritation périphérique, et d'autre part par l'atténuation de l'action d'arrêt du centre bulinaire et de l'excitabilité de l'émissaire de ces centres, le pneumo-gastrique ; le précepte, en second lieu, de s'opposer aux effets de l'accumulation extra-physiologique du chlороforme.

Le problème ainsi posé comporte l'examen successif et méthodique des questions suivantes :

1<sup>o</sup> Quelles sont les causes prédisposantes de l'accident possible, soit inhérentes au sujet, soit inhérentes à la substance

anesthésiant, et quelles sont les précautions suggérées par ces causes ?

2<sup>e</sup> Par quel moyen est-il possible de satisfaire à la double indication de prévenir l'accident initial et l'accident consécutif ?

3<sup>e</sup> Subsidiairement, quels sont les moyens d'observation les plus efficaces, au cours de l'anesthésie, à la constatation certaine et opportune de l'accident à éviter ?

M. Laborde trouve, dans les expériences sur les animaux, la solution de toutes ces questions, et voici le résumé des indications pratiques qu'il propose :

Choisir de préférence le chloroforme pur, non parce qu'il présente toutes les garanties qu'on recherche dans le choix d'un agent anesthésique, mais parce que, en faisant la balance de tous les anesthésiques usités, c'est lui dont les avantages l'emportent le plus sur les inconvénients.

D'une façon générale, tenir grand compte de l'hyperexcitabilité spéciale du sujet, de l'état pathologique de son cœur.

Abaïsser le taux de la sensibilité générale au moyen des analgésiques. La morphine, surtout associée à l'atropine, remplit bien cette indication. On sait que l'atropine atténue l'excitabilité des nerfs et des centres modérateurs ou d'arrêt.

Il y aurait aussi à faire des badigeonnages à la cocaïne sur les muqueuses nasale et bucco-pharyngienne pour éviter l'excitation initiale.

La méthode des mélanges titrés est la seule capable d'apporter la certitude dans l'absorption du chloroforme (appareils divers inspirés par Paul Bert).

L'application préalable du pneumo-cardiographe permet de saisir, mieux qu'avec la vue simple, l'arrêt des mouvements respiratoires.

Enfin, on pourrait, avec quelques modifications, transporter sur le terrain clinique le procédé d'insufflation pratiqué dans le laboratoire par M. Laborde.

*M. François-Frank*, un défenseur également de la physiologie expérimentale appliquée à la clinique, qui a particulièrement étudié les troubles circulatoires et respiratoires provoqués par le chloroforme, vient exposer les résultats de ses études. En voici le résumé :

Les accidents nerveux cardio-pulmonaires, dus à l'irritation des premières voies respiratoires par les vapeurs de chloroforme, peuvent être graves par eux-mêmes, indépendamment de toute lésion préalable du cœur ou du poumon.

La suffocation peut résulter de la combinaison du spasme du larynx, de celui des petites bronches et de celui des petits vaisseaux pulmonaires. Le cœur, complètement arrêté ou non, est frappé d'une atonie qui le rend accessible à un excès de dilatation parfois irréparable.

Les accidents cardiaques ne semblent pas aggravés par les lésions mitrales simples sans myocardite ni congestion pulmonaire, pas plus que par l'insuffisance aortique légère ; mais ils prennent une importance plus grande dans les cas d'insuffisance tricuspidé. Ces accidents sont surtout redoutables dans les cas d'altération nutritive du myocarde.

Les accidents respiratoires spasmodiques, produits par l'irritation de la muqueuse naso-laryngée, peuvent amener la mort chez les animaux dont le champ respiratoire est déjà notablement restreint par des lésions pleuro-pulmonaires étendues.

Parmi les moyens proposés contre ces accidents nerveux réflexes de l'irritation initiale, outre les précautions obligatoires, l'insensibilisation de la muqueuse par la cocaïne paraît appelée à rendre des services.

Pendant la période d'excitation, il y a exagération de l'activité réflexe des centres d'arrêt du cœur. Il existe quelques moyens pour supprimer ou rendre moins accusée la période d'excitation. La morphine jouit de cette propriété calmante ; l'éther aussi. C'est ainsi que quelques inhalations d'éther peuvent faire cesser la période d'excitation. On revient de suite alors au chloroforme.

Il est un fait généralement méconnu. On croit que le cœur est en quelque sorte hors cause (dans les accidents secondaires, c'est-à-dire dus à l'intoxication), et que ses mouvements s'arrêtent parce que la respiration ne les entretient plus. Or, le cœur est réellement empoisonné par le sang chargé de chloroforme, qui circule dans ses parois. Le chloroforme agit comme poison du cœur. Le système nerveux central est étranger aux accidents cardiaques d'intoxication.

Contre les arrêts respiratoires et cardiaques d'ordre réflexe qu'on n'a pu éviter dans le début de l'anesthésie, la respiration artificielle par manœuvres externes, énergiquement appliquée, peut rendre les mêmes services que l'insufflation pulmonaire. Contre les arrêts respiratoires et, à *fortiori*, contre les arrêts cardiaques qui résultent de l'intoxication, l'insufflation pulmonaire, associée à des pressions rythmées sur le thorax, doit être pratiquée sans retard.

*M. Léon Lefort* dit qu'il est fort rare qu'on puisse appliquer à la chirurgie humaine les données des expériences pratiquées sur les animaux, et que, pour la chloroformisation surtout, on ne peut conclure de l'animal à l'homme. Le chien meurt presque toujours quand on cherche à l'anesthésier avec le chloroforme. L'homme, heureusement, ne meurt que très rarement quand on le soumet aux inhalations chloroformiques. Aucune comparaison n'est donc à faire entre la chloroformisation du chien et celle de l'homme. Pour M. Léon Lefort, beaucoup de cas mortels sont dus à la peur, et il énonce la proposition suivante, que je dois reproduire : « L'homme anesthésié ne se rappelle de rien de ce qui s'est passé pendant son sommeil ; mais l'économie n'en a pas moins ressenti l'ébranlement causé par cette douleur non perçue par l'intelligence. »

*M. Verneuil*, qui répond à M. Laborde, fait l'exposé de tous les arguments avancés par les physiologistes et par les cliniciens dans les nombreuses discussions sur les dangers des anesthésiques, il réfute certaines allégations des expérimentateurs et il conclut en proposant aux uns et aux autres « de signer un traité de paix et de travailler en commun à éclairer les derniers points obscurs ou indices de l'anesthésie chloroformique, afin d'en supprimer les dangers ».

*MM. Alphonse Guérin* et *Léon Labbé* prennent part, les derniers, à la discussion. Ils disent que, grâce au concours des physiologistes et des cliniciens, on est arrivé à rendre la chloroformisation bien peu dangereuse et, qu'en somme, la statistique ne donne qu'un cas de mort par 5,000 cas d'anesthésie. Mais M. Labbé, moins optimiste que M. Guérin, ne croit pas qu'on parvienne jamais à faire disparaître d'une façon absolue tout danger de mort dans l'emploi de l'anesthésie.

III. — *Recherches relatives à la morphologie et la pathologie des terminaisons nerveuses des muscles* ; par les Drs Babès et G. Marinesco. Rapport du Dr Cornil (séance du 21 juin). — Ces auteurs ont démontré qu'il existe une grande analogie, au point de vue des altérations histologiques des faisceaux musculaires, entre les lésions causées par les microbes et celles qui dépendent de toute autre cause. Ils donnent la description de ces lésions musculaires à toutes les périodes des processus pathologiques.

Puis ils étudient les modifications subies par les nerfs moteurs et par leurs plaques normales au milieu des altérations

musculaires. — Dans leurs recherches relatives aux plaques motrices de l'homme, ils font voir une série de lésions variables avec les différents états pathologiques : atrophie musculaire simple, pseudo-hypertrophie, fièvre typhoïde, etc. Le travail de MM. Babès et Marinesco constitue, en somme, un chapitre nouveau de l'anatomie pathologique des affections neuro-musculaires, les lésions des plaques motrices n'avaient pas encore été étudiées d'une façon spéciale.

**IV. — *Étiologie du tétanos ; sa vaccination chimique par la strychnine*** ; par le Dr Peyraud (de Libourne). Rapport de M. Nocard (séance du 7 octobre). — M. Peyraud s'efforce de démontrer qu'il est possible de vacciner les lapins contre le tétanos. — Cette proposition paraît surprenante, le tétanos guéri récidivant et par conséquent ne paraissant pas apte à être prévenu par une vaccination quelconque.

On sait que, depuis longtemps, M. Peyraud défend cette thèse, que l'organisme peut acquérir par l'accoutumance à tel poison, d'origine végétale, l'immunité contre telle maladie infectieuse dont les effets sont plus ou moins comparables à ceux du poison. — Ces effets toxiques ayant une grande analogie avec les symptômes du tétanos, M. Peyraud en a conclu qu'en accoutumant l'organisme aux effets de la strychnine, on devait le mettre à l'abri des effets de l'inoculation du tétanos.

Il injecte donc de la strychnine à des lapins, à des doses fixées par le tâtonnement. Puis ces animaux ainsi vaccinés sont soumis à l'inoculation téstanique. Il a constaté que les lapins ainsi traités mourraient du tétanos dans une proportion beaucoup plus faible que les lapins témoins. Malheureusement, M. Nocard, qui a repris les mêmes expériences, est arrivé à des résultats bien différents. Tous les lapins ont succombé au tétanos, les vaccinés aussi bien que les témoins.

**V. — *La trépanation dans les accidents éloignés consécutifs aux blessures de la tête*** ; par le Dr Vaslin (d'Angers). Rapport du Dr Chauvel (séance du 14 octobre). — De plusieurs observations personnelles, M. Vaslin tire les conclusions suivantes : 1<sup>o</sup> dans les lésions traumatiques du crâne, il faut être réservé dans son pronostic au début, même dans les cas d'apparence bénigne ; 2<sup>o</sup> le blessé doit être tenu en observation constante, malgré les apparences d'une guérison complète ; 3<sup>o</sup> il faut agir promptement (par la trépanation) quand des troubles nerveux

graves surviennent à une période éloignée ; 4<sup>e</sup> la trépanation appliquée à temps, suivant les règles de l'antisepsie, produit les plus heureux résultats.

L'Académie se rallie absolument à ces conclusions.

L. CAMUSSET.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

*Histoire des doctrines de psychologie physiologique contemporaines. Les Fonctions du cerveau. Doctrines de l'École de Strasbourg. Doctrines de l'École italienne*; par M. Jules Soury, de la Bibliothèque nationale, maître de conférences à l'école des Hautes Études, 1 vol., in-8°. Publications du « Progrès médical », Paris 1891.

J'ai, il y a trois ans, dans ce journal, rendu compte de la première partie des « *Fonctions du cerveau* », qui comprenait l'examen critique des doctrines de l'École de Strasbourg sur les localisations cérébrales. Je terminai ma rapide analyse en exprimant le désir que M. Soury voulût bien compléter la série de ses études critiques sur la physiologie du cerveau, personne mieux que lui n'étant capable de mener à bien cette tâche, à la fois très utile et très difficile. Les lecteurs, dont j'étais certainement l'interprète, ont eu la satisfaction de voir que ce savant poursuivait toujours son travail, qu'il publiait par fragments dans les « *Archives de neurologie* ». Aujourd'hui le tout est réuni en un volume qui, à la suite de l'examen des doctrines de Strasbourg, renferme une longue étude de l'École italienne. C'est cette seconde étude seulement qui doit nous occuper.

Il ne s'agit pas d'un simple exposé chronologique et méthodique des travaux des physiologistes et cliniciens italiens qui, depuis la découverte de Hitzig et de Fritsch, poursuivent des recherches sur le fonctionnement du cerveau. Loin de là, M. Soury traite son sujet en historien et en philosophe, tout en détaillant, quand la chose est utile, les divers procédés opératoires des expérimentateurs. J'ai déjà noté la surprise qu'on éprouve en trouvant ainsi des appréciations techniques chez un savant qui ne s'est pas spécialisé dans les recherches physiologiques de laboratoire. Mais ce qui caractérise surtout cette étude de l'École italienne, c'est la recherche de la synthèse, la recherche de la philosophie à déduire des expériences de viv-

section et des observations de la clinique. Avant tout, l'auteur est un psychologue.

Les savants italiens, Luciani, Tamburini, Seppilli, Golgi et nombre d'autres qui travaillent à la même œuvre, sont présentés avec leurs qualités personnelles de chercheur, et ils sont aussi appréciés collectivement d'après leur tendance d'esprit national. M. Soury les connaît, ces savants italiens avec qui il vit depuis plusieurs années, étudiant et comparant leurs travaux, jugeant des tendances de celui-ci, de l'originalité de celui-là, de leur valeur scientifique à tous; il les connaît, et on peut dire qu'il les aime. Pour lui, ce sont des artistes supérieurs à leurs œuvres. Avec un ardent besoin scientifique, ils ont un scepticisme profond, c'est la marque de leur méthode. « Chez ces critiques d'une si forte érudition, d'un esprit si délié, on devine des apôtres, dit-il, mais des apôtres qui ne sont jamais dupes de leur passion et demeurent toujours froids et lucides. » Et c'est justement parce qu'ils sont tels, que ces physiologistes n'arrivent ordinairement qu'à présenter des solutions provisoires, éclectiques.

Voici le problème que l'auteur s'est proposé : réunir tous les documents concernant la physiologie du cerveau épars dans les publications, dans les mémoires, dans les traités spéciaux publiés en Italie ; étudier ces documents considérés en eux-mêmes, c'est-à-dire les analyser, en tirer des déductions ; puis, faire ressortir leur influence réciproque, c'est-à-dire montrer l'influence que les travaux et les découvertes de l'un ont exercé sur les travaux et les découvertes de l'autre ; tenir compte aussi de l'influence des découvertes faites au même moment à l'étranger, en France et en Allemagne ; exposer les objections faites et repoussées ; en même temps, qu'on me passe l'expression, mettre au point les travaux de chacun ; rendre évidente, au milieu de ce conflit, leur valeur réelle ; suivre ainsi chronologiquement le progrès accompli depuis le début jusqu'à l'époque actuelle.

Eh bien, ce problème se trouve complètement résolu dans une suite de chapitres qu'il faut au moins indiquer. — C'est à Florence que les localisations cérébrales ont principalement été étudiées, quoique les autres centres scientifiques de l'Italie aient aussi apporté des matériaux à l'œuvre ; mais on pourrait dénommer cette étude, étude de la doctrine de l'école de Florence. Luciani et Seppilli, tous deux de Florence, ont, dans un mémoire intitulé : *La méthode expérimentale et clinique des centres fonctionnels du cerveau*, donné les règles directrices et

les lois fondamentales que l'on doit suivre dans ces recherches physiologiques : Luciani indiquant cinq critères pour les expérimentations sur les animaux, et Seppilli modifiant les cinq critères pour les rendre applicables aux cas cliniques des lésions du cerveau humain. — C'est là un premier chapitre où se trouvent exposés et critiqués le but et la méthode de cette si importante partie de la science biologique.

Ensuite, et successivement, sont décrites, discutées, comparées et critiquées, les données de l'École sur les différents centres corticaux spécifiques. Un premier chapitre est consacré à la vision, un autre à l'audition, un troisième au goût et à l'olfaction, un dernier enfin à la sensibilité cutanée et musculaire, ainsi qu'aux mouvements volontaires. L'auteur s'étend sur les différentes hypothèses proposées pour expliquer le mécanisme physiologique de la fonction de ces différents centres. Là, il ne s'en tient pas aux seules hypothèses de l'Ecole italienne, il fait de nombreuses et de longues excursions dans les Ecoles étrangères et l'on trouve en réalité un jugement sur toutes les théories qui ont cours, et qui ont eu cours, dans la science.

Incidentement, dans cette partie du livre, se trouve développée la théorie des hallucinations de Tamburini, laquelle est devenue à peu près classique. L'hallucination est une irritation des centres sensoriels. L'hallucination, dit Tamburini, est aux centres sensoriels et à leurs lésions ce que l'épilepsie est aux centres moteurs. — C'est une occasion de faire ressortir ce qui a été dit plus haut, à savoir qu'au fond, la psychologie reste la caractéristique du travail de M. Soury.

On sait que Tamburini a compliqué sa théorie si simple des hallucinations en faisant intervenir des centres d'idéation cérébraux. Ces centres d'idéation, l'auteur veut qu'on les *exorcise*. — L'hypothèse des centres d'idéation est une simple vue de l'esprit, de tous points arbitraire. Elle lui semble une surviance des vagues notions traditionnelles d'esprit et d'intelligence considérés comme des êtres réels, et non comme de simples résultantes des fonctions du cerveau. « Il faut résolument exorciser tous ces fantômes »... En somme, les centres moteurs, sensitifs et sensoriels, constituant l'écorce cérébrale, sont les seuls substrata connus des sensations, perceptions, idéations, volontés, émotions.

Après les chapitres précédents particulièrement réservés à la physiologie, on trouve une partie purement anatomique,

l'exposé des travaux de Golgi et de ses élèves sur l'histologie des centres nerveux.

Tout, jusqu'ici, a trait à la motilité et à la sensibilité. Avant d'arriver aux fonctions de l'intelligence, l'auteur cherche quelle est, entre toutes les théories du fonctionnement cérébral, celle qui est l'expression de la vérité, et il demeure très réservé sur ce point, comme, il faut le dire, se sont montrés tous les savants qui ont approfondi cette partie de la physiologie. Il rappelle que M. François-Frank, l'homme qui a le plus médité sur ces questions, a avoué qu'il avait conscience de son ignorance du mécanisme des processus cérébraux.

La dernière partie est consacrée aux fonctions de l'intelligence. Naturellement, là, plus encore que dans les autres parties du livre, on trouve le philosophe. La doctrine philosophique de M. Soury est connue. Le savant rencontre dans les acquisitions nouvelles sur les localisations cérébrales de puissants arguments en faveur de ses doctrines ; mais il faut le féliciter de ne pas avoir outrepassé jamais les limites d'une déduction rigoureusement logique. Il semble qu'il imite ces Italiens, qu'il sait si bien faire apprécier. Tout en soutenant énergiquement, comme eux, les données qui ont pour elles les garanties de la certitude scientifique, il sait demeurer, quant aux autres, dans un sage scepticisme. Voici, par exemple, ce qu'il dit de l'intelligence : « Toutes les théories, tous les essais de synthèse sur l'intelligence, voire sur les éléments constitutifs, tels que les représentations, les émotions, les tendances motrices ou inhibitoires, sont à cette heure prématurés. Il faut louer les Italiens de n'avoir pas encore eu l'ambition naïve d'écrire une psychologie physiologique. »

On trouve, à la fin de l'ouvrage, une revue critique des travaux italiens sur l'épilepsie jacksonienne, et enfin, sous le titre de *Conclusion*, l'énoncé de douze propositions qui constituent l'ensemble de la doctrine italienne sur le fonctionnement du cerveau.

Telle est l'esquisse du plan du dernier livre de M. Soury. — Je pense avoir réussi à faire ressortir l'érudition dont ce travail est rempli ; mais ce qu'il est impossible de mettre en lumière dans un article aussi court, ce sont ces analyses psychologiques qu'on trouve à chaque chapitre, ce sont encore ces tentatives de synthèse, ces essais de théorie, qui sont présentés après chaque doctrine physiologique, mais qui, en même temps, je tiens à le noter encore une fois, sont sérieusement critiqués, en

sorte que synthèses et théories ne sont en somme que des hypothèses. Du reste, voici une phrase, prise au courant de la lecture, qui, mieux que tout ce qu'on pourrait dire, fait saisir exactement les vues de l'auteur : « ... Notre but a été de fixer, à un moment de son développement, la théorie des localisations cérébrales en Italie... Voilà l'unique fin que nous poursuivons, œuvre d'*histoire et de critique, et non de dogmatisme.* »

Une dernière observation : quoique la nature du sujet amène souvent des prescriptions techniques des centres nerveux, il suffit de posséder les notions les plus superficielles sur l'anatomie du cerveau pour toujours pouvoir saisir l'esprit des démonstrations physiologiques expérimentales.

En résumé, le nouveau livre de M. Soury, comme les autres travaux de ce maître, a sa place marquée dans la bibliothèque de tous les psychologues et de tous les neuropathologistes.

CAMUSSET.

---

*Étude médico-légale sur la simulation des maladies mentales;*  
par le D<sup>r</sup> A. Froment, médecin-inspecteur des services des aliénés de la Somme, ancien professeur libre de pathologie mentale à l'École préparatoire de médecine d'Amiens. Broch. in-8°. Paris, G. Masson, éditeur, 1891.

C'est un résumé fort bien présenté des indications au moyen desquelles on reconnaît la folie simulée. Cette étude renferme de nombreuses observations qui viennent d'une façon heureuse à l'appui des données théoriques dont elles sont les démonstrations. L'auteur a l'expérience des aliénés et il sait résoudre ces questions, souvent si difficiles, de médecine légale relatives à l'aliénation mentale.

Envisageant d'abord d'une façon générale la « simulation des maladies », M. Froment énumère, en les critiquant, les diverses classifications des simulateurs, établies par les auteurs. Toutes sont discutables ; pour lui, on doit diviser les simulateurs en deux grandes classes, les simulateurs conscients et les simulateurs inconscients. C'est dans le premier groupe qu'on trouve les sujets qui font l'objet du travail.

Une première remarque est celle-ci : le genre de folie simulée est presque toujours en rapport avec le but à atteindre. Ainsi, celui qui veut se faire exempter du service militaire choisit l'imbecillité ou une folie douce ; il ne veut pas être enfermé dans un asile. Le voleur simule la kleptomanie ; l'assassin, le délire

de persécution ou la folie impulsive, il ne craint pas l'interne-  
ment à l'asile.

Pour résoudre maintenant le problème de la simulation pos-  
sible chez un prévenu, le médecin expert doit connaître parfa-  
tement toutes les formes de l'aliénation mentale, ce qui est évi-  
dent. Il doit en outre suivre, dans son examen, une méthode  
qui lui permette de n'oublier aucune des données du problème.  
L'examen comprend neuf points principaux. Nous les énu-  
mérons :

- 1° L'hérédité;
- 2° Les antécédents pathologiques et psychiques;
- 3° L'intérêt au crime et à la simulation;
- 4° L'époque du début de la maladie;
- 5° L'état physique extérieur;
- 6° Les troubles organiques;
- 7° L'état intellectuel et moral;
- 8° Les écrits et dessins;
- 9° L'examen indirect (c'est-à-dire l'examen fait en cachette  
par des gardiens, par exemple, conformément aux instructions  
du médecin).

Ces neuf points sont étudiés successivement, chacun d'eux  
est classé selon son importance propre.

L'auteur passe ensuite en revue les principales maladies  
mentales qui sont le plus souvent simulées. Ce sont : la folie  
épileptique; l'idiotie; la manie; la démence; la stupidité; cer-  
taines monomanies, comme la kleptomanie; la lypémanie; la  
folie alcoolique et la folie hystérique.

Il est évident que chacune de ces affections n'est étudiée  
que très succinctement, et seulement au point de vue du diag-  
nostic. Le chapitre consacré à l'épilepsie est le plus développé.

On pourrait croire que l'auteur admet les monomanies, parmi  
lesquelles il cite la kleptomanie, mais telle n'est pas sa pensée.  
Dans le chapitre réservé à la kleptomanie, il explique très bien  
que la manie du vol est une complication de beaucoup de vésa-  
nies, et qu'on l'observe surtout dans l'imbécillité, à certaines  
périodes de la paralysie générale, etc.

Cette étude de M. Froment est une étude résumée, succincte,  
je l'ai déjà fait remarquer. Cependant, tout ce qui a rapport à la  
simulation de la folie y est au moins indiqué, et les points im-  
portants y sont suffisamment traités. Il y a pourtant une excep-  
tion ; il est un problème d'une très grande difficulté dont il n'est  
pas fait mention.

Certains sujets réellement aliénés, pour une raison ou pour une autre, exagèrent volontairement leur délit, ou bien simulent une folie différente de celle dont ils sont atteints. Il s'agit, dans ces cas, d'analyser leur état mental ; de mettre d'un côté ce qui concerne la folie simulée : actes, paroles, écrits, et de l'autre, ce qui concerne la folie vraie. Il s'agit aussi, ce qui n'est pas plus facile, d'exposer le tout au tribunal ou au jury, c'est-à-dire à des personnes qui ignorent absolument la pathologie mentale. Je ne trouve qu'une seule phrase ayant trait à cette question, la voici : « Le déséquilibré, le fou moral peut bien aussi simuler la folie, et cependant il se peut que, malgré la découverte de la supercherie, il ne doive pas être déclaré complètement responsable... »

Mais, à côté de cette observation, je tiens à relever un conseil d'une haute moralité professionnelle : Le médecin ne devra avoir recours qu'à son expérience et à l'observation méthodique indiquée, il ne devra en aucune manière s'autoriser de certaines méthodes que des traités de médecine légale indiquent comme ayant été appliqués, mais que l'humanité et le respect de la dignité réprouvent, ainsi : les cautérisations transcurrentes, l'éthérisation, l'ivresse provoquée, etc.

Telle est la rapide analyse de l'excellente étude de M. Froment. Les médecins légistes qui, dans certains départements, n'ont aucune notion de pathologie mentale, y trouveront des conseils et des données qui leur seront utiles, ils comprendront peut-être, après avoir lu ce travail, que, dans bien des circonstances, ils devraient se faire adjoindre un confrère aliéniste.

CAMUSSET.

---



---

### BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Differences in the nervous organisation of man and woman : physiological and pathological (Des différences de l'organisation nerveuse de l'homme et de la femme, au point de vue physiologique et pathologique) ; par le Dr Harry Campbell. 1 vol. in-8° de 389 pages, cart. à l'anglaise. Londres, Lewis, 1891.

— Asile de La Roche-Gandon. Rapport sur le service médical et administratif pour les années 1889 et 1890 ; par les

D<sup>r</sup>s A. Friese, directeur-médecin en chef, et A. Marie, médecin-adjoint. Broch. in-8° de 77 pages. Mayenne, 1891.

— De la responsabilité légale et de la séquestration des aliénés persécuteurs. Rapport fait au 2<sup>e</sup> Congrès des médecins aliénistes de France tenu à Lyon en 1891 ; par le D<sup>r</sup> Henry Coutagne. Broch. in-8° de 20 pages. Lyon, 1891.

— Congrès international de médecine mentale, tenu à Paris du 5 au 10 août 1889. Comptes rendus publiés par le D<sup>r</sup> Ant. Ritti, secrétaire général du Congrès. 1 vol. in-8° de 602 pages avec 9 planches. Paris, G. Masson, 1891.

— Le crime et la peine ; par Louis Proal, conseiller à la Cour d'Aix. Ouvrage couronné par l'Académie des sciences morales et politiques. 1 vol. in-8° (544 pages) de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*. Paris, Félix Alcan, 1892.

— L'éducation des facultés mentales ; par le D<sup>r</sup> J.-J. Nogier, médecin principal de 1<sup>re</sup> classe. 1 vol. in-16 (179 pages) de la *Petite Bibliothèque médicale*. Paris, J.-B. Baillière, 1892.

— Les maladies de l'esprit ; par le D<sup>r</sup> P. Max-Simon, médecin-inspecteur des asiles privés du Rhône. 1 vol. in-16 de 320 pages, de la *Bibliothèque scientifique contemporaine*. Paris, J.-B. Baillière, 1892.

— Les morphinomanes. Comment on devient morphinomane ; les prédestinés ; éphémère volupté et supplices durables ; désordres physiques et troubles de l'intelligence ; médecine légale ; traitement ; par le D<sup>r</sup> Henri Guimbail, ancien interne des asiles d'aliénés. 1 vol. in-16 de 312 pages, de la *Bibliothèque scientifique contemporaine*. Paris, J.-B. Baillière, 1892.

— La mortalité dans le département des Côtes-du-Nord et plus spécialement dans l'arrondissement de Saint-Brieuc ; par le D<sup>r</sup> Paul Aubry. Broch. in-8° de 28 pages. Extrait des *Annales d'hygiène et de médecine légale*, numéro d'octobre 1891.

— La dyspepsie des hypémaniaques ; ses causes, son traitement ; par le D<sup>r</sup> Guimbail. Broch. in-8° de 8 pages. Extrait des *Annales de psychiatrie et d'hypnologie*, numéro d'octobre 1891.

— Folies passionnelles. Études philosophiques et sociales ; par le D<sup>r</sup> Georges Pichon. 1 vol. in-12, 378 pages. Paris, E. Dentu, 1891.

— Des folies diathésiques ; par les D<sup>r</sup>s H. Mabille et E. Lallemant. Mémoire couronné par l'Académie de médecine (Prix Falret, 1890). 1 vol. in-4° de 151 pages. Paris, G. Masson, 1891.

- Contributo allo studio dell' ansia nevrastenica e dei fenomeni che l'accompagnano (Contribution à l'étude de l'anxiété neurasthénique et des phénomènes qui l'accompagnent); par le Dr Umberto Stefani, assistant de la clinique psychiatrique de l'Université de Padoue. Broch. in-8° de 31 pages. Extrait de la *Rivista sperimentale di freniatria*, 1891.
- Asile d'aliénés de Maréville. Rapport médical, pour l'année 1890, de la division des femmes ; par le Dr A. Pâris, médecin en chef. Broch. in-8° de 31 pages. Nancy, 1891.
- Uremia isterica (Urémie hystérique) ; par le Dr Rinaldo Rainaldi. 1 vol. in-4° de 74 pages avec trois tableaux. Foligno, F. Salvati, 1889.
- Le localizzazioni cerebrali studiate in un caso d'ipnotismo (Les localisations cérébrales étudiées dans un cas d'hypnotisme) ; par le Dr Rinaldo Rainaldi. 1 vol. in-4° de 332 pages avec dix tableaux. Foligno, F. Salvati, 1891.
- La responsabilité morale et pénale devant l'expertise médicale ; par le Dr Sémal. Broch. in-8° de 55 pages. Extrait du *Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*. Gand, 1891.
- Etude sur la plante du pied et en particulier sur le pied plat, considéré comme stigmate de dégénérescence ; par Ch. Fére et G. Demantké. Broch. in-8° de 18 pages. Extrait du *Journal de l'anatomie et de la physiologie normales et pathologiques*. Paris, 1891.
- Recueil de mémoires, notes et observations sur l'idiotie ; par le Dr Bourneville. Tome I avec 6 planches. 1 vol. in-8° de 416 pages. Paris, bureau du *Progrès médical*, 1891.
- On the simulation of hysteria by organic disease of the nervous system (de la simulation de l'hystérie dans les maladies du système nerveux) ; par le Dr Thomas Bazzard. 1 vol. in-16 de 113 pages, cartonné à l'angl. Londres, Churchill, 1891.
- Le Code pénal d'Italie (30 juin 1889) et son système pénal. Examen du livre I<sup>er</sup> (articles 1 à 103) ; par Louis Paoli, bibliothécaire de la bibliothèque universitaire d'Alger. 1 vol. in-8° de 148 pages. Paris, G. Pedoue-Lauriel, 1892.
- Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme faites à l'hôpital Saint-André, de Bordeaux, par le professeur A. Pitres. Avec une préface du professeur Charcot. 2 vol in-8° (531 et 551 pages), avec figures et planches. Paris, Octave Doin, 1891.

---

## VARIÉTÉS

---

### SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

BUREAU POUR 1892

La Société médico-psychologique a procédé, dans sa séance du 28 décembre 1891, au renouvellement de son Bureau pour l'année 1892.

Ont été élus :

*Président* : M. Th. ROUSSEL ;

*Vice-président* : M. CHRISTIAN ;

*Secrétaire général* : M. RITTI ;

*Secrétaire annuels* : MM. SEMELAIGNE et SOLLIER ;

*Trésorier* : M. AUG. VOISIN.

---

### LISTE DES MEMBRES

#### MEMBRES HONORAIRES

CALMEIL (L.-F.), médecin en chef honoraire de la maison nationale de Charenton, 4, avenue de Fontenay, Fontenay-sous-Bois (Seine). — *Membre fondateur*.

CONSTANS, inspecteur général honoraire des asiles d'aliénés, Saint-Vrain (Seine-et-Oise). — 10 avril 1865.

DURAND DE GROS, au domaine d'Arsac, par Rodez (Aveyron). — 25 novembre 1867.

ESPIAU DE LAMAESTRE, médecin-directeur honoraire des asiles de la Seine, 90, rue de Picpus. — 28 juin 1869.

JANET (Paul), professeur à la Sorbonne, membre de l'Académie des sciences morales et politiques. — 25 janvier 1858.

- LEGRAND (Maximin), médecin, 39, rue de Grenelle. — 27 mars 1865.
- LOISEAU (Ch.), médecin, 12, rue de Pernelle. — *Membre fondateur.*
- MAURY (Alfred), professeur au Collège de France, membre de l'Académie des inscriptions et belles-lettres. — *Membre fondateur.*
- MESNET (E.), médecin honoraire des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine, 5, rue Royale. — 30 janvier 1886.

#### MEMBRES TITULAIRES.

- ARNAUD (L. F.), médecin-adjoint de la maison de santé, 2, rue Falret, Vanves (Seine). — 27 mai 1889.
- BALL (Benjamin), professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine, 179, boulevard Saint-Germain. — 27 janvier 1879.
- BALLET (Gilbert), professeur agrégé de la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux, 3, rue Rouget-de-l'Isle. — 28 mai 1883.
- BLANCHE (Emile), membre de l'Académie de médecine, 19, rue des Fontis, Auteuil. — *Membre fondateur.*
- BOUCHEREAU, médecin en chef à l'Asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis. — 27 novembre 1871.
- BOURNEVILLE, médecin de Bicêtre, 14, rue des Carmes. — 26 janvier 1880.
- BRIAND (Marcel), médecin en chef de l'asile de Villejuif (Seine). — 25 juillet 1881.
- CHARPENTIER, médecin de Bicêtre, Gentilly (Seine). — 30 mai 1881.
- CHASLIN (Ph.), médecin-adjoint de Bicêtre, 64, rue de Rennes. — 23 mai 1887.
- CHRISTIAN (Jules), médecin de la maison nationale de Charenton, Saint-Maurice (Seine). — 26 juin 1865.
- COLLINEAU, médecin, 84, rue d'Hauteville. — 31 mars 1873.
- DAGONET (H.), médecin en chef honoraire des asiles de la Seine, 1, rue Cabanis. — 22 février 1858.
- DELASIAUVE, médecin honoraire de la Salpêtrière, 35, rue du Sommerard. — *Membre fondateur.*
- DONNET, sénateur, 161, rue Saint-Jacques. — 29 octobre 1888.
- DUBUISSON (Paul), médecin en chef à l'asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis. — 18 mai 1885.
- DUPAIN, médecin-adjoint de l'asile d'aliénés de Bailleul (Nord). — 25 juin 1888.

- FALRET (Jules), médecin de la Salpêtrière, 114, rue du Bac. — 27 mars 1854.
- FÉRÉ (Ch.), médecin de Bicêtre, 37, boulevard Saint-Michel. — 25 juin 1883.
- GARNIER (Paul), médecin en chef de l'infirmerie spéciale du dépôt de la Préfecture de police, 16, boulevard Montmartre. — 25 juillet 1881.
- GOUJON, sénateur, 15, place Daumesnil. — 2 février 1877.
- HUET, médecin, 21, rue Jacob. — 24 novembre 1890.
- JOFFROY, professeur agrégé de la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux, 186, rue de Rivoli. — 25 mai 1891.
- LEGRAIN, médecin de la colonie de Vaucluse, près Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise). — 30 juillet 1888.
- LUYS (Jules), médecin des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine, 20, rue de Grenelle. — 18 décembre 1865.
- MAGNAN (V.), médecin en chef de l'asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis. — 27 novembre 1871.
- MARANDON DE MONTYEL, médecin en chef à l'asile de Ville-Evrard, près Neuilly-sur-Seine (Seine-et-Oise). — 26 mars 1888.
- MAURIOT, médecin-directeur de la Maison de santé, 17, rue Berton, Paris-Passy. — 2 février 1877.
- MITIVIÉ (Albert), médecin, 260, boulevard Saint-Germain. — 22 avril 1863.
- MOREAU (DE TOURS), médecin, 56 bis, rue de Châteaudun. — 26 mars 1877.
- MOTET (A.), médecin-directeur de la Maison de santé, 161, rue de Charonne. — 24 février 1862.
- PICHON (George), ex-chef de clinique de la Faculté, 10, rue Vavin. — 30 juillet 1888.
- POTTIER (Paul), médecin-directeur de la Maison de santé, 10, rue Picpus. — 27 février 1888.
- RAFFEGEAU, médecin de l'établissement hydrothérapique, 9, avenue des Pages, Le Vésinet (Seine-et-Oise). — 24 novembre 1884.
- RITTI (Ant.), médecin de la maison nationale de Charenton, Saint-Maurice (Seine). — 27 mars 1876.
- RIU, médecin en chef du quartier des aliénés des hospices civils, Orléans (Loiret). — 25 janvier 1886.
- ROUILLARD, médecin-adjoint de l'asile de Villejuif (Seine). — 10 mai 1886.
- ROUSSEL (Théophile), sénateur, membre de l'Académie de médecine, et de l'Académie des sciences morales et politiques, 71, rue du Faubourg-Saint-Honoré. — 25 novembre 1889.

- Rousselin**, médecin en chef de l'asile de Leyme (Lot). — 27 février 1865.
- Saury** (H.), médecin-directeur de la maison de santé, 23, quai de Suresnes, Suresnes (Seine). — 22 février 1886.
- Séglas** (J.), médecin-adjoint de la Salpêtrière, 96, rue de Rennes. — 28 juillet 1884.
- Semelaigne**, médecin-directeur de la Maison de santé, château de Saint-James, avenue de Madrid, Neuilly (Seine). — 10 novembre 1862.
- Semelaigne** (René), médecin, 16, avenue de Madrid, Neuilly (Seine). — 29 décembre 1890.
- Sollier** (Paul), chef de clinique adjoint des maladies mentales, 130, rue de la Glacière. — 25 mai 1891.
- Taule**, directeur de l'asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis. — 31 janvier 1887.
- Vallon** (Ch.), médecin en chef de l'asile de Villejuif (Seine). — 12 mars 1883.
- Vétault**, médecin-adjoint de la Maison de santé, 161, rue de Charonne. — 25 juin 1888.
- Voisin** (Auguste), médecin de la Salpêtrière, 16, rue Séguier. — 31 mars 1862.
- Voisin** (Jules), médecin de la Salpêtrière, 58, rue du Faubourg-Poissonnière. — 10 novembre 1879.

#### MEMBRES CORRESPONDANTS.

- Armaingaud**, médecin, Bordeaux (Gironde). — 29 novembre 1880.
- Aubry** (Paul), médecin, 17, rue du Port, Saint-Brieuc (Côtes-du-Nord). — 31 janvier 1887.
- Azam**, professeur à la Faculté de médecine, 14, rue Vital-Carles, Bordeaux (Gironde). — 26 décembre 1857.
- Bécolet**, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Dôle (Jura). — 27 février 1882.
- Beugnies-Corbeau**, médecin, Givet (Ardennes). — 25 mai 1891.
- Biaute**, médecin en chef de l'asile d'aliénés, Nantes (Loire-Inférieure). — 28 juin 1880.
- Blaise**, médecin, 69, boulevard Magenta. — 28 janvier 1889.
- Blin**, médecin-adjoint de l'asile de Vaucluse, près Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise). — 25 mai 1889.
- Bonnet** (Henri), médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés, 9, rue de la Victoire, Saint-Malo (Ille-et-Vilaine). — 30 avril 1860.

- BOUTEILLE, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Bracqueville, près Toulouse (Haute-Garonne). — 27 mars 1871.
- BRUNET (Daniel), médecin-directeur de l'asile d'aliénés d'Evreux (Eure). — 30 janvier 1860.
- CAMPAGNE, médecin en chef à l'asile d'aliénés de Mont-de-Vergues (Vaucluse). — 26 mars 1866.
- CAMUSSET (L.), médecin-directeur de l'asile d'aliénés, Bonneval (Eure-et-Loir). — 23 février 1885.
- CARRIER (Albert), professeur agrégé de la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux, 13, rue Laurencin, Lyon (Rhône). — 28 janvier 1884.
- CHAMBARD (E.), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Beauregard, près Bourges (Cher). — 28 juillet 1884.
- CULLERRE, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de La Roche-sur-Yon (Vendée). — 30 juin 1879.
- DANNER, directeur de l'Ecole de médecine de Tours (Indre-et-Loire). — 26 octobre 1868.
- DARNIS, ancien médecin en chef de l'asile d'aliénés de Montauban. — 27 mars 1871.
- DELAPORTE, médecin-directeur de l'asile de Quatre-Mares, près Saint-Etienne-du-Rouvray (Seine-Inférieure). — 23 février 1891.
- DÉRICQ (Lucien), médecin-adjoint de l'asile d'aliénés de Prémontré (Aisne). — 26 novembre 1888.
- DESMAISONS, médecin-directeur de la Maison de santé de Castel d'Andorte, Le Bouscat, près Bordeaux (Gironde). — 12 décembre 1859.
- DESPINE (Prosper), médecin, 12, rue du Loisir, Marseille (Bouches-du-Rhône). — 30 avril 1877.
- DOUTREBENTE (Gabriel), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Blois (Loir-et-Cher). — 27 mars 1871.
- DUBUISSON (Maxime), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Dury (Somme). — 24 novembre 1890.
- DUFOUR, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Saint-Robert (Isère). — 27 novembre 1871.
- DUMAS, agrégé de philosophie, 14, rue de l'Abbé-de-l'Épée, Paris. — 28 juillet 1890.
- DUMAZ, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Bassens (Savoie). — 23 février 1891.
- ETOC-DEMAZY, médecin, le Mans (Sarthe). — 25 juillet 1859.
- FABRE, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Saint-Dizier (Haute-Marne). — 29 avril 1872.
- FABRE DE PARREL, médecin, Dieppe (Seine-Inférieure). — 28 juin 1880.
- FEUVRÉ, médecin en chef à l'asile de Ville-Evrard, près Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 25 février 1889.

- FUSIER, médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés, Chambéry (Savoie). — 26 janvier 1857.
- GALLOPAIN (Clovis), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Fains, près Bar-le-Duc (Meuse). — 28 janvier 1878.
- GARNIER (Samuel), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Dijon (Côte-d'Or). — 28 janvier 1889.
- GIRAUD (Albert), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Saint-Yon, par Saint-Etienne-du-Rouvray (Seine-Inférieure). — 22 mai 1882.
- GREFFIER, médecin, Grenoble (Isère). — 11 décembre 1882.
- HOSPITAL, médecin en chef de l'asile Sainte-Marie, 54, rue Sainte-Claire, Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme). — 27 mai 1872.
- LABITTE (Georges), médecin, Clermont (Oise). — 18 mai 1885.
- LABITTE (Gustave), ancien médecin en chef de la Maison de santé, Clermont (Oise). — 26 mai 1862.
- LACOUR, médecin des hôpitaux, Lyon (Rhône). — 28 octobre 1878.
- LAGRANGE, médecin, 8, rue de la Travérse, Poitiers (Vienne). — 30 juillet 1888.
- LAILLER, pharmacien en chef de l'asile d'aliénés de Quatremares, par Saint-Etienne-du-Rouvray (Seine-Inférieure). — 28 février 1876.
- LAPOINTE, médecin-directeur de l'asile d'aliénés d'Auxerre (Yonne). — 25 juillet 1881.
- LANGLOIS, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Maréville, près Nancy (Meurthe-et-Moselle). — 29 juillet 1878.
- LARROQUE (Benjamin), médecin, Buenos-Ayres (République Argentine). — 26 juillet 1886.
- LAURENT (Armand), ancien médecin en chef des asiles d'aliénés, médecin chef de l'Hôtel-Dieu, rue Jeanne-d'Arc, Rouen (Seine-Inférieure). — 28 juillet 1862.
- LEMOINE, professeur à la Faculté de médecine, 29, boulevard de la Liberté, Lille (Nord). — 27 février 1888.
- LIONET (Ch.), médecin, Doué-la-Fontaine (Maine-et-Loire). — 25 novembre 1889.
- MABILLE (H.), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de La font, près La Rochelle (Charente-Inférieure). — 30 juin 1879.
- MACARIO, médecin-directeur de l'établissement hydrothérapeutique, Nice (Alpes-Maritimes). — 14 mai 1855.
- MAIRET (A.), professeur de la clinique des maladies mentales, doyen de la Faculté de médecine, 10, avenue du Stand, Montpellier (Hérault). — 28 février 1885.
- MARET, médecin-directeur de l'asile d'aliénés, Auch (Gers). —
- MASBRENIER, médecin, Melun (Seine-et-Marne). — 25 mai 1874.

- MEILHON**, médecin en chef préposé responsable de l'asile d'aliénés de Montauban (Tarn-et-Garonne). — *27 juillet 1891.*
- MORDRET**, médecin en chef de l'asile d'aliénés, Le Mans (Sarthe). — *26 mars 1877.*
- NIEPCE**, médecin, Allevard (Isère). — *25 janvier 1858.*
- PARANT** (Victor), médecin-directeur de la Maison de santé, 17, Allée de Garonne, Toulouse (Haute-Garonne). — *27 décembre 1875.*
- PRÉON**, médecin-directeur de l'asile d'aliénés, Breuty-la-Couronne (Charente). — *11 novembre 1872.*
- PETIT** (Gilbert), médecin-adjoint de l'asile d'aliénés d'Alençon (Orne). — *26 novembre 1888.*
- PICARD**, médecin, La Malgrange, près Nancy (Meurthe-et-Moselle). — *29 avril 1878.*
- PIERRET**, professeur de la clinique des maladies mentales, médecin en chef à l'asile d'aliénés de Bron (Rhône). — *12 mars 1883.*
- QUINEMANT**, médecin en chef de l'asile d'aliénés, Niort (Deux-Sèvres). — *26 décembre 1887.*
- RAMADIER**, médecin-adjoint de l'asile d'aliénés de Vaucluse, près Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise). — *24 décembre 1888.*
- RÉGIS** (Emmanuel), médecin de la Maison de santé de Castel d'Andorte, Le Bouscat, près Bordeaux (Gironde). — *27 juin 1881.*
- REY** (Ph.), médecin en chef de l'asile d'aliénés de Saint-Pierre, Marseille (Bouches-du-Rhône). — *25 février 1884.*
- REYNAUD**, ancien médecin-adjoint des asiles d'aliénés. — *28 mars 1881.*
- RIST** (Adrien), médecin-directeur de la Maison de santé de La Châtaigneraie, 11, rue des Deux-Moulins, Versailles (Seine-et-Oise). — *25 juillet 1881.*
- ROUGÉ** (Calixte), médecin en chef de l'asile d'aliénés, Limoux (Aude). — *28 mai 1883.*
- SAINTE-LAGER**, médecin, Lyon (Rhône). — *30 mars 1868.*
- SIMON** (Max), médecin en chef honoraire des asiles d'aliénés, 20, quai de l'Archevêché, Lyon (Rhône). — *27 novembre 1882.*
- SISTERAY**, ancien médecin en chef des asiles d'aliénés, 51, Grande-Rue, Saint-Maurice (Seine). — *25 juin 1877.*
- SIZARET**, médecin en chef de l'asile d'aliénés, Clermont, (Oise). — *15 novembre 1875.*
- SOLAVILLE**, ancien médecin en chef d'asile d'aliénés, Le Havre (Seine-Inférieure). — *26 novembre 1877.*
- TAGUET**, médecin-directeur de l'asile d'aliénés, Armentières (Nord). — *15 novembre 1875.*
- TEILLEUX**, médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés, Le Mans (Sarthe). — *31 décembre 1855.*

**THIVET**, médecin-adjoint de l'asile d'aliénés de Blois (Loir-et-Cher). — 31 mars 1890.

### MEMBRES ASSOCIÉS ÉTRANGERS

#### ALLEMAGNE.

**BROSIUS**, médecin-directeur de la Maison de santé, Bendorf, près Coblenze. — 28 octobre 1878.

**CRAMER**, professeur de psychiatrie à l'Université, directeur de l'asile de Marbourg (Hesse).

**LAEHR** (Hans), médecin-directeur de la Maison de santé de Schweizerhof, près Berlin. — 11 novembre 1889.

**SCHÜLE** (H.), médecin-directeur de l'asile d'aliénés d'Illenau (grand-duché de Bade). — 28 mai 1888.

#### ANGLETERRE.

**BATEMAN**, médecin, Norwich. —

**BROWNE** (sir J. Crichton), médecin, « Lord Chancellor's Visitors », New Law Courts, Strand, W. C. — 31 octobre 1881.

**BUCKNILL** (John-Charles), médecin, ancien « Lord Chancellor's Visitor », Bournemouth. — 26 novembre 1860.

**CLouston**, médecin superintendant de l'asile royal de Morning-side, Edimbourg. — 31 octobre 1881.

**GASQUET** (J.-R.), médecin, Saint-George's Retreat, Burgess Hill. — 31 octobre 1881.

**GRANVILLE** (Mortimer), médecin, Londres. — 26 janvier 1880.

**MACKINTOSH** (Donald), médecin, 10, Lancaster Road, Belsize Park, N. W. — 25 novembre 1867.

**MAUDSLEY** (Henry), ancien professeur de médecine légale à l'University College, Londres. — 26 décembre 1864.

**NICOLSON** (David), médic.-superintendant, de l'asile d'Etat de Broadmoor, Wokingham, Berks. — 31 octobre 1881.

**ORANGE** (William), ancien médecin en chef de l'asile de Broadmoor, 12, Lexham Gardens, Londres. — 31 octobre 1881.

**RAYNER** (Henry), médecin, 2, Harley Street, Londres. — 31 octobre 1881.

**ROBERTSON** (Charles A. Lockhart), Lord Chancellor's Visitor, Gunsgreen, the Drive, Wimbleden. — 24 décembre 1864.

**RUTHERFORD** (James), médecin en chef de « Crichton Royal Institution », Dumfries. — 31 octobre 1881.

**SAVAGE** (G.-H.), médecin, 3, Henriette Street, Cavendish Square, W. — 31 octobre 1881.

- SHAW (Thomas C.), médecin en chef du « Middlesen County Asylum », Banstead, Surrey. — 31 octobre 1881.
- SIBBALD (John), « Commissioner in Lunacy » pour l'Ecosse, 3 Saint-Margared's Road, Edimbourg. —
- TUKE (D. Hack), ancien médecin-directeur de la Retraite d'York, Lyndon Lodge, Hanwell, W. — 31 mars 1862.
- WOOD (William), ancien médecin de l'hôpital Saint-Luc, directeur de l'asile privé de Prieuré, Rochampton. — 31 octobre 1881.

#### AUTRICHE-HONGRIE.

- KRAFFT-EBING (de), professeur de clinique des maladies mentales à l'Université de Vienne. — 25 mars 1867.
- LAUFENAUER (Ch.), professeur des maladies mentales et nerveuses à l'Université de Budapest (Hongrie). — 11 novembre 1889.
- MUNDY (baron), Vienne. — 24 décembre 1864.
- OBERSTEINER (Henri), professeur à l'Université, médecin-directeur de la Maison de santé d'Ober-Döbling, près Vienne. — 26 novembre 1883.
- PICK (Arnold), professeur de psychiatrie à l'Université de Prague (Bohême). — 24 novembre 1884.
- SALGÓ, médecin de l'asile d'aliénés de Lipometzo, Budapest (Hongrie). — 25 novembre 1889.
- SCHLAGER, médecin, Vienne. — 27 juillet 1867.

#### BELGIQUE.

- CUYLITS, médecin en chef de l'asile d'Evère, 44, boulevard de Waterloo, Bruxelles. — 30 juin 1884.
- DESGUIN (Victor), membre de l'Académie de médecine de Belgique, 24, rue de Vanneau, Anvers. — 26 octobre 1885.
- LEFEBVRE, professeur à l'Université de Louvain.
- LENZ, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Tournai, inspecteur-adjoint des asiles d'aliénés du Royaume. — 24 novembre 1874.
- MASOIN, professeur à l'Université, médecin de l'asile d'aliénés de Louvain. — 20 décembre 1875.
- MOREL (Jules), médecin en chef de l'hospice Guislain, inspecteur-adjoint des asiles d'aliénés du Royaume, Gand.
- PEETERS, médecin-directeur de la colonie de Gheel. — 29 octobre 1888.
- SEMAL, médecin-directeur de l'asile d'aliénées, Mons. — 24 novembre 1874.

**VAN DEN ABEEL**, médecin en chef de l'hospice Saint-Julien, Bruges. — 17 février 1868.

**VERMEULEN**, médecin en chef des asiles d'aliénés et du Strope, à Gand, inspecteur-adjoint des asiles d'aliénés du royaume. — 17 février 1868.

#### BRÉSIL.

**COUTINHO**, médecin de l'asile d'aliénés de Pernambuco. — 24 juin 1889.

**SOUZA-LEITE**, médecin, ancien interne des asiles d'aliénés de la Seine, Bahia. — 11 novembre 1889.

**TEIXEIRA BRANDAO**, médecin, Rio-de-Janeiro. — 26 novembre 1883.

#### CANADA.

**BOURQUE** (E.-J.), professeur de clinique des maladies mentales, médecin en chef de l'asile Saint-Jean-de-Dieu, Longue-Pointe, près Montréal. — 11 novembre 1889.

**DUQUET**, président du Bureau médical de l'asile Saint-Jean-de-Dieu, à Longue-Pointe. — 11 novembre 1889.

**VALLÉE** (Arthur), médecin de l'asile d'aliénés de Québec. — 11 novembre 1889.

#### DANEMARK.

**STENBERG** (Waldemar), médecin de l'hôpital d'aliénés Saint-Hans, Roskilde. — 28 octobre 1884.

#### ÉGYPTE.

**HADJÈS**, médecin, ancien interne des asiles d'aliénés, Le Caire. — 11 novembre 1889.

#### ESPAGNE.

**GINE Y PARTAGAS**, médecin, Barcelone. — 29 juillet 1878.

**PII Y MOLIST**, médecin de l'asile d'aliénés, Barcelone. — 31 janvier 1859.

#### ETATS-UNIS.

**CLARK BELL**, avocat, président de la Société médico-légale, n° 57, Broadway, New-York. — 11 novembre 1889.

**ECHEVERRIA**, médecin, New-York. — 28 octobre 1878.

**GRAY**, médecin en chef de l'asile d'aliénés de New-York, Utica.

— 24 novembre 1880.

**HALL** (David), médecin de l'asile d'aliénés de Northampton, Massachusetts. — 23 mai 1887.

### GRÈCE.

**CATSARAS** (Michel), professeur agrégé de la Faculté de médecine, médecin de l'asile de Dromocaïtis, Athènes. — 25 octobre 1886.

### HOLLANDE.

**HUBRECHT**, secrétaire général du Ministère de l'intérieur, La Haye. — 27 octobre 1879.

**JONG (DE)**, médecin à La Haye. — 27 octobre 1879.

**SWEENS**, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Vorburg, Vucht, près Bois-le-Duc. — 11 novembre 1889.

**VAN ANDEL**, inspecteur des asiles d'aliénés de la Hollande. — 27 octobre 1879.

**VAN DER LITH**, ancien médecin-directeur de l'asile d'Utrecht. — 27 octobre 1879.

**VAN DER SWALME**, médecin, à Middelbourg. — 27 octobre 1879.

**VAN PERSIJN**, médecin-directeur de l'asile de Meerenberg. — 27 octobre 1879.

**WELLENBERGH**, médecin, à Amsterdam. — 29 novembre 1886.

### ITALIE.

**AZZURRI** (Francesco), architecte, 69, via Panisperna, Rome. — 25 avril 1864.

**BIFFI** (Séraph.), médecin-directeur de l'établissement sanitaire de Saint-Celse, Milan. — 30 avril 1855.

**BINI**, médecin, Florence. — 30 juillet 1877.

**FIORDISPINI**, médecin, directeur du manicomio de Santa-Maria della Pieta, Via della Lungara, Rome. — 20 décembre 1885.

**FRIGERIO**, médecin-directeur de l'asile d'aliénés d'Alexandrie. — 26 novembre 1883.

**FOCHI** (Camille), médecin du manicomio de Colorno. — 28 juillet 1884.

**FUNAIOLI**, professeur de psychiatrie à l'Université, directeur du manicomio de Sienne. — 29 avril 1878.

- GIACCHI**, médecin-directeur du manicomie provincial de Cuneo,  
à Raconigi. — 28 octobre 1878.
- LOMBROSO**, professeur de médecine légale et de psychiatrie à  
l'Université de Turin.
- MASSALONGO** (Roberto), médecin de l'hôpital Major, Vérone.  
— 28 janvier 1889.
- MORSELLI** (E.), professeur de psychiatrie à l'Université de  
Gênes.
- PERLA**, médecin, Aversa. — 25 mai 1868.
- RIVA**, médecin-directeur de l'asile d'Ancone. — 27 mars 1882.
- SANNICOLA**, médecin, Aversa. — 25 mai 1868.
- SEPPILLI**, médecin, vice-directeur du manicomie d'Imola. —  
27 mars 1882.
- SOLIVETTI**, médecin, Rome. — 26 juin 1882.
- STACCHINI**, vice-directeur du manicomie de Florence. — 30 juillet 1877.
- TAMBURINI**, directeur du manicomie de Reggio-Emilia, profes-  
seur de clinique psychiatrique à l'Université de Modène. —  
24 juin 1878.
- TEBALDI**, professeur de clinique psychiatrique à l'Université  
de Padoue. — 27 juin 1885.
- TONINO**, médecin-directeur de la Maison de santé Fleurent,  
Naples. — 26 mars 1866.
- VENTURI** (Silvio), médecin du manicomie provincial de Catanzaro, à Girifalco. — 26 novembre 1888.
- VIRGILIO**, médecin-directeur du manicomie d'Aversa. —  
28 novembre 1881.

## PORTUGAL.

- BETTENCOURT-RODRIGUES**, médecin, 3, rua da Imprensa, Lis-  
bonne. — 25 juillet 1887.
- MATTOS** (Jules DE), médecin à l'asile d'aliénés de Porto. —  
24 février 1890.
- SOUZA MAGALHAES E LEMOS** (DE), médecin de l'asile d'aliénés  
de Porto. — 31 mars 1884.

## RÉPUBLIQUE ARGENTINE.

- CABRED** (Domingo), médecin à l'hospice de las Mercedes, Bue-  
nos-Ayres. — 25 février 1889.
- PEREZ**, médecin de Maison de santé, Buenos-Ayres. —  
30 juin 1884.

## ROUMANIE.

SOUTZO, professeur de médecine mentale à l'Université de Bucarest. — 27 novembre 1887.

## RUSSIE.

BAJENOFF (N.), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Riazanne. — 30 juin 1884.

DANILLO, médecin, Saint-Pétersbourg. — 11 décembre 1882.

DEKTEREW (W.), médecin des maladies mentales et nerveuses, Saint-Pétersbourg. — 11 novembre 1889.

FRÉZÉ, médecin, Kazan. — 13 avril 1863.

GORSKY (M<sup>me</sup> DE). — 29 octobre 1888.

HERZOG, médecin, Saint-Pétersbourg. — 13 avril 1863.

JACOBY (Paul), médecin, Moscou. — 26 décembre 1881.

KORSAKOFF, privat-docent à l'Université de Moscou. — 11 novembre 1889.

KOWALEWSKI, professeur à l'Université de Kharkoff. — 31 mai 1886.

LUBELSKI, médecin, Varsovie. — 29 avril 1878.

MIEZZEJEWSKI, professeur de la clinique des maladies mentales à l'Académie médico-chirurgicale, Saint-Pétersbourg. — 28 octobre 1878.

POPOFF, professeur à l'Université de Varsovie. — 29 octobre 1888.

ROTHÉ, médecin, Varsovie. — 30 avril 1877.

SKWORTZOFF (M<sup>me</sup> Nadine). — 25 juillet 1881.

TOKARSKY, médecin de la clinique psychiatrique de Moscou. — 11 novembre 1889.

## SERBIE.

VASSITCH (Milan-Vlad.), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Belgrade. — 10 décembre 1883.

## SUÈDE ET NORVÈGE.

BERLINY, médecin à Malmö.

BJOLSTROM, professeur de psychiatrie de l'Université de Stockholm. — 27 octobre 1884.

LINDBOE, médecin en chef de l'asile de Ganstad, près Christiana. — 29 décembre 1874.

**PLATOU**, médecin en chef de l'asile d'Eg, près Cristiansand. —  
29 décembre 1884.  
**SALOMON**, médecin de l'asile d'aliénés, Malmö. — 23 avril 1863.

## SUISSE.

**CHATELAIN**, ancien médecin en chef de l'asile de Préfargier, Saint-Blaise (Neuchâtel). — 28 juillet 1890.  
**DUNANT**, ancien professeur d'hygiène à l'Université de Genève. — 14 mars 1863.  
**FETSCHERIN**, médecin, La Métairie, Nyon.  
**LADAME** (Paul), privat-docent à l'Université, 24, rue de la Corraterie, Genève. — 28 juillet 1884.

## TURQUIE.

**CASTRO (DE)**, médecin de l'asile d'aliénés, Constantinople. — 29 janvier 1883.

*Récapitulation.*

Membres honoraires . . . . .	9
— titulaires . . . . .	48
— correspondants . . . . .	76
— associés étrangers . . . . .	115
Total . . . . .	248

## NOMINATIONS ET PROMOTIONS

L'Académie des sciences morales et politiques a, dans sa séance du 12 décembre 1891, élu membre titulaire de la section de morale, M. le D<sup>r</sup> Th. ROUSSEL, membre de l'Académie de médecine, président de la Société médico-psychologique, en remplacement de M. de Pressensé, décédé.

— *Faculté de médecine de Montpellier* : M. le D<sup>r</sup> MAIRET, professeur de clinique des maladies mentales et nerveuses, a été nommé doyen de ladite Faculté.

— *Arrêté du 23 octobre 1891* : M. le D<sup>r</sup> JULES SIZARET, médecin-adjoint de l'asile de Châlons-sur-Marne, est nommé médecin-adjoint de l'asile de La Rochegandon, et maintenu dans la 1<sup>re</sup> classe de son grade (3,000 fr.).

— *Arrêté du 4 novembre 1891* : M. DENIZET, directeur de

l'asile de Cadillac, est nommé directeur de l'asile de Maréville, en remplacement de M. Mirepoix, décédé, et est maintenu à la 2<sup>e</sup> classe de son grade (6,000 fr.).

— *Arrêté du 11 novembre 1891* : M. le D<sup>r</sup> JOURNIAC, médecin-adjoint de l'asile de Blois, est nommé médecin-adjoint de l'asile de Châlons-sur-Marne, et maintenu à la 1<sup>re</sup> classe de son grade (3,000 fr.).

— *Arrêté du 25 novembre 1891* : M. le D<sup>r</sup> THIVET, interne à la maison nationale de Charenton, déclaré admissible aux emplois de médecins-adjoints des asiles publics (Concours de Paris du 25 novembre 1890), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Blois, et placé dans la 2<sup>e</sup> classe de son grade (2,500 fr.).

— *Arrêté du 26 novembre 1891* : M. GAUCKLER, secrétaire général de la préfecture de Meurthe-et-Moselle, est nommé directeur de l'asile de Cadillac, et placé dans la 1<sup>re</sup> classe de son grade (7,000 fr.).

— *Arrêté du 28 décembre 1891* : M. le D<sup>r</sup> BONNET (Joseph), interne à l'asile de Villejuif, déclaré admissible aux emplois de médecins-adjoints des asiles publics (Concours de Lyon, 10 décembre 1891), est nommé médecin-adjoint à l'asile de Saint-Robert, et est compris dans la 2<sup>e</sup> classe de son grade (2,500 fr.).

#### CONCOURS D'ADMISSIBILITÉ AUX EMPLOIS DE MÉDECINS-ADJOINTS DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

Un concours d'admissibilité aux emplois de médecins-adjoints des asiles publics d'aliénés a eu lieu, à Lyon, Lille et Bordeaux, le 10 décembre 1891, à Paris et Montpellier, le 15 du même mois.

Voici quelle a été la composition du jury de ces divers concours, et les noms des candidats qui ont été déclarés admissibles.

*Circonscription de Paris.* — Le jury était ainsi composé : Président, D<sup>r</sup> Drouineau, inspecteur général ; D<sup>rs</sup> Féré, médecin de Bicêtre ; Brunet, médecin-directeur de l'asile d'Evreux ; Camuset, médecin-directeur de l'asile de Bonneval ; Ballet, professeur agrégé de la Faculté de médecine ; suppléant, D<sup>r</sup> Schils, médecin de l'asile de Lesvellec.

Les candidats déclarés admissibles sont : MM. Toulouse, Vigouroux et Lwoff.

*Circonscription de Lyon.* — Le jury était ainsi composé : Président: D<sup>r</sup> A. Regnard, inspecteur général ; D<sup>rs</sup> Lapointe,

médecin-directeur de l'asile d'Auxerre ; Dufour, médecin-directeur de l'asile Saint-Robert ; Faucher, médecin-directeur de l'asile de la Charité ; Pierret, professeur de clinique des maladies mentales de la Faculté de médecine ; suppléant, Dr Fabre, médecin-directeur de l'asile de Saint-Dizier.

Les candidats déclarés admissibles sont : MM. Bonnet et Paret.

*Circonscription de Lille.* — Le jury était ainsi composé : Président : Dr Drouineau, inspecteur général ; Dr Pilleyre, médecin-directeur de l'asile de Prémontré ; Martinenq, médecin en chef de l'asile de Clermont ; Taguet, médecin-directeur de l'asile d'Armentières ; Lemoine, professeur à la Faculté de médecine ; suppléant, Dr Cortyl, médecin-directeur de l'asile de Saint-Venant.

Les candidats déclarés admissibles sont : MM. Charon et Chardon.

*Circonscription de Bordeaux.* — Le jury était ainsi composé : Président : Dr Napias, inspecteur général ; Dr Reverchon, médecin-directeur de l'asile Saint-Luc, à Pau ; Bessières, médecin-directeur de l'asile de Saint-Alban ; Pons, médecin en chef de l'asile de Bordeaux ; Picot, professeur à la Faculté de médecine ; suppléant, Dr Larrieu, médecin en chef de Cadillac.

Le candidat déclaré admissible est M. Anglade.

*Circonscription de Montpellier.* — Voici quelle était la composition du jury : Président : Dr Napias, inspecteur général ; Dr Campagne, médecin en chef de l'asile de Montdevergues ; Dauby, médecin-directeur de l'asile d'Aix-en-Provence ; Boubila, médecin en chef de l'asile de Marseille ; Jaumes, professeur de la Faculté de médecine ; suppléant, Dr Maunier, médecin en chef de l'asile de Pierrefeu.

Les candidats déclarés admissibles sont : MM. Campagne et Allaman.

**CIRCOLAIRE DE M. LE PRÉFET DE LA SEINE-INFÉRIEURE  
SUR LES ENQUÊTES FAITES APRÈS PLACEMENT DES ALIÉNÉS  
À L'ASILE.**

M. le préfet de la Seine-Inférieure vient d'adresser dans son département, aux maires des communes dépassant 3,000 habitants, une circulaire sur la manière de procéder aux enquêtes faites après placement des aliénés à l'asile.

Au congrès de Lyon, le Dr Parant avait appelé l'attention sur les inconvénients qui résultent de ces enquêtes, et, à ce

titre, la circulaire de M. le préfet de la Seine-Inférieure nous paraît intéressante.

Voici le texte de cette circulaire :

« Rouen, le 16 novembre 1891.

« Monsieur le Maire,

« J'ai l'honneur d'appeler votre attention sur les enquêtes faites après le placement des aliénés à l'asile départemental. Ces enquêtes ont, parfois, provoqué des réclamations de la part des familles, ce qui était dû à la manière dont on avait procédé.

La loi du 30 juin 1838 autorise, moyennant l'accomplissement de certaines formalités, et sans mon intervention préalable, le placement des aliénés dans les établissements spéciaux ; mais, dès qu'un aliéné est entré dans un asile, il se trouve sous la protection de l'autorité administrative et de l'autorité judiciaire. Une enquête est alors prescrite pour rechercher :

« 1<sup>o</sup> Dans l'intérêt de la liberté individuelle, si les faits qui ont motivé le placement justifient la séquestration ;

« 2<sup>o</sup> Dans l'intérêt du malade, si les revenus de l'aliéné sont employés, comme le prescrit la loi, à adoucir son sort, et à accélérer sa guérison ;

« 3<sup>o</sup> Si les biens de l'aliéné sont suffisamment sauvegardés.

Ces enquêtes sont donc faites dans un but tout bienveillant et on doit éviter avec soin de leur donner le caractère d'une mesure vexatoire. D'habitude, l'enquête est faite, dans les villes, par le commissaire de police, et ce fonctionnaire ne doit pas perdre de vue qu'il s'agit d'un malade et non d'un délinquant.

« La plupart des réclamations qui me sont parvenues sont fondées sur le défaut de discrétion de l'agent procédant à l'enquête. Tel est le cas d'un agent se rendant chez un négociant, et faisant connaître le but de sa visite, sans tenir compte qu'il parlait devant des tiers, et divulguait à des étrangers, qu'un proche parent de ce négociant était atteint de folie. Les familles évitent de faire connaître au public qu'un de leurs membres est aliéné, parce que le malade peut revenir guéri, et il importe de ne pas nuire à son crédit. L'enquête qui divulguerait les secrets des familles, et causerait, par là, un préjudice au malade, aurait un résultat diamétralement opposé au but que l'administration recherche.

« L'enquête doit être conduite avec d'autant plus de discrétion que, dans l'immense majorité des cas, nous constatons que le placement à l'asile est justifié, et que l'aliéné y est traité à une classe répondant à ses revenus.

« Je vous prie donc de donner des instructions aux commis-

saires de police pour que les enquêtes faites, après le placement d'un aliéné par sa famille, soient conduites avec les plus grands ménagements. Celui qui en est chargé doit, quand il s'enquiert de la situation de fortune du malade, faire connaître que les renseignements demandés le sont uniquement dans l'intérêt de l'aliéné. Il doit tenir au courant l'autorité administrative et l'autorité judiciaire, de l'opinion publique sur la personne placée à l'asile; mais il doit éviter, avec le plus grand soin, de divulguer au public, qui l'ignore, la séquestration de l'aliéné. Le rôle de l'enquêteur est de recueillir des renseignements sans en fournir lui-même. Ainsi, la famille d'un aliéné peut dissimuler au public le placement à l'asile en faisant courir le bruit que la personne est partie en voyage et l'agent enquêteur doit recueillir ce bruit sans le démentir, sous peine de violer un secret professionnel.

« Agréez, etc.

« Signé : HENDLÉ. »

#### PRIX DE L'ACADEMIE DE MÉDECINE

L'Académie de médecine a tenu sa séance publique annuelle, le 15 décembre 1891, sous la présidence de M. Tarnier.

Parmi les prix décernés, nous relevons ceux qui ont été accordés à des travaux sur la pathologie mentale et nerveuse :

*Prix Alvarenga de Piauhy (Brésil).* — 800 francs. (Annuel.) — L'Académie partage le prix; l'un des deux lauréats est M. le Dr FRÉDÉRIC BATEMAN, de Norwich (Angleterre), pour son traité intitulé : *On Aphasia or Loss of Speech and the Localisation of the Faculty of articulate Language.*

Des mentions honorables sont accordées : 1<sup>o</sup> à M. le Dr BLOCQ, de Paris, pour son ouvrage sur une *Affection caractérisée par de l'astasie et de l'abasie*; 2<sup>o</sup> à M. le Dr LEGRAIN, médecin de l'asile de Vaucluse, pour son travail intitulé : *Hérédité et alcoolisme; de l'alcoolisme dans ses rapports avec l'hérédité ascendante.*

*Prix Civrieux.* — 900 francs. (Annuel.) — Question : *Des rémissions dans la paralysie générale des aliénés.*

Quatre mémoires sur ce sujet ont été adressés au concours. L'Académie partage le prix entre : 1<sup>o</sup> M. le Dr L. CAMUSSET, médecin-directeur de l'asile public d'aliénés d'Eure-et-Loir, à Bonneval, auteur du mémoire portant cette devise : *Il reste de nombreuses questions à élucider dans l'histoire de la paralysie générale*; 2<sup>o</sup> M. le Dr Ch. VALLON, médecin en chef à l'asile

d'aliénés de Villejuif (Seine), pour son mémoire portant cette épigraphe :

« Il faut être ignorant comme un maître d'école  
Pour se vanter de dire une seule parole  
Que personne ici-bas n'ait pu dire avant vous. »  
(MUSSET.)

Une mention honorable est en outre accordée à M. le Dr BERNARD, médecin à la Ruche, Dinard-les-Bains (Ille-et-Vilaine). Devise du mémoire : « *Nulla renascentur quæ jam cecidere.* »

Dans la même séance, l'Académie a fait connaître les prix proposés pour les années 1892, 1893 et 1894. Les *Annales* ont déjà publié (V. numéros de janvier 1890, p. 169 et de janvier 1891, p. 152) les questions relatives à la pathologie mentale et nerveuse, proposées pour les deux premières années ; voici celles proposées pour l'année 1894 :

*Prix Civrieux.* — 800 francs. (Annuel.) — Question : *Des troubles du langage chez les aliénés.*

*Prix Falret.* — 900 francs. (Bisannuel.) — Question : *Les somnambulismes.*

**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'ACADEMIE DES SCIENCES

L'Académie des sciences a tenu sa séance publique annuelle le lundi 21 décembre 1891, sous la présidence de M. Duchartre. Parmi les récompenses 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.* — Des citations sont accordées : 1<sup>o</sup> à MM. ARTHAUD et BUTTE, auteurs d'une étude de physiologie et de pathologie sur le nerf pneumogastrique ; 2<sup>o</sup> à M. BATEMAN, pour son livre intitulé : *On Aphasia and the Localisation of the Faculty of Speech* ; 3<sup>o</sup> à MM. BLOCH et LONDE, pour leur *Anatomie pathologique de la moelle épinière* ; 4<sup>o</sup> à M. CATSARAS, pour ses *Recherches cliniques et expérimentales sur les accidents survenant par l'emploi des sca-*

*phandres*; 5<sup>e</sup> à M. PAUL GARNIER, pour son livre sur la *Folie à Paris*.

*Prix Mège.* — 10,000 francs. — Le prix est décerné à M. le D<sup>r</sup> FRÉDÉRIC COURMONT, pour son livre sur le *Cervelet et ses fonctions*.

*Prix Lallemand.* — 1,800 francs. — L'Académie partage le prix entre : 1<sup>e</sup> MM. les D<sup>r</sup>s GILLES DE LA TOURETTE et H. CATHELINEAU, pour leurs importantes recherches sur la nutrition dans l'hystérie; 2<sup>e</sup> M. le D<sup>r</sup> F. RAYMOND, pour son ouvrage sur les atrophies musculaires et les maladies amyotrophiques.

Elle accorde, en outre, des mentions honorables à MM. LEGRAIN, DEBIERRE et LE FORT, BRUHL, SOLLIER et COLLIN.

*Prix Montyon de physiologie.* — 750 francs. — Le prix est décerné à MM. BLOCH et A. CHARPENTIER, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, qui, depuis de longues années, poursuivent séparément l'étude des sensibilités spéciales (vision, audition, tact, sens musculaire, etc.).

#### SOUSCRIPTION AU BUSTE DE BAILLARGER

##### Troisième liste.

	fr.
MM. les membres de l'Académie de médecine. . . . .	400
Asile de Prémontré. . . . .	50
MM. les D <sup>r</sup> s Doutrebente. . . . .	100
— Motet. . . . .	50
— Régis. . . . .	40
— Espiau de Lamaëstre. . . . .	20
— Marie. . . . .	10
— Frièse. . . . .	10
— Sollier. . . . .	10
— Joffroy. . . . .	20
— Ramadier. . . . .	10
— Pactet. . . . .	10
— Pichon. . . . .	20
— Hospital. . . . .	10
— Campan. . . . .	20
— Adam. . . . .	10
— Solaville. . . . .	10
— Louis. . . . .	10
— J. Sizaret . . . . .	5

A reporter. 815

	VARIÉTÉS	169
	<i>Report.</i>	815
MM. les Drs Calmeil . . . . .	25	
— Nole . . . . .	5	
— Malfilâtre. , . . . .	10	
— Sizaret. . . . .	20	
— Meilhon . . . . .	10	
— Faux . . . . .	10	
— Visaguet . . . . .	10	
— Rousselin. . . . .	10	
— Dericq. . . . .	5	
— Quinemant. . . . .	10	
— Gilbert Petit. . . . .	10	
— Larrieu. . . . .	5	
— Boiteux . . . . .	10	
— Barbé-Guillard . . . . .	10	
— Faucher . . . . .	10	
— Pilleyre. . . . .	10	
— Langlois . . . . .	10	
— Paris . . . . .	10	
— Séglas. . . . .	20	
— Rey. . . . .	15	
— Brémond. . . . .	5	
— Lachaux . . . . .	10	
— Despine . . . . .	10	
— Bidon. . . . .	10	
Total de la troisième liste . . . . .	1.075	
Total des deux premières listes . . .	1.700	
Total. . . . .	<u><u>2.775</u></u>	

LE MARTYROLOGIE DE LA PSYCHIATRIE (*suite*).

*Assassinat d'un infirmier par un aliéné.* — Dans la nuit du 31 octobre au 1<sup>er</sup> novembre dernier, un aliéné de l'établissement privé de Castel d'Andorte, à Bordeaux, a tué son gardien dans les conditions suivantes.

Cet aliéné, atteint de lypémanie à forme mystique ou plutôt de cette forme de folie intermédiaire à la mélancolie et à la folie systématisée qui porte à l'étranger le nom de *paranoia*, croyait que lui et les siens étaient condamnés par sa faute à une éternité de supplices et que, pour apaiser Dieu, il devait délivrer la terre du trop-plein de l'humanité. Considéré comme dangereux, il était l'objet d'une surveillance spéciale et n'entrant dans sa chambre ou n'en sortait qu'entièrement déshabillé.

On lui avait même supprimé son lit, depuis qu'à l'aide de ses mains il avait brisé un ressort de sommier pour s'en faire un crochet.

Malgré toutes les précautions prises, il a pu un jour s'emparer de sa cuillère d'étain, seul instrument qu'il eût à sa disposition pour manger, et l'introduire dans sa chambre en la dissimulant sans doute dans la manche de sa chemise. Au préalable, il avait habilement introduit de tout petits morceaux de bois dans les gâches de la serrure et de la targette de sa porte, de façon à en diminuer la profondeur sans en gêner le jeu en apparence. C'est ainsi qu'à l'aide de sa cuiller transformée en crochet, il a pu, la nuit, ouvrir sa porte, s'emparer des clefs d'un gardien, pénétrer au loin dans une cour de service, s'y saisir d'une vieille hache, revenir vers le gardien et l'assommer dans son sommeil. Son meurtre accompli, le malade, toujours aussi calme, s'est dirigé vers la chambre d'un autre gardien qui, heureusement, l'entendant venir et forcer sa porte, a pu appeler à son aide et le désarmer.

C'est là un triste, mais remarquable exemple de ce que peut le génie de la prémeditation, chez un aliéné.

#### LES CELLULES D'OBSERVATION DES ALIÉNÉS DANS LES HOSPICES

La plupart de nos lecteurs se rappellent sans doute la remarquable communication faite, sous ce titre, au Congrès international de médecine mentale de 1889, par M. H. Monod, directeur de l'hygiène et de l'assistance publiques au ministère de l'intérieur. Aux nombreux faits qui y sont relatés, nous pouvons joindre le suivant, que nous empruntons au *Temps* (numéro du 9 décembre 1891) :

« Un drame affreux s'est déroulé cette nuit à l'hospice civil de Perpignan. Un individu de Latour-de-France, interné comme fou, a essayé de s'évader. La fenêtre étant fermée par un solide grillage, il commença à passer entre les barreaux la tête et une partie de la poitrine, mais le reste du corps ne put passer.

« Le malheureux se débattit alors et fit des efforts désespérés pour se tirer de sa périlleuse situation. En se débattant, les barreaux lui broyèrent la poitrine et lui crevèrent le ventre d'où les intestins s'échappèrent.

« Le fou poussant des cris atroces, le personnel de l'hospice s'empessa d'accourir, mais le pauvre homme avait déjà cessé de vivre. »

Cet événement si douloureux se passe de commentaires. Cependant on est en droit de se demander s'il n'aurait pas pu être

évité par une application plus stricte des prescriptions des circulaires ministérielles des 1<sup>er</sup> avril 1887 et 11 février 1889.

#### LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ

*Le drame de La Jonchère.* — Sous ce titre, le *Libéral de la Vendée*, du 5 juillet 1891, raconte le crime atroce commis par un aliéné, mystique ambitieux, qui, sur les conclusions d'un rapport de notre savant collaborateur, le D<sup>r</sup> Cullerre, a été l'objet d'une ordonnance de non-lieu, et placé à l'asile de la Roche-sur-Yon :

« Jeudi soir, le parquet de la Roche était prévenu qu'un crime épouvantable avait été commis la nuit précédente au village de la Jonchère, distant de 2 kilomètres de Chaillé-sous-les-Ormeaux. M. Dyvrande, empêché par les préparatifs des obsèques de M. Porteau, délégué à sa place son substitut, M. Merle, qui partit immédiatement pour la Jonchère en compagnie de M. le juge d'instruction Giraud et de M. le D<sup>r</sup> Guibert qu'on avait requis pour venir procéder aux constatations en l'absence du D<sup>r</sup> Blé, médecin légiste habituel.

« En arrivant à la Jonchère, ces messieurs trouvèrent la population dans la consternation et l'affolement. La brigade de gendarmerie de Saint-Florent-des-Bois et M. le capitaine Samson, de la Roche, étaient sur les lieux et avaient procédé à une première enquête et à l'arrestation du meurtrier, qu'ils avaient découvert, après une battue organisée avec l'aide des habitants, caché dans un bois, à 500 mètres de la maison où s'était accompli le crime, et qui s'était laissé arrêter sans résistance. Cet homme est, d'ailleurs, le propre fils de deux des victimes, et s'appelle Jeannet.

« Quand les magistrats entrèrent dans la maison, le spectacle qui s'offrit à leurs yeux était épouvantable, et il est difficile de se figurer une pareille scène de boucherie. Trois cadavres, deux d'hommes et un de femme, gisaient à terre au milieu d'une mare de sang qui avait coulé jusque sous les meubles. L'un d'eux avait la tête sous le lit ; un autre était étendu sur celui-ci. Ce dernier tenait un oreiller convulsivement serré sur sa figure. Il y avait du sang partout, sur les murs, sur le lit, qui en était tout maculé, et une odeur âcre d'abattoir prenait à la gorge. Chacun des corps était tailladé de formidables coups d'un instrument tranchant qui avait laissé de larges plaies béantes. L'un d'eux, celui de la plus jeune des victimes, un garçon de dix-sept ans, avait la tête presque séparée du tronc. Dans un coin, une hache de charpentier gisait ensanglantée. C'était évidemment l'instrument du crime.

« L'arrestation opérée par M. le brigadier de Saint-Florent, la conviction unanime des habitants et l'état de l'individu arrêté, ne laissaient aucun doute. Il avait, en effet, du sang sur toute sa personne. Toutefois, quand on voulut interroger le fils Jeannet, il se renferma dans un mutisme absolu ; mais les indications que recueillirent les magistrats instructeurs furent suffisantes pour leur permettre de reconstituer la scène du crime.

« Le fils Jeannet, en effet, qui a vingt-sept ans, vivait avec ses parents dans la maison où a été commis le meurtre. Son père avait soixante-treize ans et sa mère soixante-huit. Ils avaient à leur service un jeune domestique du nom de Girard, âgé de dix-sept ans, et pupille de l'hospice de la Roche, qu'ils avaient élevé. Ils couchaient tous les quatre dans les trois lits de cette pièce du rez-de-chaussée où l'on a trouvé les cadavres.

« Le fils Jeannet était atteint, depuis un an, mais surtout depuis cinq ou six mois, de la *monomanie de la persécution* (?). On avait bien conseillé à ses parents de le mettre en traitement à l'asile de la Grimaudière, mais comme il était très doux, et n'avait donné jusqu'alors aucune crainte, ils l'avaient gardé chez eux. Seulement, depuis six mois, il s'était renfermé dans un mutisme absolu, fuyant toute société, sombre et *hébété* (?), et ayant contracté des habitudes qui dénotaient de sa part une méfiance insurmontable. C'est ainsi qu'il préparait lui-même l'unique repas qu'il faisait journellement, et toujours à une heure très avancée de la nuit. Sa mère, qui craignait qu'il ne mit le feu, ne se couchait que lorsqu'il était lui-même au lit.

« Comme nous le disions, les indications qui ont été données par des voisins sont évidemment suffisantes pour qu'on puisse, presque à coup sûr, reconstituer la scène du meurtre. Il est probable que, dans la nuit de mercredi à jeudi, vers minuit ou une heure, le fils Jeannet préparait son repas. On a trouvé, d'ailleurs, sur le sol, une poêle encore sale et des restes d'aliments cuits. Une bougie, entièrement consumée, avait répandu sa stéarine sur la table sur laquelle le chandelier était posé. A ce moment, deux hypothèses sont également admissibles : ou bien, le pauvre fou a reçu une observation de sa mère et a subitement vu rouge ; ou bien, comme cela a souvent été observé, il a été pris, sans cause déterminante, de l'irrésistible besoin de tuer. Il s'est alors précipité sur une hache de charpentier qui se trouvait dans un coin, et il en a asséné un coup à sa mère, qui est tombée inanimée. Puis, excité par la vue et l'odeur du sang, il lui a porté de nouveaux coups.

« A ce moment, son père et le petit domestique, qui dormaient dans un lit voisin, réveillés par le bruit, ont dû chercher à se lever, et le fou a immédiatement tourné sa fureur contre eux. Il

a d'abord frappé à coups de hache son père qui était couché du côté de la place, et il a frappé de toutes ses forces, décuplées par l'excitation qui l'emportait. Le petit domestique, alors, a voulu sortir du lit, et a pris l'oreiller pour se garantir, mais le fou l'a frappé et il est venu tomber sur le cadavre du père. Il n'est pas impossible, toutefois, que le meurtrier se soit acharné sur ses victimes, car les épouvantables et nombreuses blessures dont sont hachés les cadavres en sont la preuve presque certaine.

« Une fois son triple crime consommé, le fils Jeannet est probablement tombé dans la prostration qui suit, d'habitude, les grandes crises nerveuses, et il est resté là, assis à terre, considérant ses victimes d'un air hébété, jusqu'au moment où, sortant de cet engourdissement, il a eu un éclair de souvenir et s'est enfui de la maison en fermant la porte machinalement. C'est en regardant par une petite fenêtre que les voisins se sont aperçus du meurtre, le matin.

« Ajoutons que les constatations ont été faites par M. le substitut Merle, en présence de M. le maire de Chaillé-les-Ormeaux, de M. Giraud, juge d'instruction, de M. le capitaine Samson, du docteur Guibert, et de la brigade de Saint-Florent-des-Bois. M. le docteur Guibert a fait l'autopsie des trois cadavres. Il a cherché à faire parler Jeannet, mais, ainsi que nous l'avons dit plus haut, celui-ci n'a pas voulu répondre à une seule des questions qu'on lui a posées. En vain le secrétaire de la mairie de Chaillé, avec lequel il était fort bien, a-t-il essayé de le prendre par les bons sentiments : il a regardé les cadavres sans broncher et sans qu'une lueur d'émotion parût sur son visage.

« Le fils Jeannet a été provisoirement écroué à la prison de la Roche : son transfert à la Grimaudière n'est évidemment que l'affaire de quelques jours. La population de la Jonchère et de Chaillé-les-Ormeaux a été véritablement consternée par ce triple meurtre, et, depuis jeudi, ça été un va-et-vient continual devant la maison des victimes. »

*Tentative de meurtre commise par un persécuté.* — On écrit de Lons-le-Saunier au *Temps* (n° du mardi 3 novembre 1891) :

« M. Billet, conseiller général du canton de Lons-le-Saunier, vient d'être victime d'une tentative de meurtre dans sa propriété de Gevingey.

Hier, dans la soirée, un individu atteint de la manie de la persécution et bien connu dans le pays par ses excentricités, se mit, sans aucun motif, à insulter M<sup>me</sup> Billet.

Attiré par le bruit, M. Billet arriva, tenant à la main un marteau de maçon, et tenta de faire déguerpir le fou ; mais celui-ci, rendu subitement furieux, s'élança sur lui, lui arracha

des mains son marteau et lui en porta trois coups à la tête.

M. Billet, bien que perdant beaucoup de sang, parvint à saisir l'arme de ce forcené, qui se retira en proférant des menaces.

Les blessures de M. Billet, quoique graves, ne mettent pas ses jours en danger. »

*Lyon, le 17 novembre 1891.* — M. le D<sup>r</sup> Couturier, gendre de M. Varambon, ancien sénateur du Rhône, et médecin des hôpitaux de Saint-Etienne, s'est donné la mort aujourd'hui, à une heure, dans son domicile, rue de Condé, en se tirant un coup de revolver. Il avait d'abord fait feu sur sa femme, heureusement sans l'atteindre.

Il était atteint depuis quelque temps de troubles cérébraux.

Dimanche dernier, on lui avait retiré des mains un couteau catalan et deux revolvers. Il avait été conduit à l'hospice des aliénés de Saint-Jean-de-Dieu, mais il avait réussi à s'enfuir. (*Journal des Débats*, numéro du mercredi 18 novembre 1891.)

*Toulon.* — On écrit au *Temps* (numéro du 3 décembre 1891) : « Un quartier-maître de la marine, nommé Jean Nicolas, subitement pris de folie, s'était, il y a quelques jours, évadé de l'hôpital de Saint-Mandrier, où il était en traitement.

Un navire italien a rencontré en pleine mer le malheureux aliéné, allant à l'aventure dans une barque et l'a recueilli à bord. Ce navire se rendait à Cette. Il y a débarqué Jean Nicolas, qu'on a aussitôt conduit à l'hôpital. »

#### FAITS DIVERS

*Les enlèvements d'aliénées de l'asile de Villejuif.* — Nous empruntons au *Progrès médical* (numéro du 28 novembre 1891), le récit suivant des enlèvements de deux aliénées de l'asile de Villejuif, dont la presse politique s'est beaucoup occupée et qui ont provoqué de sa part des commentaires plus ou moins justifiés :

« Un enlèvement a été accompli dimanche dernier, 22 novembre, à l'asile d'aliénés de Villejuif, dans des circonstances tout à fait étranges. Tandis qu'une division de soixante-quatorze femmes et enfants était conduite à la messe par quatorze gardiennes, quatre individus se présentaient tout à coup, s'emparaient d'une des pensionnaires, M<sup>me</sup> Dourches, âgée de vingt-six ans, et tentaient de s'enfuir avec elle. Les gardiennes aussitôt se jetèrent sur les agresseurs et essayèrent de reprendre M<sup>me</sup> Dourches. Il y eut, à ce moment, une mêlée indescriptible, car les soixante-quatorze malades, prétant main-forte à leurs gar-

dienness, s'efforçaient, de leur côté, de reprendre leur compagne. Mais les quatre ravisseurs, quatre hercules, dont le chef était le propre frère de M<sup>me</sup> Dourches, tinrent bon. Ce fut, pendant quelques minutes, une mêlée indescriptible.

Enfin les quatre agresseurs parvinrent à s'éloigner. Ils firent monter M<sup>me</sup> Dourches dans une voiture qui attendait près de là et disparurent rapidement.

L'enquête a établi que c'était la famille qui avait fait procéder à cet enlèvement par le frère de la pensionnaire de Villejuif.

Il y a eu dimanche quinze jours, un premier enlèvement d'aliénée avait eu lieu dans les mêmes circonstances. Cette fois, c'était un père de famille qui avait enlevé sa fille, âgée de dix-sept ans. Cet homme était très connu des gardiennes, car il se rendait souvent à l'asile. Il y a huit jours, il se présentait à l'une d'elles au moment où elle accompagnait les malades à l'église. Il causa amicalement avec elle, fit venir sa fille qu'il voulait, disait-il, accompagner à la messe; puis, en passant devant une voiture qui stationnait à un coin de la rue, il y fit brusquement entrer sa fille. La voiture partit aussitôt, et la jeune fille était enlevée sans lutte et sans même que les surveillants eussent eu le temps de s'en apercevoir.

A la suite de ce premier enlèvement, le directeur de l'asile prévint les malades que, si pareil fait se renouvelait, il serait forcé d'interdire les promenades hors de l'établissement; ce qui mit les malades dans la désolation.

Or, dimanche, lorsqu'elles aperçurent la voiture qui devait emmener M<sup>me</sup> Dourches, une des aliénées s'écria : « Tiens, une voiture arrêtée, encore un enlèvement! » Cette réflexion avait éveillé l'attention des surveillantes, qui se tinrent sur leurs gardes, d'où la difficulté du deuxième enlèvement et la lutte qui s'ensuivit.

Dans cette lutte homérique, douze infirmières et cinq malades furent blessées ou contusionnées plus ou moins grièvement. »

*La révision de la loi sur les aliénés à la Chambre des députés.*  
— Nous empruntons au *Journal des Débats* (numéro du jeudi 3 décembre 1891) le renseignement suivant :

« On sait qu'une commission de la Chambre est saisie de propositions tendant à la révision de la législation sur les aliénés. Cette commission, dont les travaux touchent à leur terme, a pris hier une décision assez importante. Elle a résolu que désormais l'internement dans une maison d'aliénés ne pourrait plus être ordonné que par une décision judiciaire, tandis qu'actuellement c'est l'autorité administrative qui est compétente. »

*Un suicide par la dynamite.* — On mande d'Aurillac au *Temps* (numéro du 3 décembre 1891) :

« Le sieur Courdoux, mineur à Champagnac, qui depuis trois jours n'avait pas cessé d'être en état d'ivresse, s'est suicidé en faisant éclater sous son cou une cartouche de dynamite. La tête de ce malheureux est allée s'écraser contre le plafond. La mâchoire a été projetée à 3 mètres.

Le suicidé était père de trois enfants. »

*Le suicide des enfants à Berlin.* — Dans les quatorze derniers mois, le nombre des enfants qui se sont suicidés à Berlin s'est élevé à soixante-deux. Parmi ces suicidés, se trouvait un enfant qui n'avait pas tout à fait atteint l'âge de sept ans. Les plus âgés avaient quinze ans. (Le *Temps*, numéro du 9 décembre 1891.)

CONGRÈS ANNUEL DES MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE  
ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

*Session de Blois (1892).*

Le Congrès annuel des médecins aliénistes de France et des pays de langue française, se réunira à Blois, le lundi 1<sup>er</sup> août 1892.

Les questions du programme sont :

1<sup>o</sup> *Le délire des négations. Sa valeur diagnostique et pronostique.* — Rapporteur : M. le Dr CAMUSSET.

2<sup>o</sup> *Le secret médical en médecine mentale.* — Rapporteur : M. le Dr THIVET.

3<sup>o</sup> *Les colonies d'aliénés.* — Rapporteur : M. le Dr RIU.

Les rapports sur ces questions seront envoyés à chaque membre adhérent, un mois avant la réunion du Congrès.

Tout document concernant le Congrès doit être adressé au Dr G. DOUTREBENTE, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Blois (Loir-et-Cher).

*Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.*

---

Paris. — Typographie GASTON NÉE, 1, rue Cassette. — 4047.

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

---



**Chronique.**

**L'enseignement de la médecine mentale  
en France ;  
progrès récents ; améliorations désirables.**

On se préoccupe beaucoup actuellement, dans notre pays, des réformes à apporter à l'enseignement des sciences médicales. Divers projets sont présentés, dont ce n'est pas ici le lieu de s'occuper. Mais le mouvement qui s'opère nous donne une occasion favorable de jeter un coup d'œil sur ce qui concerne particulièrement l'enseignement de la médecine mentale, enseignement qu'il serait bien désirable de voir se développer à l'égal de celui d'autres branches de la médecine. Des progrès importants y ont été réalisés depuis quelques années ; il en reste encore d'autres à faire, et il nous semble à propos de constater les uns, d'indiquer en même temps sinon tout, au moins partie des autres.

Jusqu'à une époque très récente, l'étude des maladies mentales a été l'apanage d'un petit nombre d'adeptes ; on pourrait dire de privilégiés. Ceux-là seulement s'en

occupaient que leur goût particulier y attirait ou que les circonstances mettaient à même de le faire. Mais la grande majorité des médecins y restaient absolument étrangers. A quoi cela tenait-il ? Ce n'est assurément pas que cette étude fût sans intérêt, ce n'est pas non plus que le développement de cette branche de la médecine fût trop rudimentaire ; ce n'est pas davantage que les moyens d'étude fissent défaut. Rien de tout cela, bien au contraire.

Il est, en effet, d'un intérêt véritable, d'un intérêt majeur, pour tous les médecins, d'avoir à tout le moins des notions générales sur la folie, sur ses manifestations diverses, et sur la conduite qu'on doit tenir en face d'elle. Ils ont souvent à se prononcer sur les mesures à prendre à l'égard des aliénés ; ils doivent pouvoir, en temps opportun, conseiller l'admission dans un asile spécial ou instituer un traitement approprié ; ils doivent savoir démasquer la folie derrière les apparences de raison sous lesquelles souvent elle se cache ; ils doivent en prévoir l'éclosion et en atténuer les conséquences ; ils doivent enfin, en certaines circonstances, être capables d'éclairer la justice sur des questions médico-légales relatives à l'aliénation mentale.

D'autre part, le développement de la médecine mentale a été, depuis le commencement du siècle, comparable à celui des autres branches de la médecine. Son domaine, très étendu, a été exploré avec beaucoup de soin ; les maladies qui lui appartiennent ont été attentivement étudiées et la plupart sont aujourd'hui si bien connues que leur description ne présente presque pas de lacunes.

Enfin les moyens d'étude étaient, comme ils le sont encore, aussi abondants que variés, puisque le nombre des aliénés, loin de diminuer, semble plutôt s'accroître, et qu'il est grand ; puisque les aliénés, réunis dans des

asiles bien organisés, peuvent se présenter à l'observation et à l'instruction des étudiants dans des conditions aussi favorables que les malades ordinaires dans les hôpitaux qui leur sont consacrés. Les maîtres n'ont jamais fait défaut ; on les trouvait dans les asiles qu'ils étaient chargés de diriger, et où ils élaboraient les travaux qui ont fait la gloire d'un bon nombre d'entre eux, en même temps qu'ils servaient avec une grande efficacité aux progrès de la science. Quelques-uns même, placés dans un milieu favorable, se livraient librement à l'enseignement public ; ils suivaient en cela l'exemple des premiers maîtres, Pinel et Esquirol. Pour ne parler que de ceux qui ne sont plus, on peut citer parmi eux Baillarger, les Foville, Falret, Voisin, Trélat, Morel, et d'autres encore. Toutefois, si excellentes que fussent les leçons de ces hommes éminents, elles ne réunissaient qu'un petit nombre d'élèves.

La raison de l'abandon où était ainsi laissée l'étude de la médecine mentale doit être cherchée dans deux causes principales : l'une, c'est que les asiles où l'enseignement clinique, le seul qui soit vraiment profitable, pouvait être donné, n'étaient point préparés pour cela, et qu'ils sont, en général, situés trop loin des centres où les étudiants font leurs études ; l'autre, plus importante, c'est que les maladies mentales ne faisaient point partie des matières que, dans les facultés ou les écoles de médecine, on enseignait officiellement aux étudiants. Ceux-ci, par la force des choses, se trouvaient en quelque sorte encouragés à ne point s'occuper de matières sur lesquelles on n'appelait pas leur attention. Et, de fait, la plupart s'en occupaient fort peu, au point même de les ignorer complètement ; devenus médecins, ils sont restés dans leur ignorance.

Comprenant que cette situation constituait une lacune énorme dans l'enseignement médical, la Faculté de mé-

decine de Paris avait, à deux ou trois reprises différentes, essayé d'y remédier. Elle avait organisé des cours qui furent professés par des hommes dont le talent était incontestable ; c'étaient Tardieu, Marcé, Lasègue. Mais ces cours n'étaient que théoriques et, malgré leur valeur, ils ne rendaient que des services restreints ; aussi leur organisation fut-elle passagère.

Enfin, est venu un moment où l'on est entré dans la voie de réformes plus complètes et plus efficaces.

En 1877, fut promulgué un décret qui portait création, dans les Facultés de médecine, de cours annexes de clinique, parmi lesquels figurait l'enseignement de la médecine mentale.

L'application du décret se heurta, dans le principe, à des difficultés diverses qui, toutefois, ne tardèrent pas à s'aplanir et sur lesquelles il serait sans intérêt d'insister. Ce qu'il importe de considérer, c'est que c'est à partir de cette époque que l'enseignement de la médecine mentale en France a été introduit d'une manière officielle, effective et efficace, dans les programmes d'enseignement médical.

Pour bien faire comprendre la situation, indiquer ce qui a été fait et, en même temps, ce qui serait encore à faire, le mieux est d'examiner successivement l'état des choses dans chacune des Facultés de médecine de France (1).

Ces Facultés sont actuellement au nombre de sept. Au moment où fut promulgué le décret de 1877, il n'y en avait que cinq, celles de Paris, Lyon, Montpellier, Nancy et Lille. Deux autres ont été créées depuis lors, à Bordeaux et à Toulouse.

---

(1) La plupart des détails qui suivent nous ont été fournis avec un empressement dont nous tenons à les remercier, par de distingués confrères qui étaient le mieux du monde en mesure de nous renseigner.

Cette dernière n'existe que depuis quelques mois ; elle a été inaugurée au mois de mai dernier et les cadres de son enseignement ne sont pas encore au complet. Un cours de clinique des maladies mentales y est prévu ; mais il n'est encore qu'à l'état de projet.

La situation est la même à la Faculté de Bordeaux, bien que celle-ci soit un peu plus ancienne.

A la Faculté de Lille, un cours complémentaire de maladies mentales a fonctionné régulièrement pendant plusieurs années. Il était en partie théorique et en partie pratique. Cette dernière partie était professée dans les asiles du département du Nord, où les élèves étaient invités à se réunir un jour par semaine. Les médecins de ces asiles, notamment MM. Bouteille, Dubiau et Lemoine, étaient eux-mêmes les professeurs. Malheureusement la clinique était assez éloignée de Lille ; les élèves, n'étant point obligés de s'y rendre, y allaient en nombre presque insignifiant. Aussi, en fin de compte, et depuis près de deux ans, ce cours a été supprimé ; mais on cherche le moyen de le réorganiser dans des conditions plus pratiques.

A la Faculté de Nancy, c'est en 1879, par un arrêté en date du 30 décembre, que l'enseignement des maladies mentales a été organisé. On a créé pour cet enseignement une chaire de clinique qui a été jusqu'ici occupée par M. le Dr Langlois, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Maréville, lequel est à deux kilomètres de Nancy. Une fois par semaine, les élèves qui le veulent sont conduits en voiture à l'asile ; l'enseignement qui leur est donné est purement pratique ; on leur présente et on leur fait examiner des malades, sur lesquels le professeur fait ensuite une conférence. Il n'y a pas de cours théorique, et les élèves ne sont nullement obligés d'assister à ces leçons ; cependant ils y vont en assez grand nombre et d'une manière fort assidue.

A Lyon, où la Faculté a été créée en 1877, on organisa dès le principe l'enseignement des maladies mentales sur une base aussi large que possible et dans des conditions en partie analogues à ce que nous venons de voir pour Nancy, mais plus complètes. Il y eut à la fois des cours théoriques et des cours pratiques, faits par des professeurs différents. L'enseignement pratique eut son siège à l'asile d'aliénés de Bron, où l'on y affecta spécialement aux besoins de la clinique deux services, l'un de cinquante hommes, l'autre de cinquante femmes. Le Dr Arthaud, médecin en chef, fut chargé de ces services et nommé professeur en titre. Il faisait deux leçons par semaines. En même temps un agrégé de la Faculté, M. le Dr Carrier, était chargé de professer, à Lyon même, les leçons théoriques, également deux fois par semaine. En 1883, le premier titulaire de l'enseignement clinique mourut, et l'on modifia alors l'état de choses existant : le cours de l'agrégré fut supprimé. Depuis ce temps-là il n'y a plus eu qu'un seul professeur, qui fait une fois par semaine, à l'asile de Bron, une conférence clinique, et deux fois par semaine, au siège de la Faculté, des cours théoriques. Ce professeur est actuellement M. le Dr Pierret. L'asile de Bron a le même défaut que les asiles de la région de Lille, celui d'être trop éloigné de la ville ; les moyens de communication sont peu commodes ; aussi les élèves qui suivent le cours de clinique sont-ils peu nombreux et l'enseignement de la médecine mentale à Lyon n'atteint guère son but essentiel.

A Montpellier, les conditions d'installation sont infiniment meilleures. L'asile d'aliénés est situé presque dans la ville, tout à fait à proximité de la Faculté, ce qui facilite beaucoup les choses. La chaire de clinique des maladies mentales existe à Montpellier depuis l'année 1880, époque où le Dr Cavalier, médecin en chef de

l'asile, et professeur de pathologie générale à la Faculté, en fut nommé titulaire. En réalité, le cours existait déjà depuis plusieurs années. Le Dr Cavalier, indépendamment de son cours à la Faculté, faisait bénévolement dans son asile, trois fois par semaine, des conférences cliniques. Actuellement, et depuis la mort du Dr Cavalier, le professeur de clinique des maladies mentales est M. le Dr Mairet. Trois fois par semaine il fait à l'asile des cours cliniques ; les autres jours il y fait des conférences où les élèves sont exercés à l'examen des aliénés. La visite générale de tout l'asile, qui compte environ 600 malades, est faite d'ailleurs tous les jours et est suivie par un assez bon nombre d'élèves, dont l'assiduité est très grande. Ils paraissent s'intéresser à l'étude des aliénés, et la clinique rend évidemment des services.

L'organisation de l'enseignement des maladies mentales à l'asile de Montpellier comporte d'autres éléments qui ne lui appartiennent pas en propre, mais qui cependant contribuent à sa vitalité. Sous l'habile direction de M. le Professeur Mairet, des laboratoires ont été institués, où l'on s'occupe de biologie physique et chimique, et aussi d'anatomie pathologique. Les laboratoires sont ouverts aux élèves, qui peuvent ainsi, en combinant les éléments cliniques de l'asile et les recherches expérimentales, développer largement leur instruction et même se livrer à des recherches profitables à la science. Les bons résultats de cette organisation se sont déjà fait sentir, et de brillants élèves sont sortis de ce milieu bien vivant et si parfaitement scientifique.

Reste la Faculté de Paris, où les moyens d'enseignement de la médecine mentale, sans être mieux organisés qu'à Montpellier, sont d'une plus grande importance. La chaire de clinique des maladies mentales y a été créée en 1877, mais elle ne fonctionne régulièrement

que depuis 1879. Elle est établie à l'asile Saint-Anne, qui est dans Paris même et où l'on a installé spécialement pour elle deux pavillons, destinés à recevoir l'un 120 hommes, l'autre 60 femmes. M. le professeur Ballen a été jusqu'ici le seul titulaire. Il est assisté par un chef de clinique, qui, détail fort important à noter, a la charge de toutes les questions administratives. Le professeur n'a ainsi à s'occuper que de ce qui regarde l'enseignement.

Le recrutement des malades destinés à l'enseignement de la clinique se fait dans des conditions toutes particulières et essentiellement favorables. Le chef de clinique a le droit de choisir, parmi l'ensemble des malades qui sont répartis ou à répartir entre les différents asiles du département de la Seine, ceux qui lui paraissent le plus intéressants. Il peut également faire transférer dans les autres asiles ceux des malades de la clinique dont la maladie est devenue chronique et a perdu son principal intérêt. De la sorte, le service du professeur de clinique est toujours composé de malades curieux à observer, et avec 180 places seulement on peut y suivre, dans le courant d'une année, de cinq à six cents malades. Une organisation de ce genre n'est possible que dans une ville populeuse comme Paris, où le nombre des aliénés se chiffre par milliers.

Voici maintenant comment se donne l'enseignement. Chaque dimanche, pendant toute l'année, le professeur fait, dans une salle spéciale, une leçon qui est précédée de la visite de tous les malades du service. Parmi eux, on en choisit un ou plusieurs qui font le pivot de la leçon ; celle-ci est donc toujours purement clinique, et il n'y a jamais de cours théoriques. Une fois par semaine, le jeudi, a lieu une conférence, faite non plus par le professeur, mais par le chef de clinique. Après la leçon du dimanche, comme à la conférence du jeudi, le chef de

clinique présente des malades aux auditeurs et exerce ceux-ci soit à l'interrogation, soit au diagnostic. Les leçons du dimanche sont fréquentées par un nombre d'auditeurs qui s'élève parfois jusqu'à cent cinquante ; les leçons du jeudi en comprennent une cinquantaine. En outre, quelques élèves viennent à d'autres jours visiter et examiner les malades avec le chef de clinique. Les chiffres d'auditeurs que nous venons de citer sont en eux-mêmes assez imposants ; mais ils le paraissent moins si l'on considère que le nombre des étudiants inscrits près la Faculté de Paris est d'environ quatre mille.

Un cours théorique est fait, deux fois par semaine, au siège de la Faculté, par un professeur agrégé, actuellement M. le Dr G. Ballet, qui réunit autour de lui une moyenne de soixante à quatre-vingts auditeurs.

Telle est, en France, la situation actuelle de l'enseignement officiel de la médecine mentale, envisagée dans ses traits les plus généraux. Avant de faire à son sujet les réflexions qu'elle comporte, il faut dire quelques mots de l'enseignement libre.

Celui-ci est à peu près aujourd'hui dans l'état où il était avant la création de l'enseignement officiel. Il n'existe guère que près des Facultés de Bordeaux et de Paris.

A Bordeaux, c'est le Dr Régis qui professe ; il a reçu l'autorisation de faire son cours au siège même de la Faculté, mais sans avoir avec celle-ci aucune attache. Les leçons qu'il donne, quoique purement théoriques, ont un succès qui fait présager les fruits que donnerait un enseignement clinique officiel bien organisé.

A Paris, il y a plusieurs professeurs libres, dont quelques-uns ont acquis une vaste notoriété. Ils professent à la Salpêtrière, à Bicêtre, à Sainte-Anne, où les services d'aliénés dont ils ont la charge leur permet-

tent de faire des cours cliniques. A la Salpêtrière, ce sont MM. J. Falret, Aug. Voisin, Joffroy et Jules Voisin; à Bicêtre, ce sont MM. Bourneville et Charpentier; à Sainte-Anne, c'est M. Magnan, qui dispose, pour son enseignement, d'un service clinique qui est peut-être le plus riche du monde. C'est là que sont amenés, avant d'être répartis dans d'autres asiles, tous les aliénés qui sont arrêtés d'office à Paris; M. Magnan en voit ainsi défiler devant lui chaque année environ cinq mille, tous en pleine activité délirante, et dans la période aiguë, la plus intéressante de leur maladie (1).

La création de l'enseignement officiel a constitué un progrès incontestable, dont les bons effets commencent à se faire sentir. Tels étudiants, qui, dans l'ancien état de choses, imitant leurs prédecesseurs, auraient achevé leurs études sans s'occuper des maladies mentales, ont maintenant les moyens de le faire et le font. On peut espérer que le nombre en augmentera, et que, dans un prochain avenir, il n'y aura plus que peu de médecins qui n'aient sur ces maladies des notions suffisantes.

Cependant on ne saurait se dissimuler que la situation est encore imparfaite, et qu'elle réclame des améliorations nouvelles.

La première, et peut-être la plus importante, consisterait à ce que l'étude des maladies mentales fût, non plus seulement offerte et facilitée, mais imposée aux étudiants. Actuellement, la connaissance de ces maladies ne fait point partie de ce que l'aspirant au doctorat en médecine doit savoir pour obtenir son diplôme. Bien rarement les questions posées dans les examens portent sur la médecine mentale, et tout cela est assurément

(1) Pour être complet, il faut citer, encore le cours libre de médecine légale que fait à la Faculté de droit de Paris M. le Dr Dubuisson, médecin de Sainte-Anne, et dans lequel il traite des rapports de la criminalité et de la folie.

cause que beaucoup négligent encore de s'y instruire.

Mais pour que la connaissance des maladies mentales devint obligatoire dans les examens, il faudrait que les étudiants fussent obligés, au cours de leurs études, de suivre régulièrement et assidûment une clinique d'aliénés. Trois mois pourraient leur suffire à la rigueur, et en ce laps de temps, s'ils étaient bien dirigés, ils pourraient prendre sur la folie des notions premières assez nettes pour faire face aux nécessités les plus urgentes de la pratique.

Une troisième amélioration devrait elle-même précéder les deux autres, c'est que les cliniques d'aliénés fussent installées tout à fait à portée des centres d'études, dans le voisinage immédiat des Facultés. Cela ressort évidemment de l'examen de la situation actuelle. A Lyon, à Lille, les services d'aliénés sont loin de l'école ; les étudiants ne les fréquentent que peu ou pas, et il n'est guère possible qu'il en soit autrement, parce que les allées et venues à grande distance sont dispendieuses et font perdre un temps précieux. A Nancy, l'asile d'aliénés est plus près, mais trop loin encore, et la fréquentation en est difficile. Enfin, à Montpellier et à Paris, les services sont tout à fait voisins du séjour habituel des étudiants, et ceux-ci les fréquentent en bien plus grand nombre. L'organisation de la clinique de Paris est ce que l'on peut désirer de mieux sous ce rapport.

On doit considérer en effet que l'agglomération des aliénés d'un asile ordinaire n'est pas le terrain le plus favorable pour prendre rapidement sur la folie les notions premières les plus essentielles. On s'y trouve en présence d'un trop grand nombre de chroniques et d'incurables, chez qui les manifestations précises de telle ou telle maladie deviennent plus difficiles à saisir. Ce qu'il faut, c'est une réunion d'aliénés à la période aiguë

et primordiale de leur maladie, quelque chose d'analogique à un service d'hôpital ordinaire, où l'étude du diagnostic est aussi facilitée que possible. Il n'est pas nécessaire non plus que cette réunion soit très nombreuse ; une trentaine d'individus, hommes et femmes, pourraient suffire aux besoins de l'enseignement.

Enfin, l'expérience a démontré que les cours purement théoriques n'atteignent qu'incomplètement le but qu'on se propose ; c'est donc à l'établissement de cours cliniques qu'on doit avant tout viser, parce que seuls ils permettent d'acquérir promptement la connaissance des aliénés. *Fabricando fit faber* ; c'est en voyant des malades qu'on devient bon médecin.

Les pouvoirs publics se préoccupent sérieusement, nous le savons, de réaliser les améliorations nécessaires. Tout récemment, dans ses séances des 10 et 11 juin 1891, le Conseil supérieur de l'Assistance publique les y a encouragés en émettant le vœu : 1<sup>o</sup> qu'il soit créé un enseignement clinique des maladies mentales et de la médecine légale des aliénés dans les Facultés de médecine de l'Etat, qui n'en possèdent pas encore ; 2<sup>o</sup> qu'une des épreuves des examens de doctorat porte sur cet enseignement.

Nous devons souhaiter, pour le plus grand bien des aliénés, dans l'intérêt des malades, aussi bien que dans l'intérêt des familles et de la société, que les améliorations principales soient réalisées à bref délai. Quand la France possédera ces améliorations, elle pourra prétendre que chez elle l'enseignement des maladies mentales est organisé d'une façon égale, sinon supérieure, à celui de tel pays où les choses semblent actuellement plus complètes et mieux organisées que chez nous.

VICTOR PARANT.

---

## Pathologie

---

# THANATOPHOBIE ET SUICIDE

Par le Dr NICOULAU

Médecin adjoint de l'asile Saint-Yon.

---

S'il est vrai de dire que les causes occasionnelles du suicide sont, chez les dégénérés héréditaires, en nombre et en variété presque infinis, il n'est pas moins exact d'ajouter : que certaines d'entre elles figurent souvent dans la statistique de nos asiles ; que d'autres, au contraire, s'y montrent moins communes, et qu'il en est, enfin, dont la présence constitue une véritable rareté.

Très fréquemment, c'est l'halluciné qui nous donne le spectacle d'une mort violente, soit accidentelle, soit volontaire. L'un, empressé d'échapper aux horribles menaces qui obsèdent ses oreilles, aux gestes mal interprétés qui frappent ses yeux, fuit inconsidérément, en proie à la terreur panique, et ne se laisse arrêter par aucun obstacle : cours d'eau, sauts-de-loup, fenêtres, escaliers, il franchit tout ; le résultat est fatal. D'autres croient s'entendre appeler, qui, dix, vingt fois, dans la même journée, au prix des efforts les plus énergiques, les plus persévérandts, s'élancent, courent, se précipitent, avec non moins d'aveuglement que les premiers, et, par des voies analogues, arrivent aux mêmes fins. Ce sont là des suicides purement accidentels. Tout différents sont ceux commis par les hallucinés sans délire carac-

téristique et semi-conscients de leur état, les hypochondriaques, les anxieux, les indignes de toute catégorie, et ces martyrs qu'un mysticisme exagéré pousse à la mort par la voie de ses troublantes auditions, ou le spectacle de visions ravissantes. Les tentatives de cet ordre sont, en bien des cas, méditées, calculées, mûries, — raisonnées, dirions-nous presque. Le moindre défaut de surveillance, le plus faible instrument, la plus étroite liberté des mains sont mis à profit avec une instantanéité, avec une sûreté d'action qui indiquent combien est nette, combien est vigilante dans ces cerveaux lésés l'idée du sacrifice personnel.

Ainsi, hallucinations directrices ou exaspérantes, interprétation maladive de troubles somatiques plus ou moins réels; revendications exagérées d'une conscience en éréthisme, etc., tels sont habituellement les facteurs immédiats de la mort que se donne l'aliéné. D'autres fois, c'est une force inconnue, irrésistible qui le domine, l'entraîne, le dirige à son insu : l'impulsion. Le délire épileptique et ce qu'on a nommé parfois la folie des actes offrent surtout des exemples de cette perversion du libre arbitre. Les suicidés impulsifs ne sauraient, eux non plus, être considérés comme s'étant spontanément sacrifiés ; de sorte que, parmi les malades qu'attend une mort volontaire, il n'y aurait à compter, au sens strict du mot, que ceux visés en tête de ce paragraphe, c'est-à-dire, ceux encore susceptibles de prendre leur fatale détermination en connaissance de cause. Du reste, ce n'est pas d'un seul coup, ce n'est pas sans luttes renouvelées, que certains d'entre eux arrivent à leur but ; beaucoup ne l'atteignent que graduellement, par l'effet d'une victoire lente et parfois pleine de révoltes sur l'instinct de conservation. Il y a bien comme des débris de la volonté qui subsistent et surnagent dans ce grand chaos ; mais leur débilité

même est cause du nombre des insuccès. En effet, s'il est quelques aliénés qui refusent ou sont incapables de donner la raison de leurs tendances, du moins, l'avouent-ils, pour la plupart ; *ils désirent, ils voudraient mourir, ils ne peuvent* et s'en plaignent amèrement. C'est que la mort est le grand refuge, le port espéré, le repos souhaité, pareillement pour le malade harcelé de pénibles illusions, et pour l'homme sain d'esprit qu'attendent l'infirmité, la ruine, le déshonneur. Dès longtemps, Brierre de Boismont l'a écrit : « Une remarque dont personne ne contestera la justesse, c'est qu'il y a lieu de s'étonner qu'au milieu d'idées si terrifiantes, presque toujours combinées deux, trois, quatre, et plus ensemble, les tentatives ne soient pas encore plus fréquentes... On se demande avec effroi comment des malades qui se croient empoisonnés, ruinés, persécutés, déshonorés, *condamnés à mort*, etc., qui, très souvent, sont assaillis par toutes ces idées à la fois, sans avoir un moment de relâche, et dont plusieurs ont la connaissance de leur état, peuvent supporter une pareille existence, surtout avec la terreur des hallucinations ! (1) »

Comme pour ratifier cette manière de voir, il est des aliénés, des *condamnés à mort* d'une variété particulière, qui, las de vivre sous le coup d'une menace permanente, en devancent l'exécution ; il s'agit des thanatophobes.

Rares sont, disions-nous plus haut, certaines causes occasionnelles du suicide ; la thanatophobie pent, sans doute, passer pour telle. Évidemment nous n'entendons parler ici que de la thanatophobie simple, *primitive*, c'est-à-dire, dégagée de tout élément initial et prépon-

---

(1) Brierre de Boismont. *Du suicide et de la folie suicide*, p. 344.  
Edit. 1865.

dérant, qui puisse *a priori* justifier la fin des malades, tel que : hallucinations terrifiantes, crainte de supplices barbares, remords imaginaires avec terreur de peines futures ou immédiates, etc.

Si les observations de semblables types morbides se montrent assez clairsemées, ceux-ci n'en existent pas moins : le cerveau des héréditaires est une véritable boîte à surprises, tant les idées qui s'y heurtent, variables d'homme à homme, sont pleines d'imprévu et d'illogisme ; de plus, la prédisposition native les tient dans un état permanent d'équilibre instable. Aussi, nulle étrangeté à ce que le délire thanatophobique pro-vienne chez eux de motifs tout à fait futiles ou complètement étrangers à leurs personnes ; chez l'un, la peur de la mort survient à la suite d'un rêve qui l'a représenté à ses propres yeux sanglant et mutilé ; un autre interprète dans le même sens quelque événement sans rapport avec son individu ; un troisième s'affecte outre mesure d'un mal insignifiant (en dehors, bien entendu, d'aucune hallucination de la sensibilité générale), et porte si loin son erreur que la mort doit, nécessairement et contre toute affirmation de son entourage, survenir à bref délai.

En face de semblables manifestations délirantes, la première question qui se présente à l'esprit est celle-ci : — Puisque la mort est, au dire des patients, certaine et prochaine, pourquoi la devancer ? — Et la seconde : — Par quelle succession de modalités psychiques en viennent-ils à s'infliger de leurs mains le sort qu'ils redoucent ? — C'est ce que nous essaierons d'élucider un peu plus loin, du moins en ce qui concerne l'observation de ce genre que nous donnons ci-après.

## OBSERVATION.

M<sup>me</sup> X... Léontine, âgée de cinquante-deux ans, couturière, entre à l'asile le 24 février 1891. C'est une femme de taille moyenne, à tempérament lymphatique nettement établi, exempte d'infirmités, mais alourdie par l'adipose. Les traits, fortement empâtés, n'offrent rien de caractéristique; le facies témoigne d'une intelligence médiocre, et au moment où nous l'examinons, la malade, vingt-quatre heures après son entrée, ne dénote nullement un fond de tristesse ou d'anxiété. Le crâne appartient au type brachycéphale. Le front est bas, étroit, la mâchoire inférieure puissante sans prognathisme; la voûte palatine, à très court diamètre transversal, se creuse profondément en carène; les dents manquent pour la plupart et se sont montrées mauvaises dès la jeunesse; les oreilles sont grandes, massives, lourdement dessinées et pourvues de lobules très étalés, mais non sessiles.

Les antécédents de M<sup>me</sup> X... révèlent à l'étude de nombreuses tares familiales et des faits personnels caractéristiques.

Son père, — enfant naturel issu d'une femme donnée comme normale et d'un individu resté pour nous inconnu, — se livrait à l'intempérance, et s'est, à l'âge de *cinquante-deux ans*, donné la mort par la corde, après deux tentatives antérieures dont nous ignorons les moyens; le tout, pour avoir, étant comptable, fait dans ses écritures une erreur de *dix francs*. M. X... avait épousé Denise R..., indemne personnellement comme dans ses origines de toute perturbation intellectuelle; elle mourut, également à l'âge de *cinquante-deux ans*, des suites d'une rupture d'anévrysme.

Six enfants provenaient de cette union :

I. — L'aînée, Adèle, femme T..., nerveuse, et soumise encore aujourd'hui à un traitement hydrothérapie, a neuf enfants, qui, à dire de témoins, sont tous plus ou moins bizarres.

II. — Joseph, donné, par des renseignements datant de 1859, comme « menacé d'aliénation mentale », s'est expatrié; on n'en a plus de nouvelles depuis longtemps.

III. — Édouard-Jules est mort à *cinquante-deux ans*, d'une lésion cardiaque. — Rien de positif sur son état mental.

IV. — Le sujet de cette observation.

V. — Valentine-Denise meurt phthisique à Saint-Yon,

après plusieurs réintégrations ; multiples tentatives de suicide ; cette jeune fille (dix-neuf ans), semble avoir, dans ce sens, obéi à la loi d'imitation ; c'est, en effet, au décès de son père que remonteraient son premier accès (mélancolie), et les efforts qu'elle fit pour s'ouvrir avec des ciseaux les veines superficielles du bras. Les rechutes eurent lieu, tantôt sous forme maniaque, tantôt sous forme dépressive, avec crises panophobiques au cours de ses différentes séquestrations.

VI. — Esther, femme B..., a, par deux fois, séjourné dans l'établissement ; lors de la première entrée, son délire affecte les dehors mélancoliques ; deux tentatives de suicide. A sa seconde venue, elle est frappée d'anxiomanie avec délire d'indignité s'accompagnant de tendances au suicide.

Pour plus de clarté, le diagramme ci-dessous résume les détails qui précédent.

Inconnu	Félix X.... comp-	1 — Adèle, femme T... Neuf
Jeanne X... normale. (?)	table; <i>Enfant naturel; Buveur; MORT A 52 ANS par pendaison; deux tentatives antérieures.</i>	<i>nerreuse; en traitement dans une maison de santé. Neuf enfants : bizarres.</i>
		2 — Joseph X... « menacé d'aliénation ». Expatrié.
		3 — Edouard, Jules, MORT A 52 ANS par affection cardiaque — Etat mental inconnu.
	Épouse	4 — Léontine X... (sujet de l'observation) aliénée, tentatives multiples de suicide.
Joseph R... normale.	Denise R... sans profession, indemne de tout antécédent psychopathique;	5 — Valentine, Denise, aliénée; plusieurs tentatives de suicide; meurt phthisique à St Yon.
Lucie V... normale.	MORTE A 52 ANS par rupture d'anévrysme.	6 — Esther, fme B... aliénée, aujourd'hui guérie; a fait deux tentatives de suicide.

La demoiselle Léontine X... s'est, dès l'enfance, signalée comme anormale ; tardivement développée, elle n'a jamais pu apprendre à lire et reconnaît elle-même son peu de facilité en toutes choses. Elle n'est cependant pas inintelligente et s'exprime avec clarté ; elle comprend les questions qu'on lui pose, répond nettement, et presque toujours avec une exactitude qu'ont corroborée les renseignements pris d'autre part. La mémoire, quoique un peu affaiblie, persiste donc assez précise.

La vie de M<sup>me</sup> X... a été calme, comme peut l'être celle d'une modeste ouvrière, sans grand horizon ; aucun événement important ne l'a traversée, sauf la mort de ses proches ; ou, du moins, c'est le seul qui ait paru réagir sur elle, comme nous le verrons plus loin. La crise pubérale s'est convenablement pas-

sée, aussi bien que la ménopause. Aucune maladie grave ne l'a jamais atteinte ; seul, un eczéma généralisé (tête, seins, genoux, creux axillaires, etc.), s'est manifesté dans sa jeunesse ; des soins attentifs l'ont fait disparaître durant un laps d'années fort étendu ; il a réparu lors de la suspension du flux menstruel, il y a cinq à six ans. Ajoutons à titre de renseignements généraux, que M<sup>me</sup> X... n'a jamais manifesté aux yeux de ses connaissances aucun signe d'aliénation, qu'elle s'est toujours montrée de commerce facile, et que rien d'extraordinaire n'a modifié sa conduite jusqu'au mois d'octobre 1890.

À ce moment, son caractère change peu à peu, elle se montre préoccupée, morose, moins expansive qu'autrefois. Elle tombe dans un abattement progressif que rien d'apparent ne saurait expliquer, abandonne son travail, néglige sa tenue, mange à peine, dort mal, hantée qu'elle est dans son sommeil par des cauchemars continuels, et, finalement, commet coup sur coup plusieurs tentatives de suicide. C'est ainsi que, — d'après le certificat de vingt-quatre heures, — « elle s'est passé une ficelle autour du cou, mais elle n'a pas persisté dans sa tentative en sentant la douleur causée par la constriction ; elle a voulu s'asphyxier par le charbon, mais là encore, elle n'a pas osé ; elle a gratté des allumettes et a pris du phosphore, mais la dose était trop faible pour la faire mourir.... » A cette nomenclature déjà variée, il faut joindre des sinapismes après le repas et l'ingestion d'une solution trop étendue de cristaux de commerce (carbonate de soude).

Ces tendances si fréquemment affirmées, ont démontré aux parents de M<sup>me</sup> X... la nécessité de sa séquestration.

A peine entrée à Saint-Yon, elle bénéficie, grâce sans doute au changement de local et de milieu, d'une rémission momentanée qui permet de connaître, exposées par la malade elle-même, les raisons de la tristesse progressive où elle est tombée chez elle.

M<sup>me</sup> X... est née le 3 février 1839, elle devait donc avoir à la même date, en 1891, *cinquante-deux ans* révolus. Or, une particularité avait, dans sa famille, frappé cette malade : trois personnes, — son père, sa mère et l'un de ses frères, — étaient morts après l'accomplissement de leur cinquante-deuxième année. Ce fait, singulier sans doute, mais seulement singulier pour un cerveau normal, fut pour M<sup>me</sup> X..., héritairem ent prédisposée, l'indice d'une échéance inéluctable imposée par le destin à quelques-uns de ses proches, aussi bien qu'à elle-même.

Aussi, tant que l'époque fatale fut encore assez lointaine, son équanimité persista ; mais, à mesure que s'écoulait le temps, à mesure que s'approchait la fin de l'année 1890, et par conséquent l'heure qui devrait parfaire l'âge redoutable, ses préoccupations s'accrurent, une tristesse profonde l'envahit graduellement qui finit par dégénérer en mélancolie vraie avec ses conceptions délirantes spécifiques. M<sup>me</sup> X... ne tarda guère, en effet, à interpréter l'arrêt de mort suspendu sur sa tête ; quelques idées d'indignité surgirent dans son esprit, elle en vint à considérer comme juste et parfaitement nécessaire l'expiation qui l'attendait, mais sans, pour cela, s'y résigner, et surtout, sans recouvrer la tranquillité, le sommeil ou l'appétit, chassés dès l'origine par l'appréhension thanatophobique. Le temps s'écoulait cependant, et à dater du jour où fut révolue sa cinquante-deuxième année, M<sup>me</sup> X... sentit croître encore ses angoisses. Le péril, en effet, d'après sa manière de voir, devenait imminent ; chaque heure désormais, chaque minute pouvaient être les dernières ; elle se sentait, pour ainsi dire, guettée, épéeée incessamment par cette mort inévitable, d'autant plus affreuse qu'elle restait inconnue dans sa forme, et, surtout, dans le moment précis de son événement ; de là, une anxiété, une oppression qui se peuvent concevoir, et qui expliquent, à notre sens, la détermination prise par M<sup>me</sup> X... de devancer un trépas dont l'attente augmentait encore les angoissantes perspectives.

Après quelques jours passés à l'asile, la malade, qui, nous l'avons dit, s'était d'abord montrée plus calme et à peu près lucide, retombe dans ses croyances d'indignité et « déclare aspirer à la mort, vu qu'elle n'est plus utile à personne ici-bas».

*Certificat de quinzaine.* — Elle ne fait pourtant aucune tentative nouvelle. Déprimée quelque temps encore, elle travaille, à condition d'y être stimulée, et cela, dans un délai relativement bref après son entrée. L'amélioration s'accentue et devient rapidement assez notable, pour que M<sup>me</sup> X... puisse, après trois mois de séjour, bénéficier d'une sortie temporaire, devenue, depuis, définitive (24 mai 1891). Les nouvelles que nous avons reçues d'elle la donnent comme ayant repris ses occupations et jouissant d'une santé mentale satisfaisante.

Le traitement fut surtout tonique ; le changement d'habitation et d'entourage ont évidemment influé, pour leur part, sur la guérison ; l'apaisement ainsi produit a permis à M<sup>me</sup> X... d'apprécier plus sainement l'inanité de ses craintes, qui, d'ailleurs, nous ont semblé déjà diminuées après vingt-quatre heures

de séjour, lors de notre premier examen, et que l'éloignement progressif de la date fatale avec l'absence de tout incident de nature à les justifier tendaient également à faire disparaître.

Ajoutons, pour compléter cette observation, que, interrogée plusieurs fois par nous sur les motifs qui la poussaient à devancer une mort prochainement assurée d'après elle, la malade n'a jamais pu nous donner de réponse nette et ferme. Elle ne se rend que très imparfaitement compte du mobile qui l'a fait agir ; c'est l'ennui, dit-elle, le découragement causé par l'état de crainte où elle vivait sans cesse qui l'ont portée à en finir plus tôt. D'autre part, elle ne s'est pas sentie emportée par une force irrésistible, elle n'a jamais perçu aucune hallucination terrifiante ou autre ; elle ne s'est jamais crue vouée à des supplices raffinés, elle n'a pas obéi à l'imitation... Si l'interprétation morale, la faculté d'analyse semblent lui manquer, — chose assez naturelle, vu l'hoirie dégénérative, — l'appréciation intellectuelle et la mémoire des actes sont restées suffisantes chez notre malade. Le délire d'indignité n'a été qu'accessoire ; épiphénomène d'une intensité médiocre, et, chose assez rare, d'une fugacité remarquable, il faut voir en lui un dérivé du délire primitif fondamental. Lui donner plus de valeur serait, pensons-nous, exagérer son importance.

Cette observation nous a semblé intéressante à plusieurs titres : tout d'abord, elle vient, une fois de plus, témoigner par de multiples exemples, en faveur de l'hérité du suicide et même de son homochronisme ; puis, la cause de l'affection n'est point banale : au roman seul, du moins à notre connaissance, appartenait, jusqu'à présent, la spécialité de mettre en scène des héros dont l'heure dernière semblait marquée à l'avance, par privilège familial ; enfin, ce qui nous a surtout paru digne d'étude, c'est la recherche des phénomènes psychiques qui, de la thanatophobie la plus accentuée, ont pu amener M<sup>me</sup> X... à ses multiples tentatives de suicide. C'est ce point que nous allons examiner maintenant.

Passons une revue sommaire des principaux mobiles auxquels pourrait être ramenée la façon d'agir de la

malade à son propre endroit. Craignant la mort, pourquoi la cherchait-elle ?

Faut-il voir là un résultat du sentiment d'indignité qui parfois, en effet, détermine chez les aliénés de ces morts violentes ? Nous ne le pensons pas. Ce délire, nous l'avons dit, s'est montré peu actif, tout à fait secondaire, et a provoqué plutôt de l'inertie et de l'incapacité volontive ; M<sup>me</sup> X... elle-même déclarait, nous l'avons vu plus haut, ne pouvoir, durant son séjour à l'asile, agir sans un stimulant étranger ; or, si les tentatives ont eu lieu, c'est à un moment où le délire était encore peu intense, et où la volonté de la malade était, elle, restée suffisante pour faire suivre la conception de l'exécution, aussi bien que pour répéter celle-ci plusieurs fois de suite.

M<sup>me</sup> X..., dans l'incertitude où elle se trouvait sur le genre de la mort attendue, a-t-elle simplement voulu choisir elle-même le mode le moins pénible, le moins douloureux ? Ce mobile est peu présumable ; n'a-t-elle pas essayé, pour ainsi parler, de tous les moyens à portée de sa main ? D'autre part, son imagination, assez peu fertile, vu l'infériorité de ses facultés, ne pouvait guère lui suggérer, comme la menaçant, la conception de supplices barbares ou ingénieusement cruels, à coup sûr inconnus d'elle ; au surplus, elle nous a, plusieurs fois, assuré n'avoir pas été affectée par l'espèce de mort qui lui était réservée, mais bien par la certitude de cette mort même.

Enfin, il n'y a pas lieu, non plus, d'invoquer l'existence d'un état hallucinatoire que la malade n'a jamais présenté à aucun degré.

Reste à éliminer maintenant un facteur, particulier surtout aux héréditaires, l'impulsion. Quelles que soient les affirmations de la malade, l'impulsion aurait parfaitement pu se produire sans qu'elle en eût suffisamment conscience. Examinons donc cette hypothèse.

Le caractère principal de ce symptôme morbide consiste dans l'irrésistibilité ; c'est un mouvement impétueux, irraisonné, avengeur, qui emporte l'individu ; celui-ci ne choisit pas son genre de mort, il profite de l'occasion qui s'offre ; tout moyen lui est bon, aussi horrible, aussi atroce soit-il ; il ne voit que son but : mourir. Pour l'impulsif comme pour le panophobe, la douleur n'est qu'un mot ; déchiré, rompu, sanglant de ses précédentes tentatives, il recommencera, coûte que coûte, si l'impulsion se fait de nouveau sentir, la série de ses manœuvres criminelles. La volonté, chez l'impulsif, est profondément lésée, souvent abolie, en dehors même de tout délire. Est-ce le cas de M<sup>me</sup> X... ? Nullement. C'est progressivement que grandit, chez elle, l'idée du suicide ; elle en choisit volontairement la forme, et, si elle doit s'y reprendre à plusieurs fois, c'est que l'élément *douleur* intervient et l'arrête ; sa volonté est insuffisante dans un sens opposé à celui de là-haut. Dans le cas d'impulsion, l'instinct vital a complètement disparu ; ici, par contre, il s'élève bien haut et lutte victorieusement contre une volonté néfaste. Chez l'impulsif, donc : parallélisme de la volonté et de l'instinct de conservation, qui n'existent plus ni l'un ni l'autre ; chez notre malade, au contraire : antagonisme de ces deux puissances et triomphe de l'instinct. En conséquence, ce n'est pas une impulsion de cette nature qui, à plusieurs reprises, s'est exercée chez M<sup>me</sup> X...

Il est un autre symptôme, propre comme l'impulsion aux dégénérés héréditaires : l'idée fixe, l'obsession avec angoisse concomitante. C'est là, croyons-nous, dans cette angoisse même, qu'il faut chercher la cause première des actes de notre sujet. De la sorte, nous serons d'ailleurs en conformité de vues avec l'école de M. Magnan.

Ceci admis, d'où résulterait l'angoisse et quelle serait son essence ? A coup sûr, ce n'est point de l'obsession

en soi qu'elle provient, mais plutôt de la nature intime de cette obsession. Réduite à sa conception la plus bénigne, l'idée obsédante agace, tourmente, irrite, horripile, mais ne va nullement jusqu'à *angoisser* celui qui en est l'objet. Le phénomène d'angoisse se produirait donc seulement lorsque l'origine de l'obsession résiderait dans un élément terrifiant ou pénible, un entraînement funeste dont la victime a conscience, etc... Dans ce dernier cas, l'obsession se présente sous forme d'impulsions nettement saisies par le patient, et l'angoisse qui résulte de cette notion augmente encore leur force. Ordinairement les tendances nées de l'angoisse se montrent d'autant plus vives qu'elles sont sollicitées par plus d'inconnues ; et l'état terminal de satisfaction tient précisément à la connaissance maintenant acquise des points obscurs qui fascinaient, en quelque sorte, le pyromane, le kleptomane ou tel autre obsédé (1). L'inconnu exerce déjà sur l'esprit de certaines gens indemnes de tout stigmate un pouvoir attractif, une attirance énergique contre laquelle, nécessairement, se débat en vain le pré-disposé.

En ce qui concerne notre observation, on doit rechercher, dans l'ignorance où se trouvait M<sup>me</sup> X..., *quant à l'époque et à la forme précises de l'événement attendu*, les raisons qui l'ont portée à franchir la distance diamétrale qui sépare les deux pôles de son délire : than-

---

(1) La première fois, l'inconnue pour ces « instinctifs » gît dans l'acte tout entier ; les fois suivantes, dans les conditions nouvelles où se produira le même acte. La situation est analogue à celle qui se rencontre à l'ordinaire dans le coït, par exemple. Dans cette impulsion physiologique, c'est l'inconnu de l'acte qui séduit, qui attire, en premier lieu ; par la suite, la tendance sera d'autant plus vive qu'elle sera sollicitée par de *nouveaux objets*. Des deux parts, la chose est également instinctive, et, par le fait, échappe à l'analyse des intéressés. Une preuve encore de cet amour de l'inconnu, c'est que, presque jamais, un suicidé ne recommence la même tentative, un kleptomane ne dérobe le même objet : on les croirait en quête de sensations nouvelles.

tophobie et suicide. Il ne faudrait pourtant pas croire que, ce faisant, cette femme fut sous le coup d'un état psychique créé de toutes pièces par son affection mentale et complètement en dehors des lois ordinaires de l'humanité : ce serait une erreur. Elle ne faisait, au contraire, qu'obéir à un instinct purement normal, mais dont son esprit débile devait singulièrement exagérer la portée.

Comment se traduit, en effet, chez l'homme sain, l'attente d'un événement ? Par une sorte d'*appétence*, qui, dans certaines occasions, va jusqu'à l'impatience extrême, l'agitation fébrile, etc. Volontiers, *on irait au devant* de cet événement, on en précipiterait l'échéance, on presserait la marche du temps... Dans la supposition d'un événement agréable, ce qui provoque le phénomène psychique d'appétence, c'est l'angoisse du désir ; avec l'hypothèse contraire, c'est l'angoisse de l'appréhension. Mais, dans l'un ou l'autre cas, plusieurs conditions sont essentielles pour le produire : 1<sup>o</sup> il faut que l'événement attendu intéresse la personne de l'expectant ; — 2<sup>o</sup> il est indispensable que l'événement présente un caractère de certitude en premier lieu (désir), d'inéluctabilité dans le second (appréhension) ; — 3<sup>o</sup> sa manifestation est prochaine ; — 4<sup>o</sup> elle n'est pas déterminée ; car, une inconnue, au moins, doit solliciter l'attention du sujet en cause. Sans aller bien loin chercher des exemples, regardons simplement en nous et autour de nous, fouillons dans nos souvenirs particuliers ; et, pour évoquer un fait tout spécial à notre profession, fait dont, par conséquent, chacun pourra sans difficulté se rappeler les conjectures, remontons à l'époque où, adolescents, nous passions des examens, et plus spécialement celui du baccalauréat (1). Reportons-nous par la pensée à cette

---

(1) Nous choisissons cet examen de préférence à telle autre

matinée où, non encore admissibles, nous attendions avec un serrement de cœur, d'autant plus grand que l'instant approchait davantage, la proclamation des heureux du jour. Que n'aurions-nous pas donné pour avancer de quelques minutes seulement l'heure où un résultat connu, bon ou mauvais, procurerait à notre angoisse une détente, une relâche bienfaisantes! — De même, une nouvelle capitale pour votre crédit, votre fortune, vos affections vient-elle à se faire attendre, alors que tout la fait présager mauvaise, ne ressentez-vous pas une tendance extrême à courir au-devant du messager, pour connaître dans ses limites exactes l'étendue de votre malheur, et décharger ainsi votre cœur du fardeau qui l'opresse, de l'anxiété qui l'étreint? — Par un nouvel exemple, rapprochons-nous plus encore des conditions propres à notre malade. Un homme a, par ses crimes, encouru la peine capitale ; le verdict est rendu, son pourvoi rejeté ; le nombre et la gravité de ses forfaits lui interdisent tout espoir dans la clémence des hommes, *il en est persuadé*. A quoi tendront ses pensées huit fois sur dix? Au suicide. Et nous en trouvons la démonstration surabondante dans le luxe de précautions dont le prisonnier est l'objet : dans la surveillance qui l'entoure, dans la camisole de force où l'on emprisonne ses membres, dans le soin

---

épreuve analogue, parce que son action sur une âme vierge encore de toute émotion de ce genre le rapproche beaucoup plus que les épreuves suivantes de la cause qui troubla le sens de M<sup>le</sup> X... La crainte de la mort était pour elle une sensation *neuve*, comme elle l'est pour le meurtrier une première fois condamné : mais que, par hypothèse, des grâces successives viennent à plusieurs reprises libérer celui-ci de son anxiété, il est certain que cette émotion ira chaque fois en diminuant, puisque chaque fois un espoir plus grand naîtra chez lui, — et la condition d'inéluctabilité n'existera plus à ses yeux. De même, pour l'élève, l'examen perdra par l'habitude ce caractère d'inconnu qui le trouble tout d'abord. Dans chacun de ces cas une des conditions essentielles ferait donc plus tard défaut.

que l'on met à lui cacher le rejet de sa demande en grâce. Cet homme sait pourtant bien qu'il mourra, la chose est pour lui tout à fait sûre ; il sait même de quelle mort, et n'ignore pas que le suicide le moins pénible qu'il puisse tenter avec les moyens dont il dispose, est encore bien lent, bien douloureux, comparé à la décollation que borne en sa durée l'éclair du coupe-ret. Néanmoins, ce suicide, il le tentera ; il s'étranglera sous les draps de son lit avec sa cravate, s'ouvrira les veines superficielles, avec un fragment de verre, un clou, un tesson de grès, obtenus et dissimulés, Dieu sait au prix de quelles ruses, de quelle industrie ! Tout procédé lui est bon pour en venir à ses fins, tant il a hâte d'échapper aux tortures, à la morne agonie de l'attente.

Des états psychiques que nous venons d'examiner aucun n'échappe à la loi des quatre conditions énoncées plus haut comme déterminantes de l'*appétence anxieuse*. Pour tous l'événement est prochain ; il est certain ou inéluctable ; il intéresse directement le patient ; et enfin, une inconnue au moins s'y rencontre, facteur principal des tendances manifestées. Par suite d'une gradation voulue, le dernier de ces états présente avec la situation de M<sup>me</sup> X... des affinités nombreuses. Cause d'angoisse identique : appréhension de la mort ; perte de tout espoir : chez le condamné, par le fait d'une certitude acquise ; chez notre malade par suite d'une expérience familiale qui lui fait considérer comme fatale l'époque voisine de son cinquante-deuxième anniversaire ; tous deux ignorent le *moment précis*, fixé pour l'échéance. En outre, la malade ne connaît point le genre de mort qui lui est réservé ; le prisonnier, lui, sait que la guillotine l'attend, mais son ignorance gît dans la sensation dernière ; en somme, de part et d'autre, quoique pour des motifs un peu différents, révolte aveugle,

difficilement analysable et non perçue sans doute par le sujet, mais constante assurément, de la chair inquiète.

Enfin, les partisans d'une doctrine, tous les jours plus en faveur, sauraient découvrir un parallélisme notoire dans l'état mental de nos deux personnages. Sans qu'on puisse le dire absolument irresponsable, le meurtrier qui prévient par un suicide la main du bourreau ne présenterait-il pas quelque tare dégénérative qui le livre sans défense morale suffisante à l'anxiouse attente du suicide ? Question délicate, mal résolue encore, mais dont la réponse s'affirme de jour en jour.

Revenons à nos exemples : ce que nous avons essayé de montrer avec leur aide, c'est d'abord l'existence à l'état normal de l'*appétence anxieuse*; il est facile de concevoir ensuite comment, par une exagération toute entière attribuable au mauvais état psychique du sujet, cet appétence induit ce dernier à certains actes anormaux et en particulier au suicide. La conduite paradoxale des aliénés thanatophobes qui, bien que terrifiés par l'imminence d'une fin jugée inévitable, n'en recherchent pas moins la mort, avec une opiniâreté trop souvent couronnée de succès, n'aurait pas d'autre motif.

Pour résumer nos vues d'ensemble sur la matière, nous dirons que, l'angoisse étant considérée comme raison initiale des impulsions, des actes néfastes commis par la plupart des aliénés héréditaires, cette angoisse peut se produire selon deux modes : l'un de *désir*, auquel ressortissent les kleptomanes, pyromanes, homicides, etc... et, d'une façon générale, tous les impulsifs à tendances altruistes, hétérocentriques ; l'autre d'*appréhension*, s'exerçant sur des malades à tendances personnelles, égocentriques : les suicides. M<sup>me</sup> X..., est un type remarquable de cette variété. Dans l'un et l'autre de ces modes, la cause déterminante de l'acte, la raison dernière de son accomplissement semble résider dans une

ou plusieurs inconnues susceptibles de porter l'angoisse à son paroxysme (Appétence anxieuse). L'un et l'autre ne sont que des variations, des exagérations d'instincts normaux que la prédisposition maladive a dévoyés.

---

---

DE  
L'ACÉTONURIE CHEZ LES ALIÉNÉS

A PROPOS D'UNE COMMUNICATION  
DE MM. LES DOCTEURS BOECK ET SLOSSÉ A LA SOCIÉTÉ  
DE MÉDECINE MENTALE DE BELGIQUE (1)

**Par M. LAILLER**

Pharmacien en chef à l'asile de Quatre-Mares.]

---

Dans le cours de mes recherches sur l'urine des aliénés, dont les débuts remontent à bien des années, je me suis préoccupé et occupé de la recherche de l'acétone. Les résultats que j'ai obtenus ne m'ayant donné rien qui, au point de vue de la pathologie mentale, eût de l'intérêt, j'avais complètement abandonné cette partie de l'analyse urologique ; ce qui, surtout, m'en avait désintéressé, c'est que j'avais constaté maintes fois la présence de l'acétone dans l'urine d'hommes sains de corps et d'esprit, et que, d'autre part, sa présence dans l'urine des aliénés n'avait aucun point d'attache avec telle ou telle affection mentale. J'ajoute, en outre, que la présence de l'acétone dans l'urine n'est pas toujours d'une constatation facile, qu'il y a des cas très douteux ; or, en chimie pathologique, l'abstention est préférable à l'énoncé d'un fait non démontré. La communication de MM. de Boeck et Slossé justifie d'ailleurs mes réserves.

Les auteurs rappellent que Petters, Kussmaul, Kau-

---

(1) *Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, septembre 1891, p. 301.

lich ont attribué à l'acétone des propriétés toxiques, qu'il a été considéré comme l'agent du coma diabétique et que cette opinion a été combattue par Frerichs. Puis, ils exposent ainsi les assertions de Cantani et celles de ses contradicteurs.

« Cantani distinguait quatre degrés d'intoxication par cet agent. Dans le premier, la quantité d'acétone contenue dans le sang est trop faible pour donner lieu à aucune espèce de troubles nerveux. Dans le second, s'observent des symptômes de dépression : apathie, céphalée, stupidité, somnolence, paralysie de certains muscles, dilatation de la pupille, rétention d'urine, paralysie intestinale, diminution de la sensibilité et quelquefois fièvre. Un troisième degré d'intoxication acétonémique se caractérise par de l'inquiétude générale, de l'insomnie, des hallucinations, des bourdonnements d'oreilles, des vertiges, du délire, des phosphènes, de l'hyperesthésie cutanée, de la rétention d'urine. Lorsque l'intoxication est maxima (quatrième degré), le malade tombe dans un état de stupeur narcotique ; la dépression générale est profonde ; il y a de la somnolence, l'anesthésie est complète ou à fort peu près complète ; le malade est inconscient et le coma devient de plus en plus profond.

« Il est démontré expérimentalement que l'acétone n'est pas aussi毒 que l'indique Cantani, ou du moins il paraît difficile qu'il s'élaboré dans l'économie une quantité d'acétone suffisante pour produire des phénomènes d'empoisonnement et donner la mort.

« Pour observer quelque symptôme, Kussmaul dut injecter sous la peau : chez le lapin, 5 grammes, chez le chien, 10 grammes d'acétone.

« Pour Buhl et Tappeiner, l'acétone absorbé par inhalations a une action analogue à celle de l'éther et du chloroforme, mais beaucoup plus lente ; il faut employer

des doses beaucoup plus fortes pour en obtenir les mêmes effets.

« Albertoni fixa la dose toxique chez le chien à 6, 8 grammes d'acétone par kilogramme, soit pour un chien d'un poids moyen de 5 kilogrammes, de 30 à 40 grammes d'acétone.

« L'existence de l'intoxication acétonémique de Cantani, paraît donc bien invraisemblable. Son hypothèse a cependant été reprise par Marro qui croit pouvoir attribuer à l'intoxication par l'acétone la mort dans deux cas de délire aigu de forme dépressive. Sans entrer dans d'autres considérations, et en admettant les chiffres d'Albertoni, il faudrait, pour que l'hypothèse de Marro fût vraie, qu'un organisme humain du poids moyen de 63 kilogrammes pût produire de 378 à 504 grammes d'acétone en un court espace de temps. »

Il convient d'ajouter que, d'après West (*Semaine médicale* du 5 décembre 1888), des quantités de plus de 8 grammes d'acétone par kilogramme du poids, ingérées, n'ont déterminé aucun accident sensible.

Quoi qu'il en soit, il est certain que l'acétone se rencontre assez souvent dans l'urine pathologique.

Comment constater sa présence? MM. de Boeck et A. Slosse passent en revue les procédés qui ont été préconisés à ce sujet. Je ne crois pas devoir les exposer ici, c'est une question de chimie; cependant, je crois utile de les rappeler et d'indiquer les reproches qui leur ont été adressés, cela vient à l'appui de ce que j'ai avancé.

MM. de Boeck et Slosse citent que Liében a mis à profit la propriété que possède l'acétone de décomposer, en présence d'un alcali, le réactif iodo-ioduré et de former à ses dépens de l'acétate de potassium et de l'iодoforme qui se précipite. *Malheureusement, l'alcool donne aussi le même précipité.*

Cunning a remplacé l'iodure par la teinture d'iode,

et la soude caustique par l'ammoniaque, mais la réaction ne se présente pas toujours d'une manière bien sensible.

Legal a proposé une solution de nitro-prussiate de soude alcalinisée. On avait objecté que la créatinine donnait avec ce procédé la même réaction que l'acétone; on a constaté depuis que l'addition d'acide acétique trançait la difficulté, mais on a également constaté que certains corps du groupe des phénols donnaient avec le nitro-prussiate une réaction analogue à celle de l'acétone.

Gehrhardt avait indiqué le perchlorure de fer; on a dû l'abandonner parce que la coloration qu'il produit peut être tout aussi bien due à de l'acide diacétique, à de l'éther éthyldiacétique, à des sulfocyanures qu'à de l'acétone. Reynolds, ayant observé que l'acétone est un bon dissolvant de l'oxyde de mercure fraîchement précipité, a invoqué cette propriété pour déceler la présence de ce corps.

J'abrège et je signale, comme étant le réactif le plus apprécié, celui de Chautard : solution de fuchsine décolorée par l'acide sulfureux.

MM. de Boeck et Slosse, voulant être complètement édifiés sur la sensibilité des réactifs, ont traité des solutions d'acétone, à différents titres, par les procédés de Liében, de Cunning, de Reynolds et de Chautard, ils ont présenté dans un tableau très explicite les résultats qu'ils ont obtenus. Il en résulte que, pour ces expérimentateurs, les réactifs de Liében et de Cunning sont ceux dont l'action est la plus sensible.

Ils reconnaissent bien que l'on a reproché au réactif de Liében de fournir en présence de l'alcool un précipité d'iodoforme; mais ils justifient le choix qu'ils ont fait de ce réactif pour leurs expériences, sur ce fait que le précipité fourni par l'acétone a lieu dans un temps

relativement court, tandis que celui qui se forme dans un liquide contenant de l'alcool se produit dans un temps beaucoup plus long.

Enfin, alors que la réaction n'a pas lieu dans un liquide contenant des traces d'alcool, elle se manifeste encore dans une solution d'acétone à un dixième de milligramme.

Les personnes qui manient pendant longtemps le même réactif, qui l'observent dans ses manifestations les plus délicates, peuvent arriver à saisir des différences comme celles qui précédent. C'est indéniable; mais il me semble difficile d'accorder à ces différences qui, parfois, sont légères, une signification indubitable pour tous.

Pour étudier la question sous toutes ses faces, MM. de Boeck et Slosse ont examiné, au point de vue de la recherche de l'acétone, les urines de quinze individus normaux, appartenant au personnel de l'Institut Golvay; ils ont réuni dans un tableau les éléments et les résultats de leur examen. La présence de l'acétone a été constatée dans l'urine de ces quinze individus. Les urines avaient été recueillies à différentes heures du jour. Les auteurs ne peuvent y admettre l'existence de l'alcool, les sujets n'en faisant pas une consommation notable.

« Ce ne sont pas, disent-ils, les faibles quantités d'alcool contenues dans la bière ou le vin de table qui peuvent résister à la combustion normale chez l'homme. Du reste, l'abstention complète de boissons alcooliques pendant vingt-quatre heures ne diminue pas visiblement la quantité d'acétone contenue dans les urines, comme nous avons pu le constater nous-mêmes. »

Ces faits étant donnés, le plus grand intérêt dans l'espèce résidait dans les résultats fournis par l'examen de l'urine des aliénés.

« Nous avons recherché, disent les auteurs du travail, l'acétone, dans soixante-six urines différentes, appartenant à trente et un aliénés, dans les circonstances les plus diverses, qu'ils fussent en état d'agitation, de dépression ou de calme ; soit, pour plus de détails, dans :

« 3 cas de manie et d'excitation maniaque ;

« 3 cas de mélancolie dont 1 de mélancolie simple ; les 2 autres de mélancolie anxieuse ;

« 1 cas de délire hallucinatoire aigu ;

« 2 cas de délire de persécution ;

« 1 cas de monomanie ambitieuse ;

« 4 cas de paralysie générale dont 1 cas de paralysie générale de forme hypocondriaque ; 3 cas de paralysie générale de forme expansive.

« 1 cas de folie hystérique (ménopause) ;

« 1 cas de catatonie ;

« 5 cas de dégénérescence mentale dont 1 cas avec accès d'impulsions et d'agitation ; 2 cas d'insuffisance mentale proprement dite ; 2 cas d'imbécillité ;

« 5 cas de démence consécutive à une affection mentale ;

« 1 cas de syphilis cérébrale ;

« 3 cas d'affections cérébrales vasculaires ;

« 1 cas de méningo-encéphalite chronique.

« Dans toutes les urines examinées, nous avons trouvé de l'acétone en quantité variable.

« Aucune d'elles ne contenait d'albumine ni de sucre. Nous n'avons jamais obtenu ni la réaction rouge-bourgogne de l'acide diacétique, ni la réaction violacée du phénol dans l'urine ou dans son distillat. »

Ces résultats ne concordent pas avec ceux qui ont été obtenus par les praticiens qui se sont occupés de la question. MM. de Boeck et Slosse se demandent quelles sont les causes de ces divergences.

Ils citent Laehr, qui « a conclu de ses recherches

que l'acétonurie est sans rapport avec l'altération nerveuse, quelles que soient sa nature et sa gravité.

« Rivano, qui a examiné les urines de quatre-vingt-sept malades (réaction de Liében), trente-sept fois il y a trouvé de l'acétone ; cinquante fois ses recherches ont été infructueuses. Il en conclut que l'acétone n'existe pas dans les urines des aliénés d'une manière constante, du moins en quantité suffisante pour donner la réaction si sensible de Liében.

« Il se refuse à admettre l'existence d'une acétonurie physiologique.

« Il croit ce symptôme sinon constant, du moins plus fréquent dans le cours de certaines psychoses ; il se rencontre surtout dans certaines formes d'aliénation mentale :

Chez les paralytiques généraux. . . . .	9 fois sur 10
— lypémaniaques. . . . .	43 — 21
— paranoïques . . . . .	3 — 10
— épileptiques. . . . .	8 — 28
— maniaques. . . . .	3 — 12
— déments. . . . .	1 — 6

« Rivano fait remarquer que ses paralytiques généraux ne présentaient pas un degré bien prononcé d'affaiblissement de la nutrition et n'étaient pas en proie à de l'agitation ; les lypémaniaques se trouvaient dans de mauvaises conditions physiques. »

MM. de Boeck et Slosse, par leurs nombreuses expériences et par les soins minutieux qu'ils ont apportés, sont arrivés à une conviction telle, qu'ils affirment que ce n'est pas seulement dans certaines affections mentales que l'on trouve de l'acétone dans les urines, que l'existence d'acétone en quantité plus ou moins considérable dans l'urine des aliénés est un fait constant ; les résultats partiellement négatifs des

recherches de Laehr et de Rivano sont dus à un manque de précaution dans les recherches.

En rapprochant de ce fait celui qui résulte des expériences des auteurs sur les urines des individus normaux, on arrive à cette conclusion qui, d'ailleurs, a été formulée par eux, c'est « que la constatation d'une petite quantité d'acétone dans l'urine des aliénés n'a aucune signification pathologique et que la quantité d'acétone contenue dans l'urine, n'est pas en rapport avec l'état psychique du malade (dépression, agitation, peur, hallucination) ».

Comme dernière conclusion, ils signalent que : « la quantité d'acétone augmente considérablement pendant l'inanition ; qu'il est utile de commencer l'alimentation artificielle lorsque, chez l'aliéné qui refuse de manger, la quantité d'acétone urinaire augmente dans de grandes proportions. »

MM. de Boeck et Slosse ont, dans leur travail si complet, étudié la genèse de l'acétonurie. La lumière ne me paraît pas encore faite sur ce sujet.

Si, maintenant, en ce qui me concerne, je me reporte à mes recherches antérieures et à celles auxquelles je viens de me livrer, je persiste à considérer la présence de l'acétone dans l'urine des aliénés comme étant sans valeur au point de vue de la pathologie mentale.

Je suis moins affirmatif que les savants dont j'ai résumé le mémoire : je ne dis pas que j'ai trouvé de l'acétone dans toutes les urines physiologiques ; je ne dis pas que j'en ai trouvé dans toutes les urines des aliénés ; mais je dis que j'en ai trouvé à l'état de santé, comme à l'état de maladie.

Peut-être que si j'ai été moins heureux que MM. de Boeck et Slosse, cela tient à ce que je n'ai pas conduit mes recherches avec autant de soin qu'eux ; je sais, par ma propre expérience, que dans les travaux de labora-

toire, la poursuite d'une même idée révèle à l'expérimentateur des faits qui échappent à ceux qui se spécialisent moins ; malgré cela, il m'est permis de dire que, en admettant qu'il existât de l'acétone où je n'en ai pas trouvé, il n'en existait que des traces.

Du reste, dans les tableaux résumant les résultats obtenus par eux, MM. de Boeck et Slosse traduisent souvent par les mots *faible, traces*, la quantité qu'ils ont trouvée, et encore ces traces ne sont visibles qu'au microscope.

Quant à invoquer l'augmentation de la quantité d'acétone qui existe dans l'urine des aliénés qui ne se nourrissent pas, pour démontrer l'utilité de l'alimentation artificielle, les cliniciens ont à leur service bien d'autres indications.

---



---

ÉTUDE  
SUR  
LES POISONS DE L'INTELLIGENCE

**Par le Dr LEGRAIN,**  
Médecin en chef de la colonie de Vaucluse.

*Suite et fin (1)*

---

**B. Agents stupéfiants.**

*a. Stupéfiants proprement dits.*

**CHAMPIGNONS.** — Parmi les accidents que provoquent les champignons âcres et brûlants, comme les Lectaires et les Russules, on signale l'assoupissement, des crises délirantes et le coma.

**OXYDE DE CARBONE.** — Le début de l'empoisonnement par ce gaz est marqué par une véritable ivresse, avec céphalalgie, compression au niveau des tempes, vertiges, bourdonnements d'oreilles, propension au sommeil, titubation, chancellement. L'intelligence reste intacte jusque-là ; puis survient de l'anxiété, le coma et la mort. L'ivresse paraît procurer un certain plaisir ; elle s'accompagne d'une sorte d'anesthésie, d'engourdissement et d'un sentiment d'anéantissement.

L'oxyde de carbone altère très profondément la substance cérébrale. Lorsque la mort ne survient pas, la convalescence est longue ; il y a tout au moins une obnui-

---

(1) Voyez les *Annales* de juillet-août, septembre-octobre, novembre-décembre 1891, et janvier-février 1892.

bilation profonde de l'intelligence avec inaptitude à tout travail intellectuel. Souvent, la situation se complique d'accidents plus graves : amnésie rétrograde (Briand), hallucinations de la vue et de l'ouïe (Michéa), démence (Raffegeau, Bouchereau), ramollissement cérébral (Simon), neurasthénie (Charcot), troubles divers de l'intelligence (Lancereaux).

**PELETTIÉRINE.** — L'absorption de cet alcaloïde du grenadier produit un état vertigineux très accentué avec troubles de l'idéation, faiblesse des membres inférieurs, troubles de la vue qui s'affaiblit, contraction des pupilles et diplopie.

**OETHUSE ou PETITE CIGUE** (Ombellifères). — Produit de la céphalalgie, des vertiges, de l'engourdissement des membres et du délire (chaleur à la gorge, soif, vomissements, dyspnée, fréquence et petitesse du pouls).

**DIGITALE** (*Digitalis*, Scrofulariées). — L'empoisonnement par la digitale entraîne des vertiges, de l'obnubilation des facultés avec anxiété, céphalalgie violente, dyschromatopsie (Murray), refroidissement de la peau, petitesse et irrégularité du pouls, hoquet, mouvements convulsifs. « Il est bien probable, dit Fonssagrives, que l'action principale, sinon exclusive, de la digitale, s'épuise sur le système nerveux, et que les troubles accusés par les divers appareils ne sont que le résultat de l'impression primitive qu'il a reçue. »

**DUBOISIA. DUBOISINE.** — La *Duboisia Pituri* produit une narcose légère avec mydriase. A dose élevée, la narcose s'accompagne de faiblesses et de secousses convulsives.

La *Duboisia myoporoides*, plus employée, produit l'ivresse à dose modérée (vertiges, assoupissement, stupeur, étonnement, indifférence, immobilité). Le malade, étranger à tout ce qui l'entoure, n'a plus l'énergie de faire un mouvement. A dose élevée, l'ivresse est suivie

de délire avec hallucinations, de troubles de la sensibilité et de la motilité (impotence musculaire et incertitude de la marche). La Duboisine est surtout employée comme mydriatique.

**DYNAMITE OU TRINITRINE.** — Elle produit une sensation de plénitude encéphalique, de congestion, des bourdonnements et des bruissements d'oreilles, de la céphalée, de l'abattement, engourdissement physique et torpeur intellectuelle, petitesse du pouls et syncope.

*b. Stupéfiants généraux, à retentissement souvent médullaire, avec phénomènes d'ordre convulsif.*

**AMANDIER.** — L'empoisonnement par les amandes amères est très fréquent chez les enfants. L'essence d'amandes amères, vendue sous le nom d'huile de noyaux de pêche, est très vénéneuse ; elle détermine des convulsions tétaniformes s'accompagnant de cris et d'autres signes de douleur, de prostration. Une dose considérable provoque des secousses violentes, suivies de résolution musculaire et de mort. Cet empoisonnement se complique presque toujours de l'empoisonnement par l'acide cyanhydrique.

**EUPHORBE.** — La manipulation de la résine d'euphorbe produit des poussières qui engendrent des phénomènes inflammatoires du côté des paupières et des bronches. Concurremment, on a observé chez les ouvriers qui la récoltent, des vertiges, du délire, de l'insensibilité et des convulsions.

**Noix vomique (*Strychnos nux vomica*, Logoniacées).** — A dose forte, continuée, on observe chez les malades une plus grande excitabilité et une impressionnabilité plus vive avec diminution de l'acuité intellectuelle et anxiété, sorte d'ivresse pendant laquelle les malades se plaignent d'éblouissements, de tintouins, de vertiges. Certains ont des érections et de l'excitation génésique.

FÈVE DE SAINT-IGNACE (*Strychnos Ignatii*, Logoniacées).—Produit des désordres analogues à ceux de la noix vomique.

ŒNANTHE (Ombellifères). — Poison stupéfiant et tétanique. Ses effets s'accompagnent de perte de connaissance, de secousses brusques, intermittentes, de cris aigus, de délire plus ou moins prolongé, quelquefois avec hallucinations, de stupeur, de vertiges, de mouvements convulsifs (face, mâchoire, membres), *opisthotonus*, *trismus* intense, défaillance, insensibilité générale et mort.

LAURIER-CERISE (*Prunus lauro-cerasus*, Rosacées). Extrêmement toxique, au même titre que l'acide cyanhydrique et que l'essence d'amandes amères. Entre autres symptômes, il produit, à dose lente et médicamenteuse, de la pesanteur de tête, des vertiges, de la torpeur des facultés, de la somnolence et de la faiblesse musculaire. A dose plus élevée, quand l'empoisonnement n'affecte pas une forme foudroyante, il y a des vertiges, avec titubation, hyperesthésie générale, accès convulsifs. Les expériences de Bourru et Burot sur l'action des médicaments à distance chez les sujets hypnotisés, nous montrent le laurier-cerise provoquant une sorte d'extase religieuse avec hallucinations. Il n'est pas encore démontré qu'il y ait là une action spécifique du poison.

CYTISE (*Cytisus Laburnum*, Légumineuses).—Arbuste très toxique. A dose faible, il provoque une narcose précédée de torpeur et d'une légère excitation intellectuelle rappelant l'ivresse. On observe, en outre, des convulsions, de l'anesthésie, du refroidissement des extrémités, de la cyanose.

ARNICA (*Arnica montana*, Composées). — Son usage provoque une céphalée constrictive, un état d'ivresse légère avec vertiges, des frissons, des mouvements involontaires dans les membres, un sentiment de constriction

aux attaches du diaphragme. A dose plus élevée, les spasmes deviennent convulsions. D'après Fonssagrives, son action se rapproche de celle des strychnées.

**CIGUE** (*Cicuta*, Ombellifères). — Ce poison, plutôt médullaire que cérébral, occasionne pourtant, à dose excessive, des vertiges, de la céphalalgie, de l'obnubilation de l'intelligence, de l'ivresse avec titubation. Conurremment, on observe des mouvements spastiques, des contractions tétaniques alternant avec des lipothymies ; puis survient la stupeur et la mort. Dans quelques cas, on a noté l'explosion d'un délire furieux avec convulsions épileptiformes.

**COPAHU.** — Toxique à hautes doses, il détermine dans ce cas des accidents apoplectiformes et tétanoïdes auxquels se joint de l'excitation cérébrale marquée par de la céphalalgie, de l'insomnie, des vertiges, de la titubation (ivresse), de la constriction du pharynx, rigidité douloureuse du cou, de l'abdomen, de la mâchoire, du thorax, inertie musculaire.

**CRÉOSOTE.** — Poison neuro-musculaire à haute dose ; il produit de l'affaiblissement musculaire, des troubles sensoriels, des troubles de l'intelligence, des tremblements généralisés, des contractures, des convulsions, du coma. « Nous sommes forcément amené, dit E. Labbée, à conclure que la créosote atteint surtout le système nerveux cérébro-spinal. Chez les animaux intoxiqués, la connaissance disparaît, les sens cessent de fonctionner, la résolution musculaire, la paralysie, les convulsions, etc., se produisent. »

**SANTONINE.** — Les phénomènes nerveux du santonisme, parfois assez marqués, sont constitués par des troubles dépressifs, du malaise, de l'insomnie, de la céphalalgie frontale, de l'inaptitude au travail, de la stupeur, puis par un état de narcose assez profond. A dose élevée, la santonine engendre du tremblement, des

accidents épileptiformes, de l'opisthotonos, quelquefois du coma avec résolution musculaire.

Notons encore des troubles sensoriels ; les objets sont vus colorés en jaune. On a cité des exemples d'aphasie.

c. Poisons humains.

**TROUBLES INTELLECTUELS DANS LES AUTO-INTOXICATIONS.** — Nous les avons énumérés en grande partie plus haut (voir *Généralités*). Ils sont engendrés, soit par réorption intestinale des produits toxiques dus aux multiples transformations des aliments (constipés, dilatés, obstrués par hernie étranglée, invagination intestinale, etc.) soit par rétention dans l'organisme des matières excrémentielles ou des sécrétions éliminées à l'état normal. (Insuffisance ou annihilation des émonctoires : affections hépatiques, cardiaques, rénales, urémie). L'urémie est le type de ces intoxications chroniques.

Quand les troubles sont peu intenses, il consistent en modification du caractère et de l'humeur ; il y a des troubles vagues de l'idéation, de l'insomnie, des rêveries, des cauchemars, de l'obnubilation de l'intelligence, des alternatives d'excitation et de dépression. Ils sont résumés dans la description que donne Bonchard de l'état mental des dilatés, « accablement au réveil, céphalée, tristesse, caractère plus difficile, insomnie, vertiges, troubles de la sensibilité, obscurcissement de la vue, hémiopicie, diplopie, faiblesse du droit interne de l'œil, hallucinations de la vue, silencieuses et solennelles, contractures dans les extrémités des mains, aphasic transitoire, syncope, sensation de doigt mort, fausse angine de poitrine ».

Dans les cas plus graves (intoxications prolongées, suppression définitive d'un émonctoire) on peut voir survenir du délire (période finale des cirrhoses, des maladies du cœur). Ce sont encore des délires diffus in-

cohérents, sans systématisation, état submaniaque qui se prolonge jusqu'à la mort et qui s'accompagne souvent de phénomènes convulsifs, de coma, de collapsus. Dans d'autres circonstances, le délire est plus bruyant, loquace, les réactions sont violentes, les hallucinations sont pénibles. La situation peut se compliquer encore comme dans l'*urémie*.

**URÉMIE.** — Parmi les symptômes si complexes qu'on a rangés sous l'étiquette d'*urémie*, les troubles cérébraux et médullaires occupent une large place. Trois des formes de cette maladie ont reçu les noms de formes *convulsive*, *comateuse*, *délirante*.

Les accidents d'*urémie* aiguë débutent, en général, soudainement après des prodromes marqués par de la céphalalgie, de la somnolence, des troubles de la vue, puis brusquement, surviennent tantôt des convulsions, tantôt le coma.

La céphalalgie est habituellement frontale et occipitale ; c'est une sensation de lourdeur gravative. Les troubles de la vue consistent surtout dans une amblyopie qui peut aller jusqu'à la cécité complète. Parmi les autres troubles prodromiques, on peut observer des troubles vagues de l'audition, un peu d'excitation délirante, des troubles de la parole, des secousses convulsives dans les membres. Chez la femme, les prodromes rappellent quelquefois les bizarries mentales de l'hystérie : changement de caractère avec palpitations, tremblement. A la période d'état, la forme convulsive est la plus fréquente (trois types : éclamptique, convulsif, tétanique.)

La forme délirante ne saurait comporter une description d'ensemble : tout peut être et a été observé. Tantôt c'est un délire ou mieux un subdélire tranquille et doux, avec marmottements, confusion dans les idées ; mais parfois c'est un véritable accès de manie aiguë (La-

sègue). D'autres fois, c'est une gaieté exubérante, avec des propos incohérents ou des hallucinations rappelant celles du délire alcoolique ; enfin, on peut observer des idées mélancoliques, des idées de suicide ; on a même décrit une forme érotique et religieuse. En réalité, il existe un véritable désarroi de la pensée ; les manifestations délirantes, absolument protéiformes, appartiennent toutes au type maniaque et reflètent les habitudes, les passions, les occupations professionnelles des individus.

Dans la forme lente, insidieuse de l'urémie, on observe encore des troubles de l'intelligence qui consistent surtout dans une sorte d'hébétude avec diminution de l'acuité intellectuelle, somnolence, vertiges, céphalée, prurit, hyperesthésie de la peau, parfois anesthésie, bourdonnements d'oreilles, surdité, amaurose. Les malades sont parfois dans une stupeur demi-somnolente, comme extatique ; ils restent parfois plongés dans un état de subdélire avec propos incohérents, diffus, incompréhensibles, jusqu'au coma final.

C'est dans la forme chronique que l'intelligence, profondément troublée, permet chez les sujets prédisposés, l'éclosion de troubles vésaniques que l'on a décorés du nom de *folie brightique*. Cette folie n'a de brightique que le nom ; elle peut d'ailleurs affecter un nombre considérable de formes ; cette multiplicité suffit pour détruire dans l'esprit l'idée d'une entité morbide.

#### C. — Poisons recherchés à titre de passion.

BANG. — Plante indienne, enivrante, avec laquelle se fabrique le Benghir, liqueur qui produit des effets analogues à ceux du chanvre. Le bang est une espèce de chanvre.

KAWA. — La racine du *piper methysticum* mâchée

longtemps et déposée dans un vase où elle nage dans la salive, donne une sorte d'extrait qui, mêlé à l'eau ou au lait de coco, fournit une boisson enivrante, très en usage et très recherchée chez les Tahitiens, et qui tend d'ailleurs aujourd'hui à être remplacée par l'alcool. Elle provoque un état d'ivresse avec abrutissement, hébétude, rêvasseries, extase et jouissance. Le cerveau est comme figé ; le sujet, absorbé par une série d'idées qu'il rumine et retourne en tous sens, tombe dans un état de torpeur dont on ne saurait l'arracher sans l'entraîner à des réactions violentes. Il se complaît dans cette torpeur, qui rappelle, suivant Bourru, l'extase de la sieste prolongée dans les pays chauds, bien que les conceptions soient plutôt de nature mélancolique et pénible.

**HASCHICH.** — Poison très recherché et consommé sur une grande échelle aux Indes, en Égypte et dans les pays musulmans, à l'égal de l'opium, du kawa et de l'alcool dans d'autres pays. Ses effets cérébraux sont très connus maintenant (Richet, Moreau de Tours, Eloy, etc.) et vulgarisés grâce à des peintures littéraires un peu fantaisistes ; s'ils sont quasi-anodins et l'objet d'une simple curiosité chez nous, ils sont désastreux ailleurs. Le haschich est généralement fumé ; il existe des fumeurs de haschich comme il existe des fumeurs d'opium. Ce poison devient l'objet d'une passion irrésistible qui enchaîne la volonté, entraîne, à la longue, un état d'abrutissement qui annihile la personnalité. Dès les premiers moments qui suivent l'absorption, le sujet éprouve de la tendance à se déplacer et une sensation de chaleur ; puis il s'alourdit, s'affaisse, il éprouve des fourmillements, des picotements.

A dose modérée, on observe d'abord de l'oppression, du malaise, puis un état d'ivresse avec excitation céré-

brale portant sur les facultés intellectuelles et les centres sensoriels : vertiges, illusions, incohérence dans les idées, qui se succèdent et se pressent avec rapidité. La mémoire surexcitée évoque les souvenirs les plus anciens ; l'esprit transforme et matérialise toutes les sensations. Tantôt les malades sont gais, bruyants, loquaces ; ils gesticulent, rient aux éclats, commettent toutes sortes d'excentricités, paraissent éprouver une volupté profonde. D'autres fois, ils ont l'ivresse sentimentale : exubérants, ils se confient au premier venu, voient tout en rose ; ils sont heureux, font mille projets plus ou moins ambitieux ; ils se voient sultans, prophètes, etc. D'autres fois encore, ils sont immobiles, muets, dans l'extase, sous le charme des créations fantastiques de leur imagination. D'autres sont tristes, apathiques, hébétés, anéantis, ne songeant à rien ; constamment sous l'empire du poison, ils vivent comme des automates, et perdent toute aptitude manuelle ou professionnelle.

Les symptômes varient à l'infini, suivant les sujets, suivant leurs habitudes, leur culture intellectuelle, leur profession, etc. On ne saurait décrire un type unique de l'empoisonnement. Toutefois, un trouble singulier paraît exclusivement engendré par le haschich ; il est du moins d'observation courante chez les sujets intelligents capables d'analyser leurs sensations : il consiste dans une perversion des notions de temps et d'espace ; le temps n'est plus apprécié à sa juste valeur ; les minutes paraissent des siècles ; de même les objets semblent démesurément éloignés.

A dose élevée, survient un délire, quelquefois gai, mais ordinairement maniaque, incohérent, furieux avec hallucinations pénibles et fantastiques.

A la phase d'excitation succède une phase de sommeil avec rêves et cauchemars.

Après un abus prolongé du haschich, le malade s'af-

faiblit au physique et au moral. Son cerveau, complètement torpide et atone, ne fait plus les frais de conceptions délirantes. Le malade n'existe plus au point de vue intellectuel ; accroupi, anéanti, stupide, il est inerte et végète jusqu'à la mort. (V. Éloy, in *Dict. encyclop.*)

**OPIUM.** — Nous n'en dirons que quelques mots pour rappeler l'analogie frappante qui existe entre les accidents dus à l'opium et ceux de l'alcoolisme : exaltation cérébrale avec hallucinations et ivresse réelle ; inconscience des lieux et des temps, vivacité délirante de l'imagination, état d'exhilaration et de bien-être. Ivresse semi-comateuse. Dans l'intoxication chronique, la déchéance organo-psychique est la même : hébétude, abrutissement, stérilité, démence.

**ETHER ; ÉTHÉROMANIE.** — L'éther est un poison qui doit être rapproché de l'alcool au point de vue des symptômes de l'ivresse et du délire, et de la morphine au point de vue de la passion irrésistible qu'il engendre. Il fait des ravages énormes aujourd'hui, surtout en Irlande, où il tend à remplacer l'usage de l'alcool. Très répandu dans toutes les classes de la société, poison aimé surtout des névropathes, des dégénérés et des femmes, il est recherché surtout à cause de l'ivresse agréable et pleine de jouissance qu'il procure. Avec Beluze et Grasset nous rappellerons que l'éthéromanie présente deux formes : une aiguë, une chronique.

La forme aiguë est comparable à l'ivresse alcoolique avec ses trois périodes, mais elle est accompagnée et suivie d'un état de délire qui laisse un souvenir agréable au malade, bien que son aspect soit souvent pénible. Résumons-en les caractères : surexcitation de la mémoire, exhumation des souvenirs perdus, analgesie cutanée ; agitation, délire, hallucinations visuelles, objets mobiles, puis surexcitation intellectuelle extrêmement bruyante. Rêves professionnels, idées délirantes.

rantes gaies, érotiques. « Chacun, dit Beluze, rêve d'un paradis qui répond à ses désirs personnels. »

Dans l'intoxication chronique qui succède à une série longtemps et volontairement prolongée d'accidents aigus, on observe la même déchéance progressive de l'intelligence que dans les autres intoxications.

Il s'y joint du tremblement et de la faiblesse musculaires, comme dans l'alcoolisme chronique.

**IV<sup>e</sup> groupe. — Poisons stimulants ou déprimants groupés ensemble en raison d'une très grande ressemblance des délires qu'il provoquent avec ceux engendrés par l'alcool. Poisons du type alcoolique.**

#### A. — Agents stimulants.

**GLYCÉRINE.** — [Dujardin-Beaumetz et Audigé, comparant l'action de la glycérine et celle de l'alcool, rapprochent absolument ces deux corps : le glycérisme aigu s'accompagne des mêmes phénomènes que l'intoxication alcoolique violente.

**ABSINTHE.** — Plante dont l'essence entre dans la composition de la liqueur d'absinthe et d'autres liqueurs de la même espèce. Les effets de la liqueur d'absinthe sont bien connus depuis les travaux de Magnan, Laborde, Motet. Mélangée à l'alcool des boissons, elle joint ses effets spéciaux à ceux de l'alcool et donne une physionomie caractéristique à l'alcoolisme. Son action, contrôlée par l'expérimentation physiologique et par la clinique, se résume en deux mots : elle provoque l'épilepsie avec vertiges et attaques, épilepsie identique à l'épilepsie essentielle; elle entraîne avec la plus grande rapidité, souvent même d'emblée, la production de phénomènes délirants suraigus avec hallucinations

extrêmement intenses, mobiles et terrifiantes, surtout de la vue, bien avant que l'alcool n'ait eu le temps de produire ses propres effets. L'ivresse de l'absinthique est, en outre, d'une violence excessive, et présente les plus grands dangers.

**IODOFORME.** — A dose moyenne, ce corps produit une ivresse dite iodoformique. A dose élevée, à l'ivresse succède une période d'excitation avec contractures et convulsions, anesthésie générale et complète. A dose toxique, état maniaque avec insomnie, agitation, délire loquace, nocturne. Dans le jour, la lucidité est complète ou remplacée par un état de mélancolie avec crise de larmes, émotivité pour les causes les plus fuitiles. König a observé des cas de manie avec hallucinations. Dans la forme grave, l'état maniaque est suraigu, toujours plus intense pendant la nuit : violences en actes et en paroles, idées de persécution, tentative de suicide. A cette excitation succède une phase de dépression et d'abattement.

**LECHEGUANA.** — Espèce de guêpe du Brésil, dont le miel est connu pour produire une sorte d'ivresse ou de délire, pouvant même donner la mort. A. de Saint-Hilaire a raconté un cas très intéressant qui lui fut personnel, et qui est rapporté par Laboulbène. Les symptômes observés après l'ingestion du miel furent d'abord un état de malaise suivi d'un sommeil entrecoupé de rêvasseries mélancoliques, pendant lesquelles les objets les plus chers défilaient devant les yeux. Au réveil, attendrissement exagéré, explosion irrésistible de larmes, rire nerveux et incoercible, faiblesse musculaire, impossibilité de marcher, obscurcissement de la vue, sensation d'anéantissement complet, angoisse terrible, conceptions extrêmement pénibles ; idée que l'on assiste à son agonie. La conscience resta intacte. Le malade éprouva une amnésie singulière relative à la totalité de la langue française : il ne trouvait plus que

des mots portugais. Dans un autre cas, A. de Saint-Hilaire observa une véritable ivresse. Le malade avait l'air égaré, riait sans motifs, se mouvait en tous sens d'une façon irrésistible, sans savoir où il allait. Tout à coup, cette ivresse fit place à un délire qu'on pouvait prendre pour un délire alcoolique très intense : cris, hurlements, fureur ; le malade déchirait ses vêtements, faisait maintes extravagances ; visions terrifiantes : il voyait tout en feu, appelait au secours ; il était terrorisé.

**QUININE.** — Absorbée à une assez forte dose ou pendant un certain temps, la quinine provoque successivement : paracousie, tintements d'oreilles, bourdonnements variés, plus souvent à timbre sibilant, obscurcissement, affaiblissement de l'ouïe, pouvant aller jusqu'à la surdité ; puis, vertiges, siffllements d'oreilles, éblouissements, illusions de la vue, bluettes, étincelles, titubation, sensation de congestion céphalique. A dose plus élevée, le nerf optique jouit d'une hyperesthésie très vive, la vision se trouble, s'affaiblit, on peut observer l'amaurose. Tous ces symptômes réunis, auxquels on peut joindre des vertiges, des hallucinations visuelles et auditives, de la diplopie, de l'hébétude et de l'obnubilation constituent l'ivresse quinique, très analogue à l'ivresse alcoolique.

A un degré plus accentué, survient un délire loquace, bruyant, avec une grande agitation, quelquefois des propos gais comme dans le délire atropique. Ce délire est suivi d'un état subdélirant sans agitation.

**SULFURE DE CARBONE.** — D'après Dechambre, les individus habituellement exposés à l'inhalation des vapeurs de sulfure de carbone (fabricants de caoutchouc) éprouvent de la céphalalgie, des vertiges, une fatigue et un endolorissement général, des crampes, des fourmillements dans les membres, plus rarement un certain degré d'analgésie et d'anesthésie. Le caractère

change; les malades passent de la torpeur et de la somnolence à l'agitation, à la violence, véritable excitation maniaque. Gais ou tristes à l'excès, ils manquent de mémoire; mobiles et incertains dans leurs idées, ils deviennent incapables de se livrer d'une manière suivie à leur travail. Le sommeil est agité et entrecoupé de rêves pénibles. Peu à peu, la contractilité musculaire s'altère (mouvements involontaires, tressaillements fibrillaires, tremblements; puis, véritable paralysie, surtout des membres inférieurs, avec atrophie musculaire); anesthésie. L'intelligence et le moral s'affaissent, la vue s'affaiblit, l'ouïe s'émosse; la démence peut s'installer définitivement.

Ne croirait-on pas lire la description de l'alcoolisme chronique?

#### B. — Agents déprimants.

BELLADONE, ATROPINE (*Atropa belladonna*, Solanées). — Les accidents toxiques engendrés par la belladone sont imputables à son alcaloïde, l'*atropine*. L'ensemble des phénomènes observés a reçu le nom d'*atropisme*. Les symptômes sont assez variables, suivant les sujets, mais les troubles intellectuels sont constants; la belladone est bien certainement un véritable poison psychique. « Les adultes, dit Tardieu, sont pris sous son influence d'un délire spécial, gai, turbulent, érotique, traversé par des hallucinations et auquel succèdent le coma et les convulsions. » Christian a vu un malade qui, sous l'influence de l'*atropine*, faisait des gesticulations bizarres, riait aux éclats, tenait des propos incohérents, voulait grimper à une treille pour attraper des papillons et des insectes brillants qu'il voyait voltiger. Des soldats ayant mangé des baies de belladone, éprouvèrent des hallucinations nombreuses (Christian). Un malade observé par Baillarger se voyait entouré de petits animaux, de

diverses couleurs et de diverses grosseurs, qui rampaient à terre.

En résumé, d'après Gubler, les symptômes de l'atropisme sont les suivants : Après l'ivresse du début, on voit survenir de la difficulté de parler et d'avaler, la perte du sens du goût, l'engourdissement de la face, la céphalalgie, le vertige, la *photopsie* caractéristique, les éblouissements et enfin le délire. Ce délire est absolument incohérent ; quelquefois gai, il est beaucoup plus souvent triste, caractérisé par une incontinence de gestes, de paroles, de rires, et par des hallucinations pénibles de la vue et de l'ouïe, des idées sombres, des passions dépressives ou mauvaises, du priapisme et de l'insomnie (Trousseau et Pidoux). Murray et Sarlandière ont vu quelquefois des convulsions ; Sarlandière a observé le somnambulisme. Gubler a observé la paralysie du sentiment et du mouvement avec perte du tact au niveau des mains.

Dans les cas graves, les yeux proéminents, le délire reste folâtre ou devient furieux ; la paralysie, le tremblement, la stupeur, le coma précèdent la mort.

Au bout de très peu d'heures, un calme complet succède au plus violent désordre. (V. Gubler, *in Dict. encyclop.*)

**DATURA STRAMONIUM** (*Stramoine, Solanées*). — L'empoisonnement causé par le datura est connu sous le nom de *daturisme* (V. art. *Datura*, *in Dict. encyclop.* — Labbée). Le datura est un narcotique qui enivre, anéantit les forces, trouble la raison et possède des vertus aphrodisiaques. Au XVIII<sup>e</sup> siècle, on l'appelait *endormie*, herbe aux sorciers, en raison de l'usage qu'en faisaient ceux-ci pour provoquer d'étranges hallucinations chez leurs victimes. Des malfaiteurs l'employaient pour ôter l'usage des sens (Procès fameux contre une société d'endormeurs). D'après Christophe Acosta (traduction de 1602),

« l'homme qui a avalé la semence de datura mise en poudre, demeure longtemps comme un forcené, riant, pleurant ou dormant et parfois devisant avec un autre et lui faisant réponse, de sorte qu'il semble admis qu'il soit parfois dans son bon sens, bien qu'il n'en soit pas ainsi, qu'il ne reconnaisse pas ses interlocuteurs et qu'il ne se souvienne pas de ses propos quand il a recouvré la raison ». Ce phénomène d'amnésie rétrograde est, en effet, très fréquent dans le daturisme.

Nous emprunterons à E. Labbée deux faits de daturisme : Le premier est une auto-observation de E. Lan-tier. Une demi-heure après l'absorption du poison, ivresse avec bien-être, excitation, besoin de mouvements, troubles de la vue (dilatation pupillaire). Trois heures après, hallucinations de la vue ; le malade aperçoit des toiles d'araignée sur le pain ; le vin qu'on lui verse se répand à flots sur la table. Affaiblissement de l'intelligence ; tourbillons de flammes, hommes sinistres et agressifs. Frayeurs ; le malade s'enfuit et se cache. Mêmes visions terrifiantes, voix menaçantes. Même état pendant douze heures. Guérison, souvenir intact. — Deuxième fait relatif à un enfant de deux ans et demi : Irritabilité, démangeaisons, ivresse ; puis, incoordination motrice, expression maniaque, propos incohérents, rapides, inintelligibles, cris, efforts pour atteindre des objets imaginaires et les frapper (visions terrifiantes), fuite. Puis, délire furieux, l'enfant pince, mord. Dilatation maximum de la pupille. Au bout de deux heures, aphonie, spasme laryngé, insensibilité, immobilité absolue, convulsions cloniques et toniques, coma. Aux mains et aux avant-bras, mouvements spasmodiques rapides et vibrations tout à fait caractéristiques de cet empoisonnement.

A dose modérée, suivant Trousseau, le datura produit une légère propension au sommeil. A dose plus élevée, il y a des vertiges, de la faiblesse générale, une légère

stupeur, bientôt suivie d'agitation, de délire furieux et d'une insomnie opiniâtre.

Les accidents surviennent très vite, parfois en moins d'un quart d'heure.

Les symptômes varient beaucoup suivant les sujets, leur profession, leur caractère, leurs habitudes, leur milieu social, les circonstances qui ont précédé l'empoisonnement. Cependant, à peu près tous ont des hallucinations terrifiantes.

Le premier syndrome qui apparaît est l'ivresse s'accompagnant parfois d'anéantissement, de faiblesse musculaire; parfois d'excitation avec besoin de courir, de se déplacer; certains gesticulent et dansent. Puis le délire fait son apparition avec ses hallucinations et son état maniaque.

Les hallucinations sont constantes : elles sont pénibles, terrifiantes, extrêmement mobiles ; elles affectent particulièrement la vue (flammes rouges, incendies, êtres fantastiques, sujets effrayants qui se meuvent, injurient, attaquent). Frayeur, terreur panophobique, réactions habituelles aux délires terrifiants. L'état maniaque s'accentue parfois : le délire est furieux, incohérent ; les malades luttent, vocifèrent, mordent, arrachent et déchirent leurs vêtements. Rarement le délire est gai : rêves, gaieté folle, loquacité, extravagances, chants, danses, visions agréables. Il s'agit ici plutôt d'une ivresse comparable à celle des fumeurs d'opium.

En outre des phénomènes intellectuels, on observe des convulsions (toniques et cloniques), des paralysies partielles, unilatérales, généralisées, du coma, des anesthésies, des troubles sensoriels (dilatation pupillaire, saillie des globes.)

**JUSQUIAME. HYOSCYAMINE** (*Hyoscyamus niger*, Solanées). — Elle produit des effets en tout comparables à ceux du datura, peut-être moins accentués : ivresse

avec céphalalgie, titubation, excitation cérébrale, tendance au sommeil, mydriase. À dose moyenne, ébriété, délire violent, maniaque, hallucinations pénibles de la vue, dysphasie, aphonie, affaiblissement de la vision et de l'olfaction. À dose toxique, perturbations circulatoires, convulsions, paralysies, syncope terminale.

MANDRAGORE (*Mandragora*, Solanées). — Action analogue à celle de la jusquiaime, du datura et de la belladone. Elle reproduit le délire atropique avec ses rêves fantastiques, ses hallucinations visuelles ; elle est également narcotique, joint de propriétés anesthésiques que la médecine grecque et romaine ont utilisées dans les opérations chirurgicales. (Delioux de Savignac.)

## CONCLUSION

Les recherches assez nombreuses qu'ont nécessité le présent travail, nous ont montré deux choses : la première, c'est que nos connaissances sur les poisons psychiques sont très bornées, malgré les multiples travaux qui ont paru sur la matière ; la seconde, c'est qu'il y aurait un intérêt immense pour les progrès de la physiologie cérébrale à pousser à fond l'étude de ces poisons. Si beaucoup de poisons à retentissement cérébral sont étudiés aujourd'hui complètement, il y en a une infinité d'autres dont l'histoire est à peine ébauchée. Cette lacune tient en grande partie à ce qu'elle n'a pas été écrite par des médecins doublés de psychiatres. Beaucoup de médecins, d'ailleurs observateurs de grand mérite, se contentent de noter au passage les phénomènes cérébraux observés sous l'étiquette : délire, ivresse, ou troubles intellectuels ; mais bien peu analysent ces troubles et nous font connaître le contenu des idées délirantes, ainsi que les modifications intenses qui surviennent dans les divers départements de l'intel-

ligence. Combien serait intéressante, par exemple (car elle réaliseraît une véritable dissection des multiples facultés de l'esprit), l'analyse minutieuse des délires dans les pyrexies, que nous ne pouvons guère observer dans nos asiles. Le cerveau, surpris dans toute sa vigueur, vierge de toute tare susceptible de dénaturer dans leur essence les processus cérébraux, nous ferait bien souvent toucher du doigt les rouages les plus rudimentaires de son délicat fonctionnement. Nous pensons fermement que l'étude approfondie des poisons de l'esprit, ouvrirait une voie féconde à la physiologie cérébrale, comme celle des poisons médullaires a fait faire un pas énorme à la physiologie de la moelle.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DE  
**L'ÉPILEPSIE SYMPTOMATIQUE**

**Par le Dr BELLAT**

Médecin adjoint de l'asile de Dijon.

**SOMMAIRE.** — Homme. — Pas de tare héréditaire. — Épilepsie. Modifications successives des phénomènes convulsifs. — Céphalalgie. — Affaiblissement intellectuel sans délire. — Troubles de la motilité. — Mort. — Autopsie. — Sarcome de la dure-mère.

To... François, tisseur, âgé de trente-quatre ans, entré à l'asile de Prémontré, le 1<sup>er</sup> juillet 1885.

Certificat de vingt-quatre heures. Atteint d'affaiblissement mental consécutif à des crises d'épilepsie. Signé : Viret.

Les renseignements sur les antécédents héréditaires de T... sont incomplets, ils ne portent que sur le père et la mère qui n'ont jamais présenté rien d'anormal. Le malade n'a jamais eu de convulsions dans son enfance, ni de maladie infectieuse.

Jusqu'en 1883, To... jouissait d'une bonne santé, il était très sobre et très bon ouvrier. À cette époque, en sortant de son atelier, un chien se jeta sur lui sans cependant lui faire aucun mal ; il fut très fâcheusement impressionné et fut pris quelques jours après cette frayeur d'attaques convulsives qui se renouvelèrent assez régulièrement tous les quinze jours et qui furent parfois suivies de paralysie et d'aphasie. Ces deux phénomènes n'étaient que passagers. L'aura et le cri épileptique faisaient défaut, le plus souvent il n'y avait pas d'écume. Au début, les troubles convulsifs se manifestaient seulement dans le côté droit de la face et dans le bras droit; mais quelques mois après ils se généralisèrent, et l'affection se présenta sous la forme classique de l'épilepsie, jusqu'en juin 1885.

A partir de ce jour, le malade n'a plus de crises convulsives, mais il se plaint de violents maux de tête, ses facultés intellectuelles paraissent s'affaiblir, il s'arrête parfois au milieu d'une

phrase : il tombe quand il veut ramasser un objet à terre, sans toutefois perdre connaissance. Sa famille demande alors son placement à l'asile.

Au moment de son entrée, T... est très amaigri, il a un air misérable. Ses réponses sont assez correctes, mais on remarque un peu d'hésitation dans la parole et de la lenteur dans la conception ; la faiblesse musculaire est manifeste, la démarche mal assurée ; il tousse un peu et l'auscultation nous révèle quelques signes de tuberculisation pulmonaire.

*5 juillet.* — T... va et vient sans savoir ce qu'il fait, il est absolument indifférent à tout ce qui se passe autour de lui.

*10 juillet.* — Le malade se lève et va droit devant lui en se penchant légèrement en avant, puis perd l'équilibre et tombe lourdement sur le sol sans accident convulsif et sans perte de connaissance. Le malade nous dit ne pas pouvoir réagir contre cette force qui le pousse en avant. On remarque un léger strabisme divergent.

*15 juillet.* — T... accuse une céphalalgie intense ayant pour siège plus spécial la partie antéro-supérieure de la tête. Cette douleur est accompagnée de vertiges qui se font sentir à tout instant.

A ces phénomènes s'ajoutent des désordres intellectuels avec affaiblissement de la mémoire. Nous sommes en présence d'une situation psychique qui, si elle n'est pas encore la démence, en présente néanmoins les principaux symptômes ; le malade se lève la nuit sans motif et agit sans la moindre conscience. Il présente souvent cet état vertigineux, dont j'ai parlé plus haut, pendant lequel il va à droite, à gauche, comme un homme ivre, pour reprendre quelques secondes après sa marche en avant. Ce phénomène a été bien constaté à plusieurs reprises.

*10 août.* — T... est très faible, peut à peine se tenir debout, incoordination des mouvements dans les membres inférieurs ; est obligé de s'aliter ; paralysie incomplète du voile du palais ; peut à peine parler et avaler des aliments liquides.

*25 août.* — La parole est devenue tout à fait inintelligible ; la phthisie fait de rapides progrès.

*22 septembre.* — La dyspnée est très intense ; l'état du malade s'aggrave de plus en plus ; il succombe le 27 septembre 1885.

*Autopsie trente-six heures après la mort.* — La calotte crânienne étant enlevée, on ne constate aucune anomalie ; ce n'est qu'en incisant la dure-mère qu'on trouve à cheval sur la scissure interhémisphérique, au point de jonction de la première

circonvolution frontale et de la circonvolution frontale ascendante, un peu en avant du sillon de Rolando, portant un peu plus sur le côté gauche que sur le droit, une tumeur partant de la face interne de la dure-mère, de consistance charnue et présentant les mêmes caractères que le tissu conjonctif. Cette tumeur, que nous croyons pouvoir désigner sous le nom de sarcome de la dure-mère, est adhérente à la faux du cerveau, dans laquelle elle s'est développée, et à la substance cérébrale, sans aucune altération (appréciable tout au moins) de cette dernière. Elle est large de 5 à 6 centimètres, n'a guère que 4 à 5 centimètres d'avant en arrière, et de 2 à 3 centimètres de haut en bas. La partie de la dure-mère correspondant à la tumeur n'est pas adhérente au crâne ; pas d'épaississement des méninges, pas d'adhérence avec la substance grise.

Le poumon droit est sain. Des granulations tuberculeuses se sont formées à la surface du poumon gauche et des fausses membranes unissent les deux feuillets de la plèvre par des adhérences très solides. C'est surtout au sommet que l'on trouve en grand nombre des tubercules ramollis ou en voie de ramollissement.

Le cœur est normal.

Rien de particulier dans la cavité abdominale.

**RÉFLEXIONS.** — Cette observation nous paraît intéressante à plusieurs points de vue : elle démontre d'abord que pour apporter la preuve de localisations fonctionnelles, outre les lésions destructives, ramollissements, inflammations locales ou diffuses, on doit aussi tenir compte des cas d'excitation et de compression par les tumeurs.

Tout en reconnaissant qu'il est souvent difficile de faire la part de l'irritation, de la compression et de la destruction, nous pensons que, dans l'espèce, les divers troubles localisés dont nous avons parlé ont été déterminés par la seule attrition exercée par la tumeur, sans lésion de la substance cérébrale.

Puis, l'ensemble des données nécroscopiques nous permet de reconstituer l'histoire pathologique de notre malade, de suivre pour ainsi dire pas à pas le dévelop-

pement de cette tumeur, et tous les phénomènes correspondant aux diverses phases de son évolution.

Cette tumeur, de consistance assez ferme, agissant comme un corps étranger, s'enfonce progressivement dans la substance cérébrale et produit une altération de la nutrition des tissus nerveux. Elle détermine, surtout du côté gauche, une attrition directe du cerveau, qui a pour résultat les troubles convulsifs localisés d'abord dans le côté droit (Epilepsie Jacksonnienne), puis, la tumeur continuant à se développer, comprime aussi le côté droit ; alors le spasme se généralise et les convulsions prennent le type de l'épilepsie vraie. Insensiblement se produit une accoutumance cérébrale, l'encéphale ne réagit plus aussi vivement ; on ne constate alors que de simples vertiges précédés ordinairement de mouvements oscillatoires et de course en avant. Bien qu'il n'y ait pas chez notre malade perte complète de souvenir, puisqu'il a conscience de ce mouvement de propulsion auquel il ne peut résister, nous pensons que ce phénomène doit être rattaché à l'affection à laquelle MM. Bourneville et Bricon ont donné le nom d'épilepsie procuritive. Cet acte procuratif, dans l'observation qui précède, représente un accès incomplet ; les vertiges constituent à eux seuls le phénomène caractéristique de l'épilepsie, et peuvent être considérés comme une transformation ou plutôt une atténuation de la maladie.

Nous ne pouvons donner la genèse de ce phénomène, ainsi que de ceux de paralysie, d'aphasie, de strabisme divergent, qu'en faisant intervenir d'une part l'irritation par propagation produite par la compression de la substance corticale qui trouble la fonction des centres psycho-moteurs et qui agit aussi sur d'autres régions du système nerveux central, et en admettant d'autre part l'opinion de M. le Dr Ch. Fégré, qui dit, dans son traité d'anatomie médicale du système nerveux, qu'il

existe une certaine solidarité entre les parties constitutantes de la confédération cérébrale, dont aucune partie ne peut être lésée sans que l'ensemble en souffre.

L'incoordination des mouvements dans les membres inférieurs ne se rapporterait-elle pas à l'attrition de la circonvolution frontale ascendante, dans le tiers supérieur de laquelle, d'après les travaux les plus récents, réside une partie du centre des mouvements des membres inférieurs?

La forme de cette communication ne nous permet pas d'entrer dans la discussion de la pathogénie de l'épilepsie. — Mais ce que cette observation nous paraît devoir confirmer, c'est la théorie corticale de l'épilepsie partielle. — En effet, on peut sans aucune hésitation affirmer que tant que l'irritation est restée circonscrite dans un point donné de l'écorce cérébrale, c'est-à-dire dans la première période d'évolution de la tumeur, elle a déterminé seulement des convulsions localisées dans la face et le bras du côté droit; mais nous n'avons plus de données aussi positives, pour expliquer la transformation de l'épilepsie partielle en épilepsie classique. Est-ce sous l'influence de l'excitation plus diffuse et plus intense de l'écorce que s'est produite cette aggravation du mal, ou cette excitation périphérique a-t-elle mis en suractivité les ganglions sous-corticaux? Cette question est encore à l'étude.

---

# Thérapeutique.

---

## DU

### CHLORURE D'OR ET DE SODIUM

#### DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE PROGRESSIVE

**Par le Dr BOUBILA**

Médecin en chef de l'asile des aliénés de Marseille.

et

**HADJÈS et COSSA**

Internes du service.

*Suite et fin (1).*

---

#### PÉRIODE D'ÉTAT TENDANT AU DÉCLIN (*suite*).

OBS. IV. — R... Thérèse, entrée le 17 mai 1886, domestique, âgée de quarante-trois ans. Hérédité et étiologie inconnues; début remonte à trois ans. Poids 51 kilos au dynamomètre : M. D., 15; M. G., 19. Le 27 septembre 1888, on prescrit 5 milligrammes de chlorure d'or et de sodium jusqu'au 15 octobre. A ce jour, le poids de la malade est de 44 kilos; la dynamomètre donne : M. D. et M. G., 21. Durant cette période, l'appétit et le sommeil ont été satisfaisants; diarrhée assez fréquente; salivation et sueurs nulles. Du 18 novembre au 27, on administre 5 milligrammes de nouveau. A cette époque, le poids de la malade est de 52 kilos; au dynamomètre : M. D., 25; M. G., 28. La dose est portée à 1 centigramme jusqu'au 18 décembre inclusivement. Durant cette seconde période (du 18 novembre au 18 décembre), aucun trouble particulier dans les différentes fonctions n'a pu être signalé;

---

(1) Voyez les *Annales* de janvier-février 1892.

l'appétit s'est toujours maintenu excellent. Le 23 décembre à neuf heures du matin, la malade a une attaque épileptiforme ; à midi elle en a une autre. Depuis ce moment, elle en a eu une série jusqu'à une heure trente de l'après-dîner, heure à laquelle elle est décédée. Jusqu'à la veille, R... n'avait accusé aucune douleur, ni coliques ; les selles avaient été seulement, une seule fois, sanguinolentes et très fétides.

**AUTOPSIE.** — Faite vingt-quatre heures après le décès.

*Crâne.* — A l'incision de la dure-mère, écoulement de sérosité limpide de la valeur d'une grande cuillerée. La dure-mère est épaisse, mais ne présente pas d'autres caractères anormaux. L'arachnoïde également épaisse est laiteuse, surtout au niveau des lobes frontaux et aux parties latérales et supérieures des deux hémisphères. Les vaisseaux de la pie-mère sont gorgés de sang et les mailles du tissu cellulaire sont infiltrés. Les méninges se détachent avec difficulté ; à droite, la substance grise se dissocie sous le manche du scalpel ; elle est en bouillie au niveau de la circonvolution pariétale ascendante et de la scissure de Rolando. Mêmes adhérences sur toute l'étendue des circonvolutions frontales. Elles entraînent avec elles, en détachant les méninges, des fragments de la substance corticale ramollie. Ces adhérences existent d'une façon analogue du côté gauche et sont très prononcées au niveau de la scissure de Rolando et de la circonvolution pariétale ascendante. Dans les ventricules latéraux, il existe une petite quantité de liquide. La toile choroïdienne est très légèrement infiltrée. Les différentes coupes du cerveau montrent une substance cérébrale d'aspect et de densité normaux.

*Cavité thoracique.* — Les poumons et le cœur avec les enveloppes ne présentent aucune lésion.

*Cavité abdominale.* — Le foie, les reins et la rate sont normaux. À l'ouverture de l'estomac, une assez grande quantité de liquide s'échappe. Lavée sous un faible courant d'eau, la muqueuse présente au niveau de la grande courbure, sur une surface de 12 à 15 centimètres carrés, des plaques rougeâtres de la grandeur d'une pièce de 50 centimes. Cette zone est à proximité du cardia ; outre la présence de ces plaques, elle présente un pointillé ecchymotique allant de la piqûre d'une épingle à la dimension des plaques ci-dessus mentionnées. Ces plaques ecchymotiques de différentes dimensions sont au nombre de plusieurs centaines. Point important à noter, la paroi stomacale a perdu de son épaisseur à ce niveau, à tel

point qu'au jour elle est transparente. Ailleurs la muqueuse est normale. Le duodénum et l'intestin grêle présentent, à côté de parties d'aspect tout à fait normal, des zones teintées par des arborisations d'un rouge assez vif. Cet aspect est bien plus prononcé dans le côlon ascendant, transverse et descendant, ainsi que dans le rectum, où la muqueuse est boursouflée, d'un rouge très vif, sans présenter pour cela ni ulcérations, ni friabilité, ni diminution dans l'épaisseur de la paroi.

OBS. V. — T..., épouse T..., entrée le 24 février 1887, âgée de quarante-trois ans, née à Montijac (Hautes-Alpes); début remontant à un an; antécédents héréditaires : frère aliéné; pas de renseignements sur les parents directs. Le poids donne 45 kilos; le dynamomètre : M. D., 10; M. G., 11. Le 15 octobre, nous prescrivons 1 centigramme jusqu'au 30 inclusivement et nous n'avons durant ces quinze jours ni sueurs exagérées, ni troubles d'aucune espèce, si ce n'est un peu de salivation et de la constipation. La malade est moins agitée. Le poids est de 46 kilos; au dynamomètre : M. D., 18; M. G., 22. Le 12 novembre, 5 milligrammes sont prescrits jusqu'au 27; de cette époque jusqu'au 12 décembre, 1 centigramme par jour; pas de salivation, pas d'exagération des urines et des selles; état physique florissant, ne veut se laisser peser. Le 8 février 1889, le traitement est repris à 2 milligrammes: le poids à cette date est de 47 kilos; la dose du médicament est successivement portée à 4 milligrammes, le 20 février; à 6 milligrammes, le 7 mars; à 8 milligrammes, le 22 mars; à 10 milligrammes, le 10 avril; à 12 milligrammes, le 3 mai.

Dans l'intervalle de ces deux dernières dates, hygroma du genou qui suppure. Enfin, le 24 mai, on donne 14 milligrammes; le 14 juin, 16 milligrammes et l'on supprime définitivement le traitement le 24 juin 1889. Le poids en dernier lieu donne 47 kilogrammes; la pression au dynamomètre : M. D., 10; M. G., 18 1/2. Aucuns autres phénomènes que ceux relatés ci-dessus n'ont été observés durant toute la durée de l'essai.

#### PÉRIODE DE DÉCLIN

OBS. I. — Sch..., épouse B..., entrée le 13 mai 1885, âgée de trente-cinq ans, née à Wissembourg (Alsace). Pas d'antécédents héréditaires; causes inconnues; début indéterminé.

La malade a une faiblesse extrême des membres inférieurs qui ne lui permet pas la station debout; de temps à autre, elle

à des congestions cérébrales avec attaques épileptiformes. Avant le traitement, la malade a beaucoup d'embonpoint. Elle donne au dynamomètre : M. D. 8 ; M. G. 6, et pèse 58 kilos. Le 27 septembre 1888, nous prescrivons 5 milligrammes de chlorure d'or et de sodium ; le 15 octobre, la dose est portée à 1 centigramme jusqu'au 31 octobre inclusivement. À ce jour, le dynamomètre ne peut être serré par la malade ; elle pèse 63 kilos. Durant cette période, les urines ont dépassé la normale comme quantité, sans présenter pour cela rien de particulier. Il n'y a pas eu de sueurs abondantes, l'appétit s'est conservé bon ; il y a eu une longue salivation vers le 30, de l'insomnie et de l'agitation parfois ; constipation fréquente.

Le 12 novembre, 5 milligrammes sont prescrits et cette dose est continuée jusqu'au 27 novembre ; à partir de cette époque jusqu'au 12 décembre, 1 centigramme est donné quotidiennement. La malade perd de son poids progressivement : elle donne à cette date 62 kilos ; cependant jusqu'alors aucun phénomène suspect n'arrête le traitement. Etat mental stationnaire. Le 5 février 1889, la malade est restée quelques jours au lit pour une escharre fessière ; elle est calme, se nourrit. Les 5 et 6 mars, 2 milligrammes sont donnés, mais le 7, nous suspendons la médication, la malade ayant des attaques épileptiformes répétées ; successivement, 4 grammes de bromure de potassium et 6 grammes sont prescrits les 8 et 9 mars. Reprise du chlorure d'or et sodium à 2 milligrammes, le 13 mars ; en avril, on donne 4 milligrammes ; rien à signaler. En mai, on donne 6 milligrammes et l'on supprime le 11, les attaques épileptiformes ayant reparu. Le 24 mai, 2 milligrammes sont administrés journallement jusqu'au 1<sup>er</sup> juin, époque à laquelle les sueurs profuses et la débilitation progressive de la malade nous obligent à discontinuer le traitement. Deux escharres peu profondes aux régions trochantériennes apparaissent. Les surfaces des membres inférieurs qui sont en contact l'une avec l'autre présentent des ampoules remplies d'un liquide louche rougeâtre. Celles-ci s'ouvrent au bout de quelques jours et présentent une partie centrale sphacélée et noirâtre. La malade meurt rapidement. Le corps est réclamé par la famille.

**OBS. II.** — M<sup>me</sup> G..., entrée à l'asile le 5 janvier 1882, âgée de quarante-quatre ans, originaire d'Aix-la-Chapelle. Hérédité, début, inconnus. Antécédents personnels : chagrins et excès alcooliques probables.

Le 27 septembre 1888, nous commençons l'administration

## 244 DU CHLORURE D'OR ET DE SODIUM

du chlorure d'or et de sodium à la dose journalière de 5 milligrammes. Poids, 50 kilos ; au dynamomètre : M. D. 18; M. G. 20. Le 15 octobre, 1 centigramme est prescrit jusqu'au 30 ; l'appétit est régulier ; la température périphérique basse ; les urines rougeâtres, les sueurs nulles ; successivement, l'anorexie devient complète, le sommeil se perd, bien que la malade ne manifeste aucune agitation ; on n'observe ni salivation, ni diarrhée ; la malade est malpropre. A cette époque, M<sup>me</sup> G... pèse toujours 50 kilos et donne à la pression dynamométrique M. D. 13; M. G. 19. Reprise du traitement le 12 novembre à 5 milligrammes. A partir du 27 novembre, le chlorure d'or et de sodium est porté à la dose de 1 centigramme par jour jusqu'au 12 décembre inclusivement ; pas de contre-indication à la suspension du traitement. Enfin, pendant le mois de janvier 1889, 2 milligrammes sont donnés par jour ; le poids de la malade augmente ; pendant le mois de février, 4 et 6 milligrammes sont donnés ; le mois de mars, 6 et 8 milligrammes ; le mois d'avril, 10 milligrammes ; le mois de mai, 12 milligrammes. Poids : 55 kilos ; dynamomètre : M. D. 12; M. G. 14.

OBS. III. — G..., épouse P..., entrée le 1<sup>er</sup> mai 1888, âgée de soixante-quatre ans, née à Metz. Antécédents héréditaires et personnels inconnus, début indéterminé. Le poids est de 56 kilos ; au dynamomètre : M. D. 11; M. G. 11. Plusieurs essais sont interrompus par la diarrhée. Le 5 février 1889, on reprend le traitement à 2 milligrammes, et l'on passe à 4 milligrammes le 30 ; à 6 milligrammes, le 12 mars ; à 8 milligrammes, le 22 ; à 10 milligrammes, le 10 avril ; à 12 milligrammes le 2 mai (poids à cette époque : 60 kilos) ; enfin, on donne 14 milligrammes le 24, 16 milligrammes le 14 juin, et l'on supprime définitivement le 24. Pendant toute la durée du traitement, nous avons observé presque constamment un appétit excellent, un sommeil presque toujours normal, une légère diarrhée parfois et aucune autre particularité dans les autres fonctions. L'état mental n'a nullement été modifié. En dernier lieu, la malade pesait 59 kilos et donnait au dynamomètre : M. D. 10; M. G. 5.

OBS. IV. — A... (Clarisse), entrée le 8 juin 1887, domestique, âgée de quarante-quatre ans, né à Marignane (Bouches-du-Rhône). Hérédité : mère décédée dans un asile ; antécédents personnels peu dignes d'intérêt. Gâteuse, vie absolument végétative, faiblesse extrême des membres inférieurs empêchant la

station verticale, bredouillement inintelligible et incessant. Le poids, avant d'instituer le traitement, est de 50 kilos ; impossible d'obtenir la pression dynamométrique. Le 27 septembre 1888, nous prescrivons 1 centigramme de chlorure d'or et de sodium. De temps en temps, sueurs abondantes, urines augmentées, difficulté dans les aliments (due probablement à une parésie du pharynx) ; de l'insomnie, une salivation peu abondante, diarrhée, enfin un affaiblissement général marasmatique. Le dernier essai du 12 novembre au 12 décembre, à la même dose que précédemment, semble suspendre pour un moment les effets rapides de la maladie, lesquels amènent la mort dans le marasme le 20 décembre. Le corps ayant été réclamé, l'autopsie n'a pu être faite.

Obs. V. — D... (Emma), entrée le 1<sup>er</sup> octobre 1887, journalière, âgé de trente-deux ans, née à Jausiers (Basses-Alpes), venant du Couvent du Refuge à Marseille. Antécédents héréditaires et personnels inconnus. Gâteuse ; peut à peine se tenir debout ; mange avec glotonnerie. Elle pèse 45 kilos et donne au dynamomètre : M. D. 20 ; M. G. 16. Le chlorure d'or et de sodium est prescrit le 27 septembre 1888 à la dose quotidienne de 5 milligrammes et porté à 1 centigramme le 15. Perturbation de l'appétit dès les premiers jours ; pas de polyurie, diaphorèse nulle ; au dynamomètre : M. D. 11 ; M. G. 9 ; le poids : 50 kilos. L'appétit est satisfaisant dans la dernière quinzaine du mois ; un peu de salivation apparaît, les selles sont un peu exagérées. L'état mental offre une légère amélioration : la malade sort de son état habituel de dépression et regarde autour d'elle tout en étant taciturne. Le 12 novembre, on reprend le traitement à 5 milligrammes (poids : 50 kilos ; dynamomètre : M. D. 20 ; M. G. 16). Rien à noter pendant toute la durée de ce second essai, qui, du 27 novembre jusqu'au 12 décembre, se continue à la dose journalière de 1 centigramme, si ce n'est une amélioration de l'état général. La malade qui, antérieurement au traitement, ne se tenait pas dans la station verticale, peut actuellement marcher. En plus, nous avons observé du calme et l'absence complète d'évacuations alvines involontaires. Le 5 février 1889, le poids est de 52 kilos au dynamomètre : M. D. 19 ; M. G. 10 ; l'état physique est très satisfaisant ; nous prescrivons 2 milligrammes d'or et de sodium. Le 20 février, on en donne 4 milligrammes ; le 12 mars, 6 milligrammes ; le 22, 8 milligrammes ; le 12 avril, 12 milligrammes ; le 24 mai, 14 milligrammes, et cela sans que l'état physique de notre malade ait

jamais présenté la moindre contre-indication. Celui-ci, d'ailleurs, a présenté une amélioration progressive et la balance a décelé le poids de 56 kilos le 12 avril et le dynamomètre : 20 pour la M. D., 10 pour la M. G. Le 2 juin, la malade devant être transférée à l'asile du Puy, nous relevons de nouveau le poids, qui donne 59 kilos et la pression dynamométrique qui est de 25 M. D.; 20 M. G. La pupille gauche est toujours un peu plus dilatée qu'à droite; il existe très peu de tremblements fibrillaires de la langue; la malade, qui vivait d'une vie absolument végétative, s'habille seule actuellement, trouve son lit le soir au moment du coucher et semble présenter une amélioration mentale réelle.

**Obs. VI.** — G... (Agnès), entrée le 30 juin 1887, âgée de vingt-quatre ans, née à Vienne (Autriche), venant du couvent du Refuge, à Marseille. Hérédité, antécédents personnels et morbides inconnus. Vie absolument végétative, gâteuse, calme. Le poids est de 61 kilos; impossible d'avoir la pression au dynamomètre. Tubercules pulmonaires. Le 27 septembre 1887 nous prescrivons le chlorure d'or et de sodium à la dose de 5 milligrammes; la dose est portée à 1 centigramme le 15 octobre, et l'on suspend le 31 octobre. Pendant cette période les urines ont augmenté de quantité (à en juger par les mictions fréquentes), les sueurs ont été rares, l'appétit s'est maintenu satisfaisant; mais la santé générale s'est altérée et la diarrhée a été de règle surtout à la fin du mois. L'état général s'améliorant, le chlorure est repris à 5 milligrammes du 12 au 27 novembre; à cette date, on donne 1 centigramme jusqu'au 12 décembre. Ce mieux relatif se maintient jusqu'au 20 décembre, et, de nouveau, nous voyons la malade faiblir à tel point que le 23 on est obligé de la coucher. Le 27 décembre, un anthrax apparaît à l'angle de l'omoplate droite: il est traité par les moyens ordinaires. Le 7 janvier, un second anthrax se produit à la nuque et évolue jusqu'à guérison. Le 5 février 1889, profonde débilitation et appétit mauvais. A part quelques escharas des crêtes iliaques, aucun autre phénomène ne se produit durant le mois de février. A partir du 5 février, le traitement qui avait été supprimé le 12 décembre est institué de nouveau à la dose de 2 milligrammes. Le 20 février, la dose est portée à 4 milligrammes; mais, l'état de la malade empirant, on suspend le traitement. Le 27 février, la malade expire dans le marasme.

**AUTOPSIE.** — *Cerveau.* — En incisant la dure-mère, on voit s'échapper une grande quantité de liquide. La pie-mère est

plutôt infiltrée qu'épaisse ; elle offre un aspect laiteux surtout à droite, et quelques adhérences avec la substance corticale, surtout au niveau du lobe sphénoïdal et de la scissure de Sylvius du côté droit. Dans les ventricules latéraux, il existe un peu de sérosité claire. Le plancher de ces ventricules est injecté et offre un aspect chagriné très accentué ; il en est de même du ventricule du cervelet.

*Foie.* — Le foie est hypertrophié et légèrement stéatosé.

*Cœur.* — Le cœur est petit, mais normal.

*Poumons.* — Les deux sommets sont infiltrés de granulations tuberculeuses ; on trouve même des cavernes à gauche. Les bases sont congestionnées.

L'œsophage est sain ; l'estomac présente de légères arborisations ; l'intestin, la rate et les reins sont normaux.

**OBS. VII.** — V... (Joséphine), entrée à l'asile le 1<sup>er</sup> juin 1887, âgée de quarante-neuf ans, née à Piedicorte (Corse), domiciliée à Alger. Héritage et antécédents inconnus, début remontant à dix-huit mois ; agitation continue et idées de richesse ; parfois gâteuse, incohérente, a eu à plusieurs reprises des congestions cérébrales avec attaques épileptiformes. Poids 56 kilos ; au dynamomètre : M. D. 8 ; M. G. 10. Le 27 septembre 1888, nous prescrivons 5 milligrammes de chlorure d'or et de sodium ; du 15 octobre au 19, on donne 1 centigramme. L'appétit est altéré. Le 19 octobre, congestions cérébrales avec attaques épileptiformes ; le 22 octobre, même état et la malade est dans une grande surexcitation nuit et jour, ses cris sont continuels ; du 19 octobre au 30, on la traite par des purgatifs, de la révulsion aux membres inférieurs (sinapismes) et du bromure de potassium. La malade baisse, tant au point de vue mental que physique ; le dynamomètre donne : M. D. 11 ; M. G. 9 ; le poids : 43 kilos. Le 12 novembre, nous reprenons le traitement et donnons de nouveau 5 milligrammes jusqu'au 27 inclusivement. La malade est agitée, sans appétit et constipée. Du 27 novembre au 12 décembre, on donne 1 centigramme. A cette époque, la santé générale ne laisse rien à désirer. Enfin, un dernier essai est fait du 5 février au 28 juin 1889 et l'on donne les doses suivantes : le 20 février, 4 milligrammes ; le 7 mars, 6 milligrammes ; le 22 mars, 8 milligrammes ; le 12 avril, 10 milligrammes ; le 3 mai, 12 milligrammes ; le 28 juin, la médication est suspendue et la malade donne au dynamomètre : M. D. 20 ; M. G. 17 ; à la bascule elle pèse 67 kilos.

**OBS. VIII.** — M..., veuve B..., entrée le 10 janvier 1889,

âgée de quarante-trois ans, originaire de la Drôme, domestique. Pas de renseignements sur ses antécédents héréditaires et personnels. Elle pèse 45 kilos ; au dynamomètre : M. D. 25 ; M. G. 15 ; illusions. Nous prescrivons chlorure d'or et de sodium, 2 milligrammes. Le 27 mars, au dynamomètre : M. D. 30 ; M. G. 32 1/2 ; le 2 avril, 4 milligrammes sont prescrits ; le 23 avril, on porte à 6 milligrammes ; le 13 mai, on donne 8 milligrammes ; le 4 juin, 10 milligrammes, et supprimons le 24. A cette époque, le dynamomètre décèle : M. D. 27 1/2 ; M. G. 20 ; le poids est de 46 kilos. La malade, durant ces trois derniers mois, a continué à présenter les mêmes symptômes et les mêmes idées délirantes.

#### CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Vivement impressionné, au cours d'un voyage, par l'affirmation catégorique de plusieurs éminents aliénistes du nord de l'Europe, que la paralysie générale progressive est de nature syphilitique, nous avons, à notre retour, méthodiquement soumis nos paralytiques au traitement classique de la vérole. Le résultat n'a pas répondu à nos espérances. Cet insuccès nous a incité à expérimenter un médicament, l'or, dont les vertus anti-syphilitiques, aujourd'hui oubliées, ont joui autrefois d'une certaine vogue. Au début de nos expériences, nous aurions vivement souhaité d'avoir à notre disposition un laboratoire avec ses annexes d'animaux vivants ; malheureusement, nos désirs sont restés jusqu'à ce jour à l'état de souhaits, avec l'espoir pourtant qu'un avenir prochain en verra la réalisation. Privé de ce point de départ, pourtant si important, de toute expérience thérapeutique, nous avons dû nous contenter des ressources bibliographiques que les bibliothèques de l'École de médecine ou de la ville pouvaient nous donner. Elles ont été malheureusement maigres et nous n'avons pu consulter que les dictionnaires de Dechambre et Jaccoud, Dorvault et les dictionnaires postérieurs aux recherches

de Chrestien et tous les formulaires qui traitent la question.

Nous ne parlerons que pour mémoire des questions de priorité relatives aux préparations auriques que Chrestien appelle : « mon remède », renvoyant au dictionnaire Dechambre qui a traité avec détails la question. Grand fut notre embarras dans la question de posologie, entre Chrestien qui employait l'or en frictions sur la langue et les gencives (mode de traitement sans application dans l'espèce), et les divers formulaires que nous avons consultés. Doses en général trop élevées surtout au début, pensons-nous, et pas un mot sur la durée de l'administration des préparations d'or. Cette absence de netteté dans les doses et la durée du traitement, en nous faisant plus vivement regretter une expérimentation *in animâ vili*, a eu pour corollaire nécessaire de nous imposer une vigilance plus étroite et une plus grande timidité dans nos premiers essais. D'où les tâtonnements dont nos premières observations présentent des traces trop évidentes.

Toute contre-indication tirée des auteurs précités amenait nécessairement la suspension du traitement. Nous avions pris de minutieuses précautions pour répondre à toutes les nécessités. Au nom de chaque malade, correspondaient, dans notre cahier d'observations, des colonnes mentionnant le pouls, la respiration, l'appétit, le sommeil, l'agitation, les urines, les sueurs, la salivation et les selles. En outre, chaque malade était soumise à une observation de nuit et de jour par les surveillantes, qui nous rendaient compte à la visite du moindre incident survenu. De notre côté, surtout dans les périodes d'augmentation des doses du médicament, nous relevions avec soin les fonctions qui relevaient directement de notre observation médicale et toute perturbation de l'état normal entraînait nécessairement avec

elle la suspension de l'or. Nous devons dire ici un mot de la fièvre aurique signalée par les auteurs, avec son terme constant d'excitation cérébrale. Modérée au début de nos expériences, elle disparaît complètement avec nos dernières observations. Quant à l'action hilarante de l'or, nous pensons que le genre de malades soumises à notre observation, nous interdit toute appréciation sérieuse.

Du reste, toutes les perturbations ont cessé du jour où la dose minimum a été de 2 milligrammes, et que la dose maximum de 1 centigramme n'a pas été dépassée. C'est le traitement normal institué actuellement dans notre service. Au début, 2 milligrammes, augmentés d'une dose égale tous les quinze jours jusqu'à la dose maximum de 1 centigramme, pendant la dernière quinzaine. La malade se repose pendant un mois et reprend ensuite le traitement dans des conditions identiques. Le chlorure d'or et de sodium dissous dans une potion de 120 grammes, et contenu dans un flacon de verre bleu, est administré en deux doses, le matin et l'après-midi. Les malades l'absorbent sans répugnance.

Avant d'entrer plus avant dans notre sujet, deux explications nous paraissent nécessaires. La première concerne les dernières observations que nous ne relatons plus loin que dans leurs termes absolument essentiels. Le traitement est à ce moment établi dans les conditions que nous avons décrites plus haut et nous avons voulu éviter de tomber dans des répétitions fastidieuses. La seconde concerne le dynamomètre, dont les données peuvent paraître excessives. L'instrument qui a servi à toutes les expériences a de longs états de service et ne peut par suite être comparé à n'importe quel dynamomètre à l'état neuf. Du reste, les résultats de cet instrument ne peuvent être acceptés que sous bénéfice d'in-

ventaire, car nul aliéniste n'ignore les difficultés que rencontre son usage dans les asiles.

En résumé, nous avons pour les cas de la période de début.

OBS. I. — Poids : 10 kilos en plus. Pression dynamométrique augmentée. Rémission.

OBS. II. — Poids : 7 kilos en plus. Pression dynamométrique augmentée à droite, diminuée à gauche. Amélioration notable.

OBS. III. — Embonpoint notable à la sortie en rémission, mais non contrôlé par suite de l'irrégularité de la sortie.

OBS. IV. — Rémission. Poids et pression dynamométrique non contrôlés par suite de la maladie du chef de service.

Pour les cas de la période d'état :

Les différences de poids et de pression au dynamomètre sont trop peu sensibles pour mériter une description méthodique. Nous noterons pourtant l'amélioration mentale de l'observation I, à son transfert et du n° V à sa sortie. Quant aux n°s VI, VII, VIII et IX, période d'état tendant au déclin, le poids s'est élevé pour les n°s VI et IX, avec augmentation de la pression dynamométrique pour ce dernier. Quant au n° VII, le poids ne s'élève qu'avec la disparition de l'agitation et le n° VIII meurt en plein embonpoint. Nous ne pouvons insister sur la pression dynamométrique, parce que l'inintelligence de nos malades en a faussé les résultats.

Pour les cas de la période de déclin :

OBS. I. — Résultat négatif.

OBS. II. — Poids : 4 kilos en plus. Pression dynamométrique augmentée à droite, abaissée à gauche.

OBS. III. — Poids : 3 kilos en plus. Abaissement de la pression dynamométrique.

OBS. IV. — Résultat inconnu. Décès. Corps réclamé.

OBS. V. — Poids : 14 kilos en plus. Pression dynamométrique augmentée. État mental amélioré au transfert.

OBS. VI — Résultat inconnu. Décès par phthisie pulmonaire. Corps réclamé.

OBS. VII. — Poids : 11 kilos en plus. Pression dynamométrique augmentée.

OBS. VIII. — Poids : 1 kilo en plus. Pression dynamométrique augmentée à gauche, diminuée à droite.

L'état mental reste stationnaire pour toutes les observations, le n° V excepté.

Que l'on nous permette d'exprimer ici un regret, c'est que l'Administration supérieure n'autorise pas de faire l'autopsie de tout indigent décédé dans un établissement hospitalier. Que l'on nous impose toutes les règles à intervenir pour que la mutilation du cadavre soit restreinte aux limites les plus rigoureuses réclamées par la science, mais que, au moins, le médecin qui pratique une nécropsie, surtout à Marseille, alors qu'il n'y a pas d'opposition verbale ou écrite, ne soit pas en butte aux tracas sans fin suscités par la famille.

Toutes les observations que l'on vient de lire, manquent d'un contrôle véritablement scientifique; aussi ne nous sommes-nous décidé à les sortir du carton où elles dormaient que le jour où nous avons pu combler cette lacune. Nous pensions que des recherches sur la composition du sang devaient compléter cette expérience. Devant le refus de l'administration de faire l'achat d'un compte-globules, nous avons frappé, sans succès d'abord, aux portes du laboratoire que possède notre ville. Nos recherches longues et patientes nous ont permis finalement d'atteindre notre but. M. le professeur Jourdan, de la Faculté des Sciences et de l'École de médecine, a mis à notre disposition avec autant d'empressement que d'amabilité le compte-globules à chambre humide de

Malassez. Nous lui en témoignons ici notre reconnaissance la plus vive. En possession du précieux instrument, nous avons expérimenté sur sept paralytiques, quatre anciennes et trois entrées récemment. Dans notre choix, nous n'avons été guidé que par la docilité des malades. Le résultat représente la moyenne de cinq numérations avant et après le traitement. Nous ne décrirons pas le manuel opératoire, assez délicat, nous dirons seulement que nous avons d'abord longuement opéré sur des malades non paralytiques de notre service. La technique de l'opération demande un tour de main ou plutôt de bouche que des expériences répétées peuvent seules faire acquérir.

Pour ne pas entrer dans des répétitions fatigantes, nous ne donnerons que les différences de globules rouges, de poids et de pression dynamométrique.

OBS. IX *de la période d'état.* — 1,520,000 globules en plus. Poids : 4 kilos en moins. Pression dynamométrique diminuée à droite, augmentée à gauche. En première expérience, augmentation de poids et de pression. En seconde, diminution de poids, mais causée par l'agitation diurne et nocturne excessive et les difficultés de l'alimentation. Nous pensons que c'est au chlorure d'or que la malade a dû de ne pas succomber et de voir ses globules rouges augmenter.

*Période de déclin.* OBS. II. — 152,000 globules en plus. Poids : 3 kilos en plus. Pression dynamométrique augmentée à gauche, diminuée à droite.

OBS. III. — 168,500 globules en moins. La malade au début du traitement est dans un tel état de marasme qu'elle ne peut même serrer notre main et qu'elle ne peut être nourrie qu'au moyen d'aliments semi-liquides portés à sa bouche par les surveillantes. Aucune amélioration à noter pendant la durée de l'expérience.

OBS. VII. — 775,000 globules en plus. Poids : 3 kilos en plus. Pression dynamométrique sensiblement la même à droite et à gauche.

Enfin, dans trois nouveaux cas, nous avons obtenu :

OBS. I. — *Période de début.* — 1,079,000 globules en plus. Poids : 7 kilos 400 en plus. Pression dynamométrique diminuée à droite, sans changement à gauche. État mental amélioré.

OBS. II. — *Période d'état.* — 885,000 globules en plus. Poids : 6 kilos en plus. Pression dynamométrique sans changement. État mental stationnaire.

OBS. III. — *Période de déclin.* — 770,000 globules en plus. Poids : 3 kilos 500 en plus. La malade ne peut serrer utilement le dynamomètre. État mental stationnaire.

#### CONCLUSIONS.

Les résultats du traitement par le chlorure d'or et de sodium, traitement institué dans les conditions de dose et de surveillance indiquées plus haut, présente des avantages. Quant à ses inconvénients, ils sont nuls. L'augmentation des globules marche parallèlement à l'augmentation de poids. La pression dynamométrique peut être considérée comme une quantité négligeable, vu les difficultés de l'opération, malgré sa simplicité. Les observations IX et III de la période de déclin, malgré leur apparente contradiction, ne détruisent pas notre proposition, à cause des circonstances spéciales qui accompagnent le traitement. Le chlorure d'or et de sodium pourrait agir avec plus d'efficacité dans la première période du mal, en permettant des rémissions ; dans les dernières en retardant la fin nécessaire. Il est utile quand même dans la deuxième, en augmentant les chances de résistance.

Que l'on ne s'étonne pas, dirons-nous en terminant, que ces observations closes en 1890, ne soient pas complétées par de nouvelles observations, alors que nous avons dit que le traitement au chlorure d'or avait pris droit de cité dans notre service. L'épidémie d'influenza a fait des vides parmi nos paralytiques générales et le nombre des entrées est tellement limité (2 p. 100 en moyenne), que nous avons pensé que leurs observations ne pouvaient pour le moment infirmer ou confirmer nos conclusions. Du reste, nous ne pensons pas avoir trouvé un agent curatif de la paralysie générale progressive, nous avons plutôt visé l'étiologie syphilitique de cette maladie, en nous servant d'un médicament qui a joui d'une vogue sérieuse contre la vérole. *Naturam morborum ostendunt curationes.* Contre l'origine syphilitique, nous avions déjà nos insuccès par l'iodure et le mercure; faudra-t-il y ajouter le chlorure d'or et le sodium? L'avenir seul répondra à cette question. S'il répond négativement, nous pensons que nous n'aurons pas fait œuvre inutile, parce que la numération des globules nous aura au moins démontré que les préparations auriques peuvent avoir des avantages dans la paralysie générale progressive.

---

# Médecine légale

---

## L'HYPNOTISME ET LE DROIT

Par le Dr A. CULLERRE

---

Quand, il y a une dizaine d'années, les travaux de quelques savants autorisés eurent levé l'interdit officiel qui pesait depuis si longtemps sur les questions de magnétisme et d'hypnotisme, ce fut un engouement général. On se mit à endormir avec rage : nombre de cliniques se transformèrent en instituts hypnotiques ; les magnétiseurs de profession virent leurs affaires prospérer dans des proportions inattendues, tant la foule se précipita avidement à leurs spectacles ; dans les salons on se mit à cultiver avec acharnement la fascination, la suggestion, la lecture des pensées. L'ombre de Mesmer en frémît de joie ; les beaux jours de 1778 étaient revenus !

Dans ce domaine encore inexploré d'une science quasi occulte, on marchait de surprises en surprises ; chaque expérience était — ou paraissait — une découverte ; comment en priver ses contemporains et l'humanité tout entière ? Aussi, non seulement médecins, mais encore, philosophes, légistes, hommes d'église, hommes de lettres, gens du monde, chacun prit la plume, qui pour raconter ses expériences, qui pour critiquer, qui pour exposer des doctrines fantaisistes ou des théories

parfois bien extraordinaires. Et pourquoi pas ? Quelles considérations eussent pu arrêter la verve enthousiaste des hommes les plus incompétents, des savants les plus improvisés ? Le magnétisme n'a-t-il pas pour principal objet l'étude des modifications mystérieuses qu'il apporte au fonctionnement normal de l'âme humaine ? Or l'étude de l'âme, comme chacun sait, n'est le monopole de personne.

A ce prodigieux entassement d'œuvres incohérentes, où la science positive n'a que bien peu de choses à voir, les légitistes ont contribué d'une façon brillante, sinon très heureuse. On se souvient de la sensation que fit, en 1884, le mémoire que M. Liégeois, professeur à la Faculté de droit de Nancy, lut à l'Académie des sciences morales et politiques pour dénoncer, au point de vue légal, le *péril hypnotique* (1). La doctrine de MM. Liébeault et Bernheim, qui attribuent tous les phénomènes de l'hypnotisme à la puissance de la suggestion, c'est-à-dire à un mécanisme exclusivement psychologique, avait enthousiasmé cet esprit éclairé, mais étranger à la physiologie et à la médecine. Dès lors que la suggestion était tout, elle pouvait tout ; il n'y avait pas de bornes à sa puissance.

On savait bien avant M. Liégeois que certains sujets, placés en état de somnambulisme provoqué, obéissaient docilement à leur endormeur ; mais on n'avait pas suffisamment médité sur les conséquences infiniment graves de ce simple fait. Ce légitiste, s'appuyant sur ses propres expériences, jeta le cri d'alarme. Les hypnotisés, vint-il nous dire, sont de purs automates ; dès lors ils deviennent accessibles à toutes sortes de suggestions qui s'imposent à eux avec un caractère de

(1) Liégeois. *La suggestion hypnotique dans ses rapports avec le droit civil et le droit criminel*, 1884.

réalité absolue et de fatalité inconsciente. Ils peuvent être l'objet des attentats les plus graves. Ils peuvent recevoir des suggestions tendant à leur faire commettre des crimes ou des délits, et ils les commettront fatalement. Donations, testaments, faux témoignages, faux en écriture privée ou publique, ils écriront ou signeron tout ce qu'exigera d'eux le magnétiseur dont l'impunité sera d'autant plus absolue que la victime ne se souviendra de rien de ce qui s'est passé pendant son sommeil. Et il ajoutait, ce qui dut faire frémir plus d'une timide lectrice : Prenez garde, vous qui vous sentez prédisposés au somnambulisme ; que vous soyez à table, dans un salon, au théâtre, dans un compartiment de chemin de fer, ne fixez pas trop votre voisin ; l'individu que vous regardez va peut-être vous suggérer quelque chose de malhonnête !

A la vérité, M. Liégeois ne s'appuyait que sur des expériences de cabinet ; il n'apportait aucun exemple authentique ; cela viendrait plus tard. En attendant, il rappelait quelques crimes célèbres commis par des somnambules naturels ou à leur détriment, et en tirait cette conclusion que ce qui s'était produit pendant le somnambulisme naturel pouvait, à plus forte raison, se produire, la suggestion aidant, pendant le somnambulisme provoqué.

Le public médical ne se laissa pourtant pas prendre à l'éloquence communicative de ce brillant partisan des doctrines de Nancy (1). En théorie, votre opinion peut se soutenir, lui fut-il répondu ; mais, en pratique, le péril que vous signalez est imaginaire. A part les viols, dont peuvent être réellement victimes les personnes

(1) J'ai, dès 1885, protesté au nom du bon sens contre les exagérations de M. Liégeois et de ses partisans (voyez : A. Culle, *Magnétisme et hypnotisme*, 3<sup>e</sup> édition, Paris 1892). M. Gilles de la Tourette en a fait une réfutation en règle (*L'hypnotisme et*

hypnotisées, la réunion des circonstances propices à l'accomplissement d'un crime hypnotique est à peu près impossible. La suggestion n'a d'ailleurs pas l'omnipotence que vous lui supposez ; le nombre des personnes capables de subir passivement son empire est infiniment plus rare que vous ne vous plaisez à le dire, et la somnambule à qui vous faites assassiner un homme en effigie, en hallucination, vous obéit parce qu'elle sait — sans s'en rendre compte, et sans en avoir conscience — qu'il s'agit d'une simple expérience. L'hystérie joue un grand rôle dans l'hypnotisme, bien que vous le niez, et vous ne vous déliez pas assez de l'hystérie ou vous ne la connaissez pas. Votre psychologie de l'hypnotisé est beaucoup trop sommaire ; vous ne voyez qu'un petit côté des phénomènes et les généralisations que vous en déduisez ne sont ni légitimes ni scientifiques. L'émotion que vous cherchez à soulever dans le public est donc inutile et malsaine. Il y a cent ans qu'on sait produire le somnambulisme et que de Puységur a découvert la suggestion, et vous en êtes encore à invoquer des expériences pour prouver la possibilité du crime hypnotique. Non, en vérité, le danger pour les hypnotisés n'est pas où vous le signalez ; il est dans les pratiques elles-mêmes de l'hypnotisation, qui, appliquées à tort et à travers par des amateurs ignorants et des charlatans sans scrupules, produisent chez les victimes de ce *furor hypnoticus* les accidents nerveux les plus graves. Au surplus, montrez-nous un seul de tous ces crimes commis par des somnambules, et, devant cet exemple, notre incrédulité tombera sans retour.

---

*les états analogues ou point de vue médico-légal.* Paris, 1887). M. le Dr Delboeuf, professeur à la Faculté de Liège, a publié également différents articles contraires à la théorie du crime suggestif. Le professeur Brouardel a tenu le même langage dans ses leçons à la Faculté. Voyez encore les *Comptes rendus du Congrès de l'Hypnotisme de 1889*, etc.

Et M. Liégeois répondait non sans embarras, il faut en convenir : « Faudrait-il donc, pour faire prendre au sérieux la suggestion, apporter à nos contemporains un crime réel, un cadavre véritable ? Cela, nous ne pouvons le faire, on le sait bien, et alors on s'empresse d'en triompher (1). »

La preuve que M. Liégeois ne voulait pas faire, le temps sans doute la ferait et fournirait le cadavre réclamé en vain du subtil légiste.

Mais le temps n'apporta rien. En 1889 eut lieu le premier congrès de l'hypnotisme. M. Liégeois y fit une communication sur les rapports de la suggestion et du somnambulisme avec la jurisprudence et la médecine légale. On s'attendait à des révélations du plus haut intérêt et il fallut se contenter d'une seconde édition du premier travail de l'auteur. M. Liégeois était plus affirmatif que jamais en ce qui concerne le danger des crimes hypnotiques, il fournissait des crimes expérimentaux à pleines mains, mais toujours pas le plus petit cadavre.

On eut beau retourner la question, invoquer par analogie l'exemple de crimes commis en somnambulisme spontané, faits où d'ailleurs la suggestion n'a absolument rien à voir, il est bon de le remarquer ; il résultait de la discussion qu'en l'état actuel de la science, en fait de crime hypnotique, le viol seul était possible.

C'était donc vainement que M. Liégeois répétait sur tous les tons que le suggéré est incapable de résister à la suggestion et qu'il va à son but « comme la pierre qui tombe ». Jusqu'à ce qu'il eût un exemple bien réel, un crime hypnotique *pour de bon* à nous offrir, on ne pouvait que lui répondre ce que lui répondait en 1887

(1) Liégeois. *De la suggestion et du somnambulisme dans leurs rapports avec la jurisprudence et la médecine légale*, 1889.

M. Brouardel : « Les somnambules ne réalisent que les suggestions agréables ou indifférentes que leur offre un individu agréable (1). »

Mais quand on s'est pris d'enthousiasme pour une cause, qu'on s'y est voué corps et âme, qu'on l'a faite sienne, en quelque sorte, car le crime hypnotique et le nom de M. Liégeois sont désormais liés l'un à l'autre d'une manière indissoluble, on ne l'abandonne pas si vite, même devant l'évidence. On se rappelle à propos qu'il n'est si mauvais cas qui ne puisse être avantageusement défendu, pour peu qu'il offre matière à de brillants développements oratoires. A force de retourner son sujet, de l'examiner sous toutes ses faces, d'en ressasser les arguments, on se prend au piège de sa propre éloquence et on finit — qu'on me passe l'expression — *par croire que c'est arrivé*. On commence par dire que le crime hypnotique est possible, puisqu'il doit exister ; que si on ne l'a pas jusqu'ici découvert, c'est qu'on a mal cherché, et... on le découvre.

Qu'on se rappelle la stupéfiante intervention de M. Liégeois dans le procès Eyraud-Bompard. Il faut le dire à la décharge du légiste, un médecin, M. Bernheim, eut sa grande part de responsabilité dans la découverte inattendue de ce crime soi-disant hypnotique. N'est-ce pas M. Bernheim qui, le premier, avait soupçonné Troppmann d'avoir été, dans l'accomplissement de son atroce forfait, suggestionné par une lecture de Ponson du Terrail ; qui avait insinué que, dans l'affaire Fenayrou, la femme Fenayrou avait tour à tour obéi aux suggestions de son amant et de son mari ? Enfin, n'était-ce pas encore M. Bernheim qui avait annoncé dans les journaux l'irresponsabilité de Gabrielle Bompard, et soutenu, sans l'examiner, sans même la connaît-

---

(1) *Gazette des hôpitaux*, 8 novembre 1887.

tre, qu'elle n'avait été qu'un instrument inconscient entre les mains de l'assassin ? A la demande du défenseur de l'inculpée, M. Liégeois vient donc soutenir devant la Cour d'assises, en dépit du rapport de MM. Brouardel, Motet et Ballet qui déclaraient cette dernière absolument responsable, qu'elle avait été hypnotisée par Eyraud, et qu'elle avait agi sous l'influence de ses suggestions criminelles. M. Liégeois ne manqua pas de rééditer tous les arguments de son livre et de son rapport au congrès de l'hypnotisme. Il y ajouta de longues considérations sur ce qu'il appelle la *condition seconde*, c'est-à-dire une sorte d'état somnambulique prolongé pendant lequel *doivent* être spécialement commis les crimes hypnotiques et il conclut que Gabrielle Bompard avait été mise en *condition seconde* par Eyraud ; que c'était dans cet état qu'elle avait commis son crime, et que par conséquent elle était irresponsable.

Si M. Bernheim fût venu soutenir lui-même, comme il l'avait annoncé, l'irresponsabilité de la fille Bompard, je doute qu'il eût employé les mêmes arguments que M. Liégeois et qu'il eût surtout parlé de cette *condition seconde* qui ouvre de si vastes horizons, mais si peu scientifiques. Il me semble d'ailleurs que les deux professeurs de Nancy n'entendent pas la suggestion de la même manière. Quoi qu'il en soit, M. Brouardel n'eut pas de peine à montrer l'inanité des arguments de la défense officieuse. Vous prétendez, dit-il en substance, que Gabrielle a été suggérée par Eyraud. Pour moi, je ne connais comme ayant été accomplis sous l'influence de la suggestion que des actes très simples. Or, Eyraud part dans les derniers jours de juin pour Londres. Gabrielle Bompard reste à Paris, va louer un petit rez-de-chaussée rue de Berne ; elle débat les conditions du louage, verse des arrhes ; elle va à Londres,

elle retrouve Eyraud ; elle revient seule, puis retourne à Londres, ramène Eyraud, va louer avec lui l'appartement de la rue Tronson-Ducoudray... Ne voyez-vous pas là des faits admirablement combinés et soutiendrez-vous sérieusement que, pendant tout ce temps, elle était dans un *état second*? La vérité est que quand deux personnes vivent ensemble, l'une a sur l'autre une certaine influence ; il n'y a pas là d'autre suggestion. Sans doute Gabrielle Bompard est hypnotisable : le Dr Sacreste l'endormait et lui suggérait de se bien conduire ; vous voyez combien la suggestion a été efficace — mais, dit-on, un négociant de Lille l'hypnotisait de son côté et dans un sens contraire, cherchant à l'entraîner au mal et son influence a prévalu. « C'est cela, répondrai-je : elle a été naturellement à la suggestion qui lui était le plus agréable. Je n'ai jamais dit autre chose (1). »

Et M. Bérillon concluait quelque temps après, dans la *Revue de l'hypnotisme*, que l'école de Nancy venait d'essuyer sur le terrain juridique une véritable défaite et qu'il lui fallait désormais attendre qu'une occasion favorable, qu'un crime résultant manifestement d'une suggestion criminelle lui permit de reprendre sa revanche.

En attendant sa revanche, le *péril hypnotique* continue à vivre tant bien que mal et il se trouve de temps à autre quelque fidèle pour le galvaniser. Ce pieux devoir vient d'être rempli par M. Albert Bonjean (2). M. Bonjean est avocat, et préoccupé comme tant d'autres des problèmes troublants que soulève le magnétisme, il s'est mis à faire des observations et à instituer des expé-

(1) *Gazette des tribunaux*. Décembre 1890.

(2) Albert Bonjean. — *L'hypnotisme, ses rapports avec le droit et la thérapeutique, la suggestion mentale*. Félix Alcan, éditeur. Paris, 1890.

riences. Lui aussi, il considère comme un devoir de raconter ce qu'il a vu et de venir au secours du *magnétisme judiciaire* — un mot nouveau qui ne manque pas de saveur — compromis par les préjugés de la science officielle, c'est-à-dire des médecins. Oh! ces médecins qui s'occupent d'hypnotisme, qui délaissent la chirurgie et les accouchements pour s'immiscer dans les questions de jurisprudence! Ils font l'effet à M. Bonjean « de ces bonnes âmes — et combien n'en a-t-il pas rencontré dans sa carrière — qui, en possession des Codes, les feuillètent avec conviction et assurance, s'emparent de tel article, n'en perçoivent que la lettre, sans s'occuper des conférences, de la doctrine, des principes généraux et des interprétations vivifiantes et rendent à la fin un jugement *ex cathedra* d'autant plus intransigeant qu'il est moins conforme à la vérité légale ».

Avis aux médecins qui s'occupent de jurisprudence. Qu'ils se contentent de guérir leurs malades ; encore je crains bien qu'en se confinant dans cette tâche, ils n'aient aussi besoin des conseils de M. Bonjean. Ce n'est pas lui qui blâme si violemment les médecins de se mêler du Code, qu'il prétende lui-même interpréter le Codex, et faire parade de connaissances qui ne sont pas les siennes ; mais depuis quand, pour guérir, est-il besoin d'être médecin? M. Bonjean consacre donc une soixantaine de pages de son livre au magnétisme thérapeutique et au récit de ses propres cures. Jésus-Christ guérissait la lèpre en étendant les mains. « Aujourd'hui, dit en propres termes M. Bonjean, la thérapeutique magnétique obtient les mêmes résultats, presque de la même manière. On fait des passes, on impose les mains et les guérisons pleuvent, et le magnétisme, petit à petit, fait sa trouée, s'impose à l'attention, entre dans la médecine, un peu malgré certains médecins, jusqu'à ce

qu'il mérite définitivement le beau titre de médecine de l'avenir. »

Et les guérisons pluviagent ! vous avez bien lu, confrères qui hésitez encore à vous lancer dans la médecine de l'avenir !

Mais revenons au magnétisme judiciaire. Je n'ai hasardé la digression qui précède que, pour bien montrer dans quel esprit a été conçu le livre de M. Bonjean. Ce n'est pas l'esprit scientifique, cela est évident, et nous nous hâtons de dire que, dans les pages consacrées au péril hypnotique, cet esprit scientifique ne se trouve pas davantage. M. Bonjean est un mystique, un croyant plein d'enthousiasme. L'hypnotisme n'est pas pour lui une science, mais quelque chose de comparable aux antiques mystères d'Eleusis et ce n'est plus un sujet qu'il lui faut pour ses expériences, mais un *épopte suggestif* ayant subi la triple initiation commandée par les sacrés rites. Il accepte en bloc la doctrine de M. Liégeois, et je le soupçonne de trouver ce dernier un peu timide. « La suggestion, nous dit-il, est une bonne foi qui fait des miracles. Dans le domaine religieux, les protestations de la raison se courbent tous les jours humblement devant l'autorité dominatrice de la foi. La suggestion ne possède pas une puissance moindre et rien ne peut échapper, vraisemblablement, à son influence. » D'un bout à l'autre de son livre il soutient ce ton dithyrambique ; il se lance en plein rêve, il nage en pleine fantaisie. Miliciens (1) que gêne le service militaire, faites-vous donner par suggestion une bonne surdité ou quelque bonne paralysie partielle, et vous obtiendrez sans peine votre joyeux congé de réforme. Candidats, députés en quête d'électeurs, transformez au gré de vos désirs le paisible et très conservateur

---

(1) M. Bonjean est Belge.

bourgeois en radical intransigeant, ou faites de l'anarchiste un partisan du droit divin tout confit en dévotion, et votre élection est assurée!

Le comble, aux yeux de M. Bonjean, serait de suggérer à un orateur politique de monter à la tribune et de soutenir avec fongue et virulence des idées absolument contraires aux idées de toute sa vie et à ses aspirations les plus chères. Pour nous, le comble, pour parler le langage de M. Bonjean, est qu'il ait pu écrire, sans craindre d'être accusé de fumisterie, les étonnantes lignes que voici : « Que le lecteur jette au hasard un coup d'œil sur tout ce qui l'entoure, sur son milieu, sur ses affections, sur son voisinage, sur ses intérêts, sur ses jouissances, sur ses passions, sur la société qu'il fréquente, sur la maison qu'il habite, sur la loge qu'il occupe au théâtre, sur le domestique qu'il loue, sur les denrées qu'il achète, sur les livres qu'il lit, sur sa famille, sur ses amis, sur les malheureux qu'il secourt, sur la voiture qui le conduit au bal, sur les usines dans lesquelles s'entasse la grande famille prolétarienne, et il verra surgir, dans une formidable emmêlée, les contrats de location, de vente, de prêt, d'association, les servitudes de passage, de tour d'échelle, de jour, de mi-toyenneté, le mariage quant aux personnes et quant aux biens, l'article 1382 du Code civil avec son interminable cortège d'actions en dommages-intérêts, les donations entre vivis, les conventions hypothécaires, l'acceptation, l'endossement ou l'aval des lettres de change, les assurances sur la vie ou contre l'incendie, les liquidations, les concordats, les séparations de biens, les désaveux, les successions, les tutelles ; et pas un élément, mais pas un de cette énumération très incomplète, et à laquelle on ajouterait des pages, qui puisse se vanter d'échapper à la suggestion, c'est-à-dire au péril hypnotique ! »

Je ne veux pas insister davantage ; ce serait abuser de la patience des lecteurs des *Annales*. Je veux pourtant dire en terminant que si le livre de M. Bonjean manque de cette rigueur scientifique qu'il dénie à ses adversaires et en particulier à l'École de la Salpêtrière, il est tout plein d'une savoureuse originalité, d'un entrain, d'une verve inépuisables, et qu'à le lire on trouve non seulement beaucoup de plaisir, mais encore quelque profit. Il ne nous apporte pas encore, il est vrai, le cadavre authentique qui manque au péril hypnotique pour s'assurer une existence indiscutable ; mais il nous fait part, en passant, d'une précieuse notion d'histoire contemporaine : bien peu de gens se doutaient qu'en signant son abdication, le roi Milan avait probablement cédé à une suggestion magnétique. Ce crime par suggestion joint à ceux de Troppmann, de Fenayrou, d'Eyraud et de Chambige ne justifie-t-il pas dans une certaine mesure la réalité du péril hypnotique, ou tout au moins n'est-ce pas le cas de dire que s'il n'existant pas il fallait l'inventer, ne fût-ce que pour l'élucidation des arcanes de la politique contemporaine, et l'ébattement de ceux qui trouvaient que l'hypnotisme commençait à tourner à la monotonie ?

---

---

# SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

---

SÉANCE DU 25 JANVIER 1892

**Présidence de MM. BOUCHEREAU et Th. ROUSSEL.**

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

*Installation du Bureau.*

M. BOUCHEREAU. — Messieurs et chers confrères, au moment où mon mandat expire, je tiens à vous renouveler l'assurance de toute ma gratitude pour le témoignage d'estime que vous m'avez donné ; je tiens en haute estime la distinction que vos suffrages m'avaient décerné, car elle constitue à mes yeux la plus grande récompense que peuvent accorder à l'un d'eux des hommes poursuivant les mêmes études et animés d'un zèle égal pour l'amélioration du sort des malades confiés à leurs soins.

Grâce à vous, ma tâche a été facile ; permettez-moi de vous remercier du ton de nos discussions : vous avez montré que l'on pouvait différer d'opinion sur le terrain scientifique sans qu'il en résulte plus tard des froissements trop vifs dans les rapports obligés entre confrères ; c'est là un résultat acquis, auquel j'applaudis avec vous. Durant un an, en qualité de vice-président, je me suis habitué à ma mission nouvelle aux côtés de M. Ball. Je puis en toute équité rendre justice à son enseignement, à ses écrits, à son mérite ; il compte ici parmi nous des élèves distingués ; nos relations à tous deux, déjà très anciennes, ont toujours été faciles et courtoises. Le jour où j'ai été appelé à lui succéder, j'ai senti d'autant plus l'honneur que vous me faisiez, que je voyais en même temps M. Th. Roussel désigné pour la vice-présidence. L'appui bienveillant de ce savant si

digne de nos respects à tous m'a été fort utile. M. Roussel, sénateur, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, n'avait pas besoin de rappeler devant nous ses services à Bicêtre, à la Salpêtrière, au début de la carrière, pour justifier sa présence à notre tête ; depuis vingt ans, passés au sein des assemblées politiques, dans les divers congrès, il a toujours été le défenseur le plus dévoué de la cause des aliénés. Nul n'a travaillé plus que lui à introduire dans nos lois de sages prescriptions destinées à combattre le développement de la folie ; de tout temps on l'a vu au premier rang parmi les hommes politiques et les savants dont les efforts tendent à assurer l'amélioration de notre race et la prospérité de notre pays : voilà des titres légitimes à nos suffrages et à la reconnaissance unanime de nos compatriotes. M. Roussel a négligé de le dire ; mais cela serait manquer à la vérité que de se dispenser de le rappeler devant vous. En quittant ce fauteuil, permettez-moi d'évoquer encore une fois les noms de plusieurs de vos anciens présidents, qui ont été mes maîtres et qui ont honoré la médecine française.

Baillarger, Falret, Mitivié, Moreau (de Tours), Voisin : à des titres divers, j'ai suivi les services, écouté les leçons, et profité des conseils de ces hommes distingués ; plusieurs ont laissé des fils que j'ai retrouvés dans cette enceinte et avec qui j'ai été heureux de contracter des liens d'amitié ; aussi, chaque fois que nous avons l'occasion d'applaudir aux succès des fils, nul ne s'y associe avec une émotion plus vive que moi-même, j'unis dans un même hommage les pères aux fils dans nos applaudissements.

Parmi les lectures faites devant la Société dans le cours de l'année écoulée, il y a surtout lieu de rappeler à vos souvenirs l'éloge des deux Foville par notre éloquent secrétaire général, M. Ritti, qui a mis dans cette œuvre tout son talent et tout son cœur. Il était juste de faire passer sous les yeux des générations nouvelles un peu promptes à oublier les travaux originaux du père, en même temps que les services et les écrits du fils. Dans Foville fils, M. Ritti a peint l'écrivain, le médecin, l'inspecteur, l'administrateur, le confrère sous des traits aussi vifs qu'attachants. Foville Achille a

provoqué durant sa vie des contradictions un peu vives, mais il a recueilli également des amitiés dévouées qui demeurent attachées à sa mémoire, et sauraient au besoin la défendre, si cela était nécessaire. Nous devons remercier M. Ritti de son discours. Notre Société lui en a témoigné sa reconnaissance d'un mouvement unanime.

Ce n'est pas le moment de donner une analyse complète des discussions qui ont occupé votre attention durant l'année écoulée ; il me suffira d'indiquer les principales.

MM. Marandon de Montyel et Christian ont traité la question des aliénés criminels ; le débat a été brillant, mais n'a pas épuisé la question ; l'état présent de la science ne comporte pas une solution définitive.

MM. Rouillard, A. Voisin, Gilbert Ballet, Charpentier, Christian nous ont entretenu des troubles mentaux dans le cours ou à la suite de la scarlatine ; chacun d'eux nous a présenté à l'appui des considérations du plus grand intérêt. M. Garnier a abordé le projet de révision de la loi 1838 ; M. Séglas, un des plus laborieux parmi nos confrères, nous a apporté le résultat de ses observations sagaces ; il nous a entretenu du mutisme mélancolique, de l'obsession hallucinatoire et de l'hallucination obsédante.

De plus en plus, notre Société écarte de ses ordres du jour les discussions relatives à la psychologie, et se renferme dans la pathologie mentale. Faut-il voir dans cette habitude une tendance définitive ou un accident passager ? L'avenir seul le dira ; nous le mentionnons, sans chercher à l'interpréter ; mais nous ne pouvons nous dissimuler que beaucoup de sujets inscrits dans nos statuts, et ayant fixé l'attention de nos prédecesseurs paraissent définitivement éliminés de nos délibérations habituelles.

Cette année, un événement important s'est accompli, auquel notre Société a pris une part considérable et susceptible d'avoir sur la marche de notre science une influence légitime dans l'avenir. Le deuxième Congrès de science mentale s'est tenu à Lyon dans les premiers jours d'août 1891. Les médecins de langue française avaient été convoqués, des médecins suisses, des méde-

cins russes, beaucoup de nos confrères y ont pris une part brillante.

Le Congrès a parfaitement réussi ; le principal mérite en revient à nos confrères lyonnais, et en particulier à M. A. Carrier, le secrétaire général, et aux divers orateurs qui ont pris la parole. Le *Bulletin*, qui va paraître prochainement, reproduira dans sa forme scientifique et exacte tout le travail accompli par le Congrès. En attendant, on nous permettra de dire combien a été brillante et cordiale la réception faite aux membres du Congrès par M. Ravaud, préfet du Rhône, par M. le maire de Lyon et les autorités municipales, par M. Rebattel au nom du Conseil général du Rhône, lors des diverses excursions accomplies.

Il y a là un ensemble de faits dont notre Société doit conserver le souvenir dans l'intérêt des futures congrès de médecine mentale.

J'adresse en votre nom mes plus sincères félicitations à ceux de nos confrères qui ont obtenu des prix ou des récompenses de diverses sociétés savantes durant l'année 1891.

Aussi c'est avec une vive satisfaction que je mentionne leurs noms :

A l'Académie de médecine, MM. Camusset et Vallon, ont obtenu le prix Civrieux. La question proposée était : « Des rémissions dans la paralysie générale. »

M. Legrain a eu une mention honorable (prix Alvarenga) pour son livre « Héritéité et alcoolisme, de l'alcoolisme avec l'héritéité ascendante ».

A l'Académie des sciences :

Prix Montyon de médecine et de chirurgie — Citation M. Paul Garnier, pour son livre « la folie à Paris » ; mention honorable : MM. Legrain et Sollier.

Notre Société, dans sa séance solennelle, a décerné le prix Esquirol à M. Bonnet.

Le prix Belhomme, à MM. Marie et Bonnet, avec mention honorable à M. Armand Guibert.

Le prix Aubanel n'a pas été délivré ; mais une récompense a été accordée à MM. Mabille et Lallamant.

J'accomplis, messieurs, un des devoirs les plus doux attachés aux fonctions de président en rappelant à vos

souvenirs les succès obtenus par nos confrères durant l'année écoulée.

Des deuils ont frappé notre Société. Le premier en date et le plus sensible pour nous a été Baillarger. Son nom est désormais inscrit dans l'histoire de notre science. Des discours ont été prononcés sur sa tombe, des articles consacrés à sa mémoire : pleine justice lui a été rendue. Son buste dressé à la Salpêtrière reproduira prochainement pour ceux qui ne l'ont pas connu sa figure si sympathique à nous tous. Avec la publication de ses œuvres complètes, il peut compter sur la justice de la part de la postérité.

Guignard, membre titulaire, nous a été enlevé. C'était un administrateur distingué, qui s'est montré citoyen dévoué dans des moments difficiles où la patrie manquait surtout de serviteurs expérimentés ; puis Alphandry, membre correspondant et, enfin, Obersteiner Henri, associé étranger, aliéniste très apprécié, père de notre collègue le professeur Obersteiner (de Vienne).

A la mémoire de ces regrettés confrères, nous offrons l'hommage de notre respectueux souvenir.

De nouveaux membres sont venus remplir les vides existants :

Comme membres titulaires : MM. Joffroy, Huet, René Semelaigne, Sollier ;

En qualité de membres correspondants : MM. Dumaz, Delaporte, Blin, Beugnies-Corbeau, Meilhon.

Nous souhaitons la bienvenue à tous nos nouveaux confrères. Nous comptons sur leur collaboration active à nos travaux, c'est un devoir obligatoire pour eux de nous apporter des communications intéressantes en grand nombre.

Messieurs, pardonnez-moi d'avoir retenu plus long-temps votre attention que je n'aurais voulu.

En terminant, je vous remercie très sincèrement et je prie de prendre place au bureau comme :

*Président : M. Roussel.*

*Vice-président : M. Christian.*

*Secrétaire général : M. Ritti.*

*Secrétaire des séances : MM. Sollier, R. Semelaigne.*

*Trésorier-archiviste : M. A. Voisin.*

M. TH. ROUSSEL. — Messieurs, en venant prendre cette place, si j'avais encore à vous parler de moi et de l'honneur qui m'est fait, je ne pourrais que répéter ce que j'ai dit l'année dernière lorsqu'en me nommant vice-président vous avez ainsi marqué l'heure où je viendrais remplacer, à son fauteuil, le président qui vient de le quitter. Je me bornerai donc à vous renouveler mes remerciements, sans phrases, et je ne veux pas retarder la reprise de vos travaux.

J'ai seulement un devoir à remplir, celui de remercier mon honoré prédécesseur des services qu'il a rendus à la Société pendant l'année sur laquelle il vient de vous présenter un intéressant compte rendu. Je suis sûr d'être l'interprète des sentiments unanimes de la Société.

Je lui dois aussi des remerciements en mon nom personnel, non seulement pour les prévenances aimables dont j'ai été l'objet pendant que j'avais l'honneur de siéger à son côté, mais aussi pour la bienveillance extrême avec laquelle il vient de parler de moi, dans le compte rendu qui nous a été présenté. Je n'ai pu entendre qu'avec plaisir les paroles élogieuses qui m'ont été adressées, parce que je les sais sincères; mais j'avoue que ce n'est pas sans un peu de confusion que j'ai entendu lire cette série de noms des hommes marquants qui ont, depuis l'origine de la Société, occupé le fauteuil où je suis appelé à m'asseoir, titre qui se complète par le nom de M. Bouchereau. Je ne puis me faire l'illusion de rendre à la Société des services égaux à ceux qu'elle a reçus de mes devanciers. Je leur succède, mais sans prétendre à les remplacer. Je compte du moins que votre bienveillance me soutiendra jusqu'au bout de ma tâche. J'entre en matière en donnant la parole à M. le secrétaire général.

*TGII. Correspondance et présentations d'ouvrages.*

La correspondance manuscrite comprend :

1<sup>o</sup> Une lettre de M. Pactet, chef de la clinique des maladies mentales de la Faculté de Paris, sollicitant le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Ball, Falret et Garnier, rapporteur.

2<sup>o</sup> Une lettre de M. Nicoulau, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Yon, sollicitant le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Bouchereau, Ritti et Saury, rapporteur.

3<sup>o</sup> Une lettre de M. H. Colin, médecin-adjoint de l'asile Sainte-Gemmes, sollicitant le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Delasiauve, Magnan et Briand, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1<sup>o</sup> Les brochures suivantes du professeur Enrico Morselli, de Gênes :

a) *La Dismorfofobia e la Tafefobia;*

b) *Programma del Corso libero di sociologia criminale e di pricologia firense;*

c) *La psichiatria moderna nel suoi rapporti con le altre scienze;*

d) *Su alcuni effetti neuro e psicopatici dell'influenza.*

Ces brochures sont renvoyées à l'examen de M. Ph. Chaslin.

2<sup>o</sup> *Le degenerazioni psico-sessuali nella vita degli individui e nella storia delle società*; par le Dr Silvio Venturi. — Renvoyé à l'examen de M. Moreau (de Tours);

3<sup>o</sup> Le numéro de janvier 1892 de la *Revue de l'hypnotisme*;

4<sup>o</sup> Le numéro de décembre 1891 du *Bulletin de la Société médicale et scientifique de l'Ouest*.

#### *Rapport de la Commission des finances.*

M. MITIVIÉ. — Messieurs, votre Commission des finances, composée de MM. Falret et Mitivé, a constaté, après examen, la parfaite régularité des comptes du trésorier et la situation suivante :

Encaisse de la Société au 31 décembre 1890 . . . . .	8,639	fr. 95	c.
Recettes de l'année 1891 . . . . .	1,493	»	
Formant un total de . . . . .	10,132	95	
Les dépenses étant de . . . . .	1,068	15	
Il reste en caisse un excédent de recettes de . . . . .	9,064	fr. 80	c.

Se décomposant de la façon suivante :	
Rente et legs Bourdin. . . . .	5,090 fr. 05 c.
Argent disponible. . . . .	3,974 75
Total égal. . . . .	9,064 fr. 80 c.

Ces différents comptes spéciaux, après le prélèvement des prix distribués en 1891, offrent l'encaisse suivante au 31 décembre 1891 :

Caisse Aubanel. . . . .	2,594 fr. 45 c.
Caisse Belhomme. . . . .	335 »
Caisse Moreau (de Tours) . . . . .	350 »

Ces différentes sommes forment avec les recettes précédentes un total de 12,344 fr. 25 c., représentant l'avoir disponible de la Société au 31 décembre 1891.

Cet exposé montre suffisamment l'état prospère des finances de la Société et la sagesse avec laquelle M. le trésorier les administre.

Votre Commission vous propose d'adresser des remerciements à ce dernier et d'approuver les comptes de l'année 1891.

Il résulte encore du compte ci-dessus, qu'en ajoutant les arrérages à toucher en 1892, les sommes disponibles pour les prix à décerner cette année s'élèvent aux chiffres suivants :

Caisse Aubanel. . . . .	3,394 fr. 45 c.
Caisse Belhomme. . . . .	635 »
Caisse Moreau (de Tours) . . . . .	450 »

Les conclusions de ce rapport sont adoptées, et des remerciements sont votés à M. le trésorier.

#### *Mémoires envoyés pour les prix à décerner en 1892.*

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL énumère les mémoires envoyés à la Société pour les prix à décerner dans la séance solennelle du mois d'avril 1892 :

PRIX AUBANEL. — 2,400 francs. — Question : *Étude sur la fréquence du délire de grandeur dans le délire de persécution.*

Trois mémoires ont été envoyés :

N° 1. — Epigraphe : « Le délire de persécution

n'est pas la conséquence d'une forme de caractère ; il se produit chez des individus très différents les uns des autres par leur humeur habituelle, la nature et le degré de leur intelligence et par leur position sociale. » (Lasègue.)

N° 2. — Epigraphe :

« *Quel esprit ne bat la campagne ?  
Qui ne fait châteaux en Espagne ?... »*  
(La Fontaine.)

N° 3. — Epigraphe : « *Ex mediocritate meâ feci.* »

PRIX ESQUIROL. — 200 francs, plus les œuvres d'Esquirol.

Deux mémoires ont été envoyés :

N° 1. — *Neurasthénie et mélancolie dépressives. Contribution à l'étude de l'étiologie de la mélancolie.* — Epigraphe : « C'est un fait commun dans l'histoire des maladies, que les travaux auxquels elles donnent lieu, changent de forme suivant les temps qui les voient naître. » (Lasègue).

N° 2. — *Contribution à l'étude des troubles de la sensibilité et des réflexes dans la paralysie générale.* — Epigraphe : « La paralysie générale est la maladie du siècle. » (Ball.)

PRIX MOREAU (DE TOURS). — 200 francs.

Six mémoires ont été envoyés :

N° 1. — *Des auto-intoxications dans les maladies mentales*; par le Dr André Chevalier-Lavaure.

N° 2. — *Hystérie mâle et dégénérescence*; par le Dr G. Roubinovitch.

N° 3. — *Essai sur l'état mental des hystériques*; par le Dr Henri Colin.

N° 4. — *Contribution à l'étude de l'épidémie de grippe de 1889-1890, ses rapports avec l'aliénation mentale*; par le Dr Albert Leledy.

N° 5. — *Recherches sur les modifications de la pupille chez l'homme sain, l'épileptique et l'hystérique*; par le Dr F.-J. Bosc.

N° 6. — *Etude sur quelques symptômes des délires systématisés et sur leur valeur*; par le Dr A. Marie.

*Nomination des commissions de prix :*

Commission du prix Aubanel : MM. Arnaud, Falret, Garnier, Séglas, Sollier.

Commission du prix Esquirol : MM. Bouchereau, Falret, Mitivié, Ritti, René Semelaigne.

Commission du prix Moreau (de Tours) : MM. Chaslin, Luys, Moreau (de Tours), Saury, Vallon.

*Rapports des candidatures.*

M. BRIAND. — Messieurs, vous avez chargé une Commission composée de MM. Delasiauve, Magnan et Briand de vous faire un rapport sur la candidature de M. le Dr Paul Sérieux au titre de membre correspondant.

Ancien interne des asiles de la Seine, reçu le premier au concours de l'adjuvat des asiles à la suite de brillantes épreuves, M. Sérieux n'est point un inconnu pour la Société. Elle lui a décerné une récompense de 600 francs pour un mémoire proposé pour le prix Belhomme en 1890. Ce travail, qui a pour objet l'étude de l'état mental et du délire chez l'idiot et l'imbécile, a fait l'objet d'un rapport élogieux inséré dans vos comptes rendus ; nous n'y insisterons pas.

M. Sérieux vous adresse à l'appui de sa candidature les travaux suivants : *Note sur un cas d'automatisme des centres génito-spinaux chez la femme.* (*Revue de l'hypnotisme* 1891.) Il s'agit d'une observation de crises clitoridiennes chez une dégénérée non tabétique. Ces troubles génitaux amenèrent un état neurasthénique sur lequel vinrent se greffer des impulsions et des idées mélancoliques.

La thèse de M. Sérieux a pour titre : *Recherches cliniques sur les anomalies de l'instinct sexuel*; elle a obtenu de la Faculté une mention honorable. Dans ce travail, basé sur un grand nombre d'observations personnelles, l'auteur insiste sur la fréquence des troubles sexuels chez les aliénés. M. Sérieux étudie chez les dégénérés les anomalies d'origine médullaire (le pria-

pisme, etc.), l'excitation générésique chez les enfants qui coïncide avec d'autres stigmates psychiques de dégénérescence, les impulsions érotiques perverses périodiques comparables à la dipsomanie, l'inversion congénitale de l'instinct sexuel, l'inversion sexuelle acquise qui survient chez des prédisposés sous l'influence du milieu ou consécutivement, soit à la neurasthénie sexuelle, soit à une transformation de la personnalité.

L'auteur étudie ensuite les manifestations sexuelles morbides de l'hystérie, de l'épilepsie, de la neurasthénie, de la mélancolie et des autres affections mentales.

Dans une note qui a pour titre : *Choc nerveux local et hystéro-traumatisme* (*Arch. Neurol.*, 1891), M. Sérieux rapporte l'observation d'une femme qui, à la suite d'une piqûre d'épingle, fut prise de troubles moteurs et sensitifs qui durèrent à peine quarante-huit heures. Il pense que ce cas doit servir de transition entre les phénomènes physiologiques très fugaces du choc nerveux local et les troubles fonctionnels parfois persistants de l'hystéro-traumatisme.

M. Sérieux rapporte une autre observation intéressante sur un cas de paralysie hystéro-traumatique des quatre membres (*Archives de Neurologie*, n° 64). A la suite d'une violente émotion, une jeune fille fut prise de phénomènes convulsifs et délirants dans le cours desquels les membres supérieurs et inférieurs furent soumis à des traumatismes ; quelques jours après se développait une paralysie des quatre membres. Par ses symptômes les plus importants, cette observation est conforme à la description classique des accidents hystéro-traumatiques ; mais il existait en outre des particularités intéressantes : telles que la répartition anormale des troubles sensitifs, la variation brusque des limites des territoires anesthésiés, la dissociation des troubles des diverses sensibilités, l'existence de troubles vaso-moteurs, la disparition de l'excitabilité faradique et la coexistence de chorée électrique.

Citons encore un article sur la *pneumonie et les bains froids* (*Gazette médicale de Paris*, 4 avril 1891) : l'auteur rapporte deux observations de pneumonies très graves traitées par les bains et suivies de guérison.

Dans un travail entrepris en collaboration avec le

D<sup>r</sup> Ramadier : *D'une malformation spéciale de la poitrine (thorax en entonnoir)* (*Nouv. Iconog. de la Salpétrière*, 1891), les auteurs ont étudié une malformation peu connue, en France du moins ; ils ont réuni tous les cas publiés antérieurement, au nombre d'une dizaine, y ont ajouté cinq cas personnels et ont conclu en admettant que le thorax en entonnoir n'a rien à voir avec le rachitisme, qu'il coïncide souvent avec d'autres signes physiques de dégénérescence, qu'il se rencontre surtout chez des épileptiques, des idiots, des dégénérés, et qu'il est en relation étroite avec l'hérédité morbide.

Dans un travail très complet : *Le délire chronique à évolution systématique et les psychoses des dégénérés*. (*Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, 1889-1890), M. Sérieux décrit l'évolution de cette psychose ; il insiste sur le diagnostic : facile à distinguer du délire hypocondriaque, des états mélancoliques et des délires hallucinatoires aigus, le délire chronique doit être nettement séparé des diverses psychoses propres aux dégénérés : (a), psychose des persécutés-persécuteurs ; (b), délires de persécution systématisés, hallucinatoires, souvent polymorphes, de courte ou quelquefois de longue durée, sans tendance évolutive ; (c), délire de persécution systématisé non hallucinatoire à base d'interprétations délirantes ; (d), mégalomanie avec ou sans hallucinations.

Signalons enfin : *Une note sur un cas de cécité verbale avec paralysie du facial supérieur*. L'autopsie démontre l'existence, entre autres lésions, de deux foyers symétriques des plis courbes. (*Bulletin Soc. anat.*, 1891.)

Un travail fait en collaboration avec M. le D<sup>r</sup> Magnan sur les aliénés persécuteurs. (*Revue générale des sciences*, 1891.)

Une note, en collaboration avec M. le D<sup>r</sup> Ramadier, sur l'emploi du chlorhydrate d'hyoscine chez les aliénés, ses avantages et son innocuité. (*Société de thérapeutique*, 1891.)

Une communication sur un cas d'agraphie d'origine sensorielle avec autopsie (*Société de Biologie*, novembre 1891). A l'autopsie d'une femme atteinte de surdité corticale, de cécité verbale et psychique accompagnée de paraphasie et d'agraphie, l'auteur ne trouve point de

lésions des circonvolutions motrices, et en particulier de la deuxième frontale ; mais il existe deux foyers de ramollissement symétriques au niveau du lobule pariétal inférieur et un troisième au niveau de la région rétro-insulaire. Ce cas est intéressant en ce qu'il montre la possibilité de l'existence de troubles de l'écriture en dehors de toute lésion des centres psycho-moteurs.

Enfin, tout récemment, M. Sérieux a lu à la Société de Biologie (janvier 1892), une *note sur un cas de cécité verbale avec agraphie suivi d'autopsie*. On ne constate, pour expliquer les deux symptômes observés pendant la vie, qu'une seule lésion, un ramollissement du lobule pariétal inférieur gauche ; les circonvolutions frontales étaient indemnes. Ce fait démontre d'une façon très précise l'existence d'une agraphie d'origine sensorielle.

Nous croyons, Messieurs, devoir recommander à vos suffrages la candidature de ce jeune confrère et nous espérons que vous voudrez bien lui accorder le titre de membre correspondant de votre Société.

Conformément à ces conclusions, M. Sérieux est, à l'unanimité des membres présents, nommé membre correspondant.

**M. VALLON.** — Messieurs, vous avez chargé une Commission composée de MM. Falret, Ritti et Vallon, de vous faire un rapport sur la candidature de M. le Dr Bonnet, qui sollicite le titre de membre correspondant de notre Société.

La tâche de votre Commission a été facile et mon rapport sera bref ; en effet, les travaux que M. Bonnet présente à l'appui de sa candidature sont déjà connus de vous ; ils lui ont valu l'année dernière le prix Esquirol et le prix Belhomme. Le mémoire du prix Esquirol traité *des rapports de la syphilis et de l'alcoolisme avec la paralysie générale* ; le travail en collaboration avec M. Marie, qui a mérité le prix Belhomme, est une étude fort remarquable de *la vision chez les idiots et les imbeciles*.

Je n'aurais garde de vous faire une analyse de ces mémoires, de vous en donner une appréciation, je ne pourrais que répéter ce qu'ont si bien dit les rapporteurs des prix, MM. Arnaud et Pichon.

M. Bonnet a été pendant deux ans et demi mon

collaborateur à Villejuif, six mois comme interne provisoire et deux ans comme interne titulaire ; j'ai été ainsi à même, mieux que personne, d'apprécier ses nombreuses qualités, et c'est pour moi un véritable plaisir que d'y rendre hommage aujourd'hui. Son zèle, son activité, son labeur assidu viennent d'ailleurs d'obtenir une nouvelle récompense : notre confrère, après de très bonnes épreuves, a été nommé médecin adjoint avec le numéro 1 pour la région de Lyon, et appelé immédiatement au poste vacant de Saint-Robert.

Je suis persuadé qu'à Grenoble, M. Bonnet persévétera dans la voie des recherches où il est déjà entré : le passé est ici un sûr garant de l'avenir.

Vous le voyez, Messieurs, M. Bonnet est digne à tous égards de faire partie de notre Société, aussi votre Commission vous demande-t-elle de lui accorder le titre qu'il sollicite ; en ratifiant nos propositions, vous vous attacherez un collègue sur le concours scientifique duquel vous pourrez certainement compter.

Conformément à ces conclusions, M. Bonnet est, à l'unanimité des membres présents, nommé membre correspondant.

M. ARNAUD. — Messieurs, je suis chargé, au nom d'une Commission composée de MM. Bouchereau, Vallon et Arnaud, rapporteur, de vous présenter la candidature de M. le Dr Marie, médecin-adjoint de l'asile d'Evreux, qui demande à devenir membre correspondant de la Société médico-psychologique.

Mon rapport sera bref, quelques-uns des nombreux titres du candidat ayant été déjà favorablement appréciés par la Société. Le Dr Marie est deux fois votre lauréat : il a obtenu le prix Esquirol en 1890 et le prix Belhomme en 1891, ce dernier pour un travail fait en collaboration avec le Dr Bonnet. Ces titres ne sont pas les seuls. Dès le début de sa carrière médicale, le Dr Marie a été interne-lauréat des hôpitaux de Grenoble et prosecteur à l'École de médecine de la même ville. En 1887, il obtient une médaille d'honneur du ministère pour son dévouement pendant une épidémie de scarlatine et de diphtérie. Un peu plus tard, nous le retrouvons à Paris externe des hôpitaux et attaché,

comme élève de l'Ecole des hautes-études, au laboratoire d'anatomie comparée du professeur Gervais, au Muséum (1888).

Vous le voyez, Messieurs, avant d'aborder notre spécialité, le Dr Marie avait déjà fait ses preuves. Il est nommé interne des asiles de la Seine en 1888, et, deux ans plus tard, il remporte, après un brillant concours, la médaille d'or (bourse de voyage) des asiles et hospices de la Seine; la même année, il obtient la seconde place au concours des médecins-adjoints des asiles de la Seine.

Entre temps, toujours infatigable, il se fait recevoir, également au concours, aide de clinique aux Quinze-Vingts. Dans cette dernière branche d'études spéciales, il acquiert en ophtalmologie de solides connaissances dont il a su tirer le meilleur parti dans sa thèse sur les *troubles oculaires chez les paralytiques généraux* (1890) et dans son mémoire pour le prix Belhomme, dont le sujet était : *De la vision chez les imbéciles et les idiots*. Il me suffira de vous rappeler le titre de ce mémoire, ainsi que celui du travail auquel vous avez décerné le prix Esquirol et qui étudiait les *ictus congestifs dans la paralysie générale*; ces deux travaux ont donné lieu à d'excellents rapports de nos collègues les Drs Pichon et Séglas.

Après sa nomination comme médecin-adjoint, le Dr Marie est envoyé successivement à l'asile de Mayenne et à l'asile d'Evreux. Son ardeur au travail ne se ralentit pas un instant. Il publie coup sur coup un rapport sur l'asile de Mayenne en collaboration avec le Dr Friese, son médecin en chef, — et les comptes rendus des congrès de Lyon, de Londres et de Marseille. (*Progrès médical*, 1891.) A cette liste déjà longue, il convient d'ajouter la publication de leçons cliniques faites à la Salpêtrière par MM. Séglas et A. Voisin ; enfin, une intéressante communication au dernier congrès de Lyon, en collaboration avec le Dr Bonnet, sur les *rapports de la syphilis et de la paralysie générale*.

Il me paraît superflu, Messieurs, d'insister davantage. Je crois vous avoir montré qu'en accordant au Dr Marie le titre de membre correspondant, vous vous attacherez un collègue laborieux et distingué. C'est

avec confiance que j'ai l'honneur de le proposer à vos suffrages.

Conformément à ces conclusions, M. Marie est nommé membre correspondant, à l'unanimité des membres présents.

La séance est levée à cinq heures et quart.

RENÉ SEMELAIGNE.

---



---

# REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

---

## JOURNAUX ANGLAIS

### **The Journal of Mental science (1888).**

I. — *Distribution du plomb dans deux cerveaux d'ouvriers, morts subitement*; par A. Wynter Blyth (numéro de janvier). — De 1884 à 1886, on a eu à constater, dans une fabrique de céruse, la mort presque soudaine de cinq ouvriers. Ces individus présentaient des symptômes bénins d'intoxication saturnine : le liséré gingival, quelques malaises sans importance. Deux autopsies ont pu être pratiquées, et le foie, le rein, le cerveau ont été soumis à l'analyse chimique. Il faut retenir de ces recherches les résultats suivants, en ce qui touche l'en-céphale :

74 p. 100 du plomb contenu dans le cerveau étaient combinés chimiquement avec un ou plusieurs des composés azotés et phosphatés contenus dans la matière cérébrale.

La deuxième analyse a permis de constater un fait intéressant : le cervelet est l'organe où l'on trouve le plus de plomb. Il en contient 1,07 pour 1,000 parties, le cerveau n'en retenant que 0,92.

Le produit de combinaison, d'après Thudicum, est un sel de plomb et de céphaline, C 42 H 75, Pb 2 NPO 13. Ce chimiste écrit que la céphaline représente une proportion de 54 p. 100 sur la masse totale du cerveau, d'où M. Blyth conclut que, chez les saturnins, 25 p. 100 de la céphaline peuvent être transformés en sels de plomb par la substitution d'une molécule de plomb à une molécule d'hydrogène. Il insiste sur les désordres fonctionnels qui doivent résulter de cette altération de tissu.

II. — *Hémorragies et fausses membranes sous la dure-mère, se produisant chez les aliénés (y compris la prétendue pachyméningite)*; par le Dr Jh. Wiglesworth (numéro de janvier). — Le titre même de ce travail indique que son auteur n'admet pas la genèse pachyméningite. La théorie inflammatoire de

Virchow est, d'après lui, contredite par les faits ; la formation de l'hématome résulte simplement de l'organisation d'un caillot hémorragique.

Des opinions opposées se sont fait jour sur cette question. Pour ne citer que l'Angleterre, l'hypothèse de l'inflammation a pour partisan Savage et pour adversaire Clouston qui va jusqu'à traiter de ridicule la doctrine des Allemands.

M. Wiglesworth apporte une contribution imposante de faits. Sur 400 sujets, il a trouvé 42 hémorragies méningées avec ou sans fausses membranes. Les affections mentales étaient réparties comme il suit :

Paralysie générale . . . . .	22
Mélancolie aiguë . . . . .	3
— chronique . . . . .	2
Stupidité . . . . .	1
Épilepsie et manie . . . . .	1
Manie chronique . . . . .	4
Manie et démence . . . . .	2
Démence consécutive . . . . .	4
Démence sénile . . . . .	3
	<hr/>
	42

La cavité arachnoïdienne a présenté des aspects variés : chez un seul sujet, elle ne contenait que du sang liquide ; dans sept autres, il y avait un caillot récent. Les trente-quatre restants offraient une membrane plus ou moins apparente et adhérente. Parmi ces derniers, la membrane avait l'aspect du sang coagulé (18) ou était de consistance gélatineuse ou fibrineuse (15).

L'épanchement hématique présentait donc tous les degrés, depuis la simple hémorragie jusqu'au caillot enkysté ; notre confrère en conclut que la membrane n'est jamais primitive, mais qu'elle est le produit de l'organisation du caillot, qu'il assimile aux caillots fibrineux qu'on trouve dans les veines, adhérents aux parois du vaisseau.

On a trouvé, il est vrai, chez certains cadavres, une accumulation de leucocytes, vestige évident d'une phlogose, à la surface de la dure-mère. A cette objection, M. Wiglesworth répond que le processus inflammatoire dont la fibreuse a été le siège, et qu'il ne nie pas, est le résultat de l'irritation secondaire, déterminée par le caillot.

Autre objection. La membrane trouvée chez certains sujets paraissait de date ancienne. Pour expliquer ce fait non contesté, l'auteur du mémoire affirme que ces malades avaient tous présenté, à une période de leur existence, des symptômes d'hémorragie cérébrale et qu'ils avaient guéri. La membrane consécutive à l'épanchement sanguin, avait persisté et pris la texture fibrineuse.

Il s'occupe ensuite du mécanisme des hémorragies méningées et remarque qu'elles se produisent chez les sujets présentant une congestion céphalique intense.

Dans deux autopsies, on a découvert simultanément une thrombose du sinus longitudinal supérieur et de petites hémorragies punctiformes à la surface de l'écorce.

Dans la statistique ci-dessus, il n'y a pas moins de vingt-deux paralysés généraux sur quarante-deux malades, et l'on sait que la paralysie générale est une affection éminemment congestive.

Cette hyperémie des méninges coïncidant avec l'atrophie et le retrait de la masse nerveuse, favorise la rupture des vaisseaux. D'ordinaire, le vide laissé par le retrait du cerveau est rempli par de la sérosité. Mais les tuniques vasculaires peuvent céder à la pression du sang, qui fait irruption dans la cavité de l'arachnoïde. L'hémorragie est primitive et c'est autour de la masse sanguine que prend naissance la fausse membrane.

III. — *Folie du doute*; par M. le professeur Kowalewski (numéro de janvier). — Les psychoses héréditaires ou dégénératives se divisent en deux groupes, suivant qu'elles se compliquent de lésions du système nerveux (idiotie) ou qu'elles sont de simples modifications dynamiques, fonctionnelles, et que les moyens d'investigation dont la science dispose aujourd'hui n'ont pu mettre en évidence leur nature somatique. Les affections du dernier groupe reposent toutes sur la neurasthénie. C'est le trouble initial qui prépare l'évolution d'autres désordres nerveux plus graves et même de véritables vésanies. L'auteur admet que les psychoses dégénératives passent, avant d'arriver à l'état parfait, par trois degrés successifs : la neurasthénie ouvre la marche ; puis viennent les manifestations pathologiques qu'on pourrait appeler les désordres élémentaires de l'activité mentale — idées impulsives, craintes morbides, anxiété précordiale, agoraphobie, patophobie, etc. — enfin, apparaissent les troubles vésaniques vrais dont l'expression définitive, synthétique, est la folie du doute.

M. Kowaleski insiste sur les phénomènes psychiques qui l'accompagnent et qu'ont fait heureusement ressortir les manigraphes de notre pays : les désordres patophobiques, compliqués d'obsessions, l'anxiété précordiale, le tic (Charcot), la persistance de la conscience; l'absence d'hallucinations, le besoin pour le malade de faire contrôler par d'autres ses propres craintes (Ball).

La partie capitale de ce travail consiste en deux observations d'un grand intérêt, qu'il nous a semblé utile de résumer à cette place.

Une dame de vingt-sept ans, nerveuse, est le sujet de la première. Elle a un cousin épileptique. Le départ de son mari pour la guerre, des hémorragies post-puerpérales sont les causes présumées de la folie. Elle devient soupçonneuse, hypochondriaque, et s'inquiète au sujet de ses organes génitaux qu'elle recouvre, même en été, de plusieurs couches de flanelle. Un jour, une sage-femme lui fait une injection et brise l'instrument en verre qui contient le liquide. Cet accident est le point de départ de terreurs incessantes. La malade a, ce jour même, une crise nerveuse marquée par des étouffements, du tremblement et des sanglots. Elle est tourmentée par la pensée que des fragments de verre sont restés dans le vagin. Puis elle croit en trouver dans ses vêtements, dans son lit, et cette idée fixe la pousse aux actes les plus déraisonnables. Jour et nuit, ce sont des investigations continues: La malade fait laver et sécher sous ses yeux, dans sa chambre, son linge et ses draps, dans la crainte qu'on n'y projette du verre. Entend-elle briser un verre? elle sursaute et pousse des cris. Rencontre-t-elle sur son chemin, un objet en cristal? elle le contourne à distance, sans se dispenser pour cela de secouer sa robe. Plus tard, la sphère de son délire s'est étendue; elle a été envahie par la peur des aiguilles. Elle est obsédée par la pensée que les aiguilles qu'elle voit peuvent se briser et lui entrer dans le corps...

On trouve dans la deuxième observation une association curieuse de la folie du doute avec le délire de persécution.

La comtesse K..., âgée de trente-six ans, est la petite-fille d'un général. Son père est un homme violent; son oncle paternel est épileptique; sa mère est fantasque, excentrique, soupçonneuse.

La malade a six frères, dont un paralysé général, un aliéné, un troisième d'un caractère aventureux qui s'est ruiné dans les affaires et deux affectés de polysarcie.

Elle était elle-même d'un naturel insociable et ne pouvait vivre qu'avec sa mère. Elle a écrit, dans sa jeunesse, son autobiographie où se montrent une mélancolie prématurée, des aspirations non satisfaites, son humeur versatile, son hypocondrie. Recherchée en mariage, son caractère capricieux lui fit rejeter le parti convenable qui s'offrait à elle.

Le mouvement révolutionnaire, qui compromit quelques-uns de ses parents, fit naître chez elle un délire de persécution. Elle se prétendait poursuivie par des ennemis, croyait qu'ils étaient cachés sous le parquet, n'osait s'asseoir sur les sièges, dans la crainte qu'ils ne recélassent quelque danger, etc.

Enfin la folie du doute est venue s'ajouter à ce trouble psychique. La malade était constamment occupée à surveiller les portes qu'elle croyait ouvertes. Elle s'abstenait fréquemment de manger, par crainte du poison. Elle s'adonnait souvent à la lecture. Obsédée par la pensée que ses livres étaient souillés par le contact des autres personnes, elle se livrait à des ablutions minutieuses chaque fois qu'elle touchait un livre. Elle se disait très malade et abusait du régime lacté. Après la rupture d'un second mariage, elle entreprit avec sa mère un voyage d'excursion à travers l'Europe. Il est inutile d'insister sur les ennuis qu'eut alors à subir son entourage, de sa bizarrie et de son humeur insupportable.

Cependant les pratiques absurdes où la poussaient ses conceptions délirantes, le régime débilitant auquel elle s'astreignait, ses insomnies finirent par altérer profondément sa santé physique. C'est alors qu'elle fut observée par notre savant confrère.

*IV.—Cas de sarcomes multiples du cerveau ; par M. Saint-Jean Bullen (numéro de janvier).* — Le cancer de l'encéphale coïncidait avec un néoplasme similaire développé dans la poitrine. Le malade, grand buveur de bière, n'avait pas de parents aliénés ; mais les diathèses tuberculeuse et cancéreuse existaient dans sa famille. Traité d'abord pour un catarrhe bronchique, il présentait au côté droit, sous la clavicule, de la matité avec absence du bruit respiratoire, puis une douleur se propageant vers l'épaule et le cou, des crampes et l'obtusion de la sensibilité. Il eut, en même temps, de la céphalée, des névralgies, des vertiges et un trouble mental marqué par l'altération du caractère, l'indolence, l'apathie, la paresse des idées et de la mémoire, l'insomnie. Il a succombé à l'affection thoracique.

L'autopsie a fait découvrir les lésions suivantes : à la poi-

trine, une tumeur de deux pouces de diamètre existe dans le péricarde ; elle lui est adhérente et une veine pulmonaire la traverse.

Le sommet du poumon droit est envahi par un autre néoplasme qui occupe tout l'espace compris entre la trachée et la première côte.

Sa consistance est molle, difflue en quelques points, sa forme lobulée. D'autres masses cancéreuses existent près de la racine du poumon.

Dans l'encéphale, on trouve, disséminées à la surface des hémisphères, de nombreuses petites tumeurs fongoïdes, variant, pour la dimension, d'une tête d'épingle à un gros pois. Elles occupent le sommet des circonvolutions, et, plus rarement, le fond des sillons. Elles dépassent de une à trois lignes la surface du pli cérébral. C'est à la région frontale qu'elles sont plus abondantes. Quelques-unes ont été arrachées avec les membranes et ont laissé à leur place une excavation irrégulière. On voit alors qu'elles naissent de la substance blanche. Au microscope, ce tissu nouveau a présenté les caractères du sarcome, aussi bien au cerveau que dans la poitrine.

V. — *Etude médico-légale*; par M. Richard Kinkead (numéro de janvier). — C'est une garde-malade qui comparaît devant les assises de Galway, sous l'inculpation de meurtre. Elle a été placée le soir auprès d'un mourant. Le lendemain, la mère de la victime, réveillée par des cris, accourt pour être témoin d'une scène horrible. Dans la cuisine, pièce voisine de la chambre du malade, le corps de celui-ci est étendu par terre entouré de charbons ardents. Autour de ce corps, la garde-malade se livre à des danses, en poussant des invectives.

Elle est sous l'empire d'une idée délirante, et croit avoir sous ses yeux le diable qu'il s'agit de chasser. Cette femme a-t-elle tiré le moribond de son lit pour le jeter dans le feu, ou ce dernier a-t-il pu quitter son lit pour aller dans la cuisine et s'est-il laissé choir dans le foyer d'où la garde l'aurait traîné sur le sol ? Le jour n'a pu se faire sur les circonstances du crime ; on sait seulement qu'une bouteille contenant de l'eau-de-vie, laissée la veille sur la cheminée de la cuisine, a été trouvée vide le lendemain. C'est donc l'alcool qui est l'auteur de ce drame épouvantable. Le jury a déclaré cette femme coupable d'homicide, mais l'a acquittée comme aliénée. Les considérants de l'arrêt sont assez curieux. Après avoir regardé comme punissable tout crime commis sous l'influence de l'ivresse, le

juge accorde le bénéfice de l'irresponsabilité dans le cas où l'inculpé se serait accidentellement trouvé, avant de boire, par suite de l'insomnie ou d'une fatigue extrême, dans une situation telle qu'une faible quantité d'alcool fût suffisante pour le priver de son libre contrôle.

VI. — *Hystérie chez l'homme* ; par M. Francis Clark (numéro de janvier). — Ce travail contient trois observations dont chacune nous a paru intéressante par quelque côté. Nous les résumons à grands traits, bien qu'elles offrent de sérieuses lacunes au point de vue clinique.

1. — Le malade, âgé de vingt-sept ans, garçon de cabaret, a été mordu par un chien. Plusieurs mois après, il présente des attaques convulsives, pendant lesquelles il écume, pousse des aboiements et laisse échapper son urine. Il y a ensuite de l'épistothéos. Pendant l'attaque, dont la durée est de un quart d'heure à une heure, le malade conserve la conscience. Les accès se produisent aisément. La moindre contrariété les provoque. Dans leur intervalle, existe une paralysie des quatre membres et de l'analgésie cutanée. Les réflexes, les fonctions des sphincters, l'intelligence enfin ne sont pas impliqués dans ce trouble nerveux. Enfin, le malade est d'un naturel violent, émotif ; il est pris, à propos du moindre incident, d'éclats de rire inextinguibles.

Cet homme a guéri par un traitement tonique, mais sa convalescence s'est annoncée d'une façon bizarre. Il lisait habituellement le journal et les infirmiers lui retournaient la feuille. Un jour, un infirmier refuse de lui rendre ce service. Le malade entra alors dans une violente colère et parvint à manier son journal sans l'aide de personne. Il avait recouvré l'usage de ses bras. Il n'a pu marcher que beaucoup plus tard.

2. — Il s'agit d'un homme de trente-huit ans, petit, mais robuste, sujet depuis neuf ans à des attaques périodiques de paraplégie, d'une durée de deux à trois semaines. Pendant ces attaques, il est triste, taciturne, et refuse les aliments ; aux autres époques, il est d'une gaieté expansive. La paraplégie se complique de météorisme abdominal. Les réflexes sont normaux ; il n'y a pas d'atrophie musculaire. Ce malade présente une déviation de la colonne vertébrale, sans doute congénitale, sans douleur au rachis. Cette circonstance peut faire hésiter sur le diagnostic. Au surplus, une amélioration a été obtenue par le régime ; les attaques ont diminué de fréquence.

3. — Le sujet de la troisième observation est âgé de soixante-trois ans; cet individu maigre, nerveux, est atteint depuis quatre ans d'une parésie des extrémités inférieures avec fourmillements. Les réflexes sont normaux, les sphincters fonctionnent bien, la sensibilité cutanée est intacte. Quoique cet homme soit infirme et alité, il n'a pas d'escharas. Il a, comme le malade précédent, une innervation du rachis et se livre à l'onanisme. Le traitement a permis à cet homme de quitter son lit, mais il ne lui a pas rendu l'usage de ses membres.

VII. — *Etat actuel de la législation des aliénés en Ecosse;* par le Dr James Rorie (numéro d'avril). — Dans ce mémoire, qu'il a lu à la réunion médico-psychologique d'Edimbourg, l'auteur signale, comme très préjudiciable aux aliénés pauvres, l'influence croissante des conseils de paroisse (Parochial Boards). La loi de 1857 avait pour but de combattre cette influence et de diminuer le rôle prépondérant que jouent, dans l'assistance écossaise, les quartiers d'aliénés annexés aux maisons de pauvres. Cette loi plaçait les aliénés indigents sous le contrôle de conseils de districts (district Boards), indépendants, dégagés de toute pression locale. Malheureusement, des amendements successifs ont rendu insensible aux conseils des paroisses la puissance qu'ils avaient perdue, et c'est sur ce résultat désastreux qu'insiste M. Rorie.

Les aliénés dits inoffensifs sont maintenus aujourd'hui sous leur autorité et placés économiquement dans les maisons de pauvres, pourvu qu'ils soient reconnus n'avoir pas besoin de traitement.

Or, le fait que plusieurs d'entre eux sortent guéris, démontre qu'ils n'auraient pas dû être internés comme incurables. Il est certain que nombre d'aliénés qui auraient pu bénéficier de l'asile ou de la vie familiale sont détenus dans les poor-houses, et la chose est d'autant plus regrettable que ces aliénés n'étant pas l'objet d'un certificat, les conseils de surveillance (board of supervision) refusent d'en connaître et leur séquestration se prolonge indéfiniment. Tels sont les abus contre lesquels proteste M. Rorie. Sa réclamation est d'autant plus opportune que certains asiles de paroisse, tels que celui de Lenzie, par exemple, ont pris un développement considérable qui s'adapte difficilement à l'étroitesse d'une administration locale. Conviendrait-il d'étendre à cette occasion, les attributions déjà trop grandes des conseils de paroisse ?

VIII. — *Langage réflexe*; par M. Robertson (numéro d'avril). — Ce trouble fonctionnel est étudié dans cette note chez deux individus : un vieillard atteint de démence consécutive à plusieurs attaques d'apoplexie ; un dément sénile avec excitation maniaque. Chez ces deux malades, le discours est absolument décousu et cependant on peut en obtenir certaines réponses raisonnables, se rapportant à la question. Ces réponses sont évidemment de nature automatique, réflexe. Ce sont des phrases courtes, qui ont pour caractère d'être usuelles, banales ; elles naissent sans que la conscience intervienne et sont le résultat de la stimulation du cerveau par la question posée. M. Robertson remarque (et c'est là l'intérêt de ces quelques pages) que certaines maladies mentales favorisent la production de ce phénomène.

IX. — *Carcinome secondaire du cerveau simulant une paralysie générale*; par le Dr Percy-Smith (numéro d'avril). — Contrairement à ce qui s'observe dans les cas analogues, où les troubles physiques précédent l'aliénation mentale, le cas clinique rapporté par M. Smith offre cette particularité que les symptômes physiques et mentaux ont débuté simultanément.

Il faut noter, toutefois, que la malade avait été, il y a deux ans, opérée avec succès d'un cancer au sein. A ce moment, l'intelligence ne fut pas atteinte, mais on observa une contraction permanente de la pupille droite.

La malade, femme d'artiste, mère d'un enfant, a eu un frère aliéné. Elle a eu, dans les premières années de sa vie, des attaques convulsives mal définies. En octobre 1886, elle se plaint de vertiges et d'une céphalalgie fronto-occipitale. Jusqu'en janvier 1887, elle n'a présenté d'autre trouble psychique qu'une certaine étrangeté d'allures. Mais, à ce moment, sa conduite est tout à fait déraisonnable, marquée par des actes incohérents. Elle devient apathique ; sa tenue est négligée et sale. Elle est incapable de tenir une conversation. Son écriture est alors intéressante à étudier. Ses phrases très lisibles au début, se terminent par un griffonnage indéchiffrable. En même temps apparaissent des crises épileptiformes, compliquées de vomissements et d'hallucinations de l'ouïe.

A Bethlem, on fait les constatations suivantes : la malade est affaiblie, le teint est terreux, le regard vague, la démarche hésitante et embarrassée. Elle tombe si on lui bande les yeux. Les réflexes sont exagérés. Les mouvements du bras sont pénibles et accompagnés de tremblement ; cependant la préhen-

sion se fait bien. La vue est normale, le fond de l'œil paraît sain. La langue, un peu déviée à gauche, n'est le siège d'aucun tremblement, la commissure labiale gauche est un peu abaissée. L'articulation des mots est lente, pénible, mais nette. La sensibilité générale est intacte. La malade se plaint d'une fatigue générale, d'insomnie et d'une céphalalgie occipitale.

L'état de sa mémoire a varié. Elle s'exaltait par moments et s'obstinait à vouloir se livrer à des travaux de peinture qu'elle ne pouvait exécuter. Enfin, elle vomissait parfois ; mais le symptôme dominant était une prostration physique qui s'augmentait tous les jours.

Vers la fin de sa vie, il y a eu chez la malade une légère amélioration ; elle a recouvré une lucidité suffisante pour apprécier son état. Elle offrait alors une contracture générale des membres et du cou, avec une exagération de la paralysie faciale.

Le 18 décembre, elle fut prise d'attaques convulsives suivies de coma et mourut.

A l'autopsie, on put constater un développement énorme de l'hémisphère droit qui avait refoulé son congénère et recouvert les deux tiers antérieurs du corps calleux.

La substance blanche de cet hémisphère était molle, d'une coloration blanc opaque ; la substance grise, pâle, amincie, invisible par places. On n'a pas trouvé dans cette masse de tumeur définie. L'hémisphère gauche avait conservé sa texture normale ; son volume était considérablement réduit par suite de la pression qu'il avait subie. A sa surface, à l'extrémité postérieure des première et deuxième frontales, existait une petite tumeur du volume d'une noisette, qui avait détruit à ce point l'écorce cérébrale et la substance blanche sous-jacente.

Au microscope, cette néoplasie a été reconnue pour un squirrhe.

X.—*Paralysie générale chez deux jumeaux* ; par les D<sup>r</sup>s Clouston et Savage (numéro d'avril). — Les deux frères ont été traités respectivement à Édimbourg et à Bethlem, dans les services des deux éminents aliénistes. Leurs observations sont réunies dans le *Mental science*. Les antécédents de famille, communs aux deux malades, sont les suivants : Leur père et une sœur sont morts phtisiques. La famille comprend neuf garçons ou filles, parmi lesquels on trouve une fille de manières étranges, une autre hystérique et hypocondriaque. Les deux frères sont nés sixièmes. Ils diffèrent sensiblement sous leur double aspect

corporel et psychique. L'un, de complexion mince, intelligent, vif, susceptible, a le travail facile, montre un faible pour l'alcool tout en mangeant peu ; il est très porté vers les femmes. L'autre, plus fortement constitué, a l'intelligence moins active, il est sobre, d'un naturel tranquille. Tous deux sont voyageurs de commerce, mariés, sans enfant. Aucun d'eux n'a eu la syphilis.

On voit par cet ensemble que les deux jumeaux n'obéissent pas à la loi de similitude que l'on aime à constater chez leurs semblables.

Cette divergence persiste dans les formes mentales qu'ils ont présentées.

Chez le premier, la paralysie générale a débuté par une période d'excitation ; puis il y a eu une période de dépression d'un an de durée, après laquelle ont apparu les symptômes de folie proprement dite : agitation maniaque, actes extravagants, délire optimiste. Le malade se dit très habile en affaires ; il possède une immense fortune, etc. Il devient intraitable et sa séquestration est décidée. A l'asile, il a des idées de grandeur, il est roi du pays... Il accuse en outre des idées de persécution, on l'électrise, les détectives le poursuivent. Enfin, des troubles musculaires caractéristiques viennent compléter le diagnostic. Après avoir passé par des alternatives d'excitation et de dépression, ce malade est mort dans le gâtisme après un séjour de deux ans et trois mois.

Son frère est une victime du surmenage. Il est devenu d'abord excitable, querelleur, émotif, puis dément d'emblée avec des tendances suicides non raisonnées. Il errait sans but et se montrait d'ailleurs inoffensif. Il se plaignait alors de fourmissements aux extrémités. Il est très incohérent et présente au milieu du désordre de son langage quelques idées de grandeur et de richesse. Il se dit le fils du prince de Galles, prétend posséder plusieurs femmes. Il est agité, ne dort pas.

L'embarras de la parole est extrême et son discours est à peu près inintelligible. Enfin, il s'alimente difficilement et a été gâteux dès le début. Sa démarche est chancelante. Après quelques semaines, l'état général du malade paraissait s'améliorer. Puis il est entré dans une phase d'agitation à forme dépressive, le malade poussant des cris, se croyant menacé par des assassins. A partir de ce moment, il décline rapidement et succombe dans le marasme.

XI. — *Cas de folie de l'adolescence*; par M. John Keay

(numéro d'avril). — Le sujet de cette observation est un jeune étudiant de vingt ans, intelligent, bien doué, sans antécédents héréditaires. Depuis un an, il est obsédé par une idée pénible ; il croit qu'un homme le suit pour le tuer. Dans cette pensée, il porte constamment sur lui un couteau pour se défendre. Il manifeste encore d'autres idées de persécution ; il a des hallucinations de l'ouïe. Peu après son admission dans l'asile, il devient très excité, veut sortir, et se jette sur ceux qui cherchent à le retenir. Sa vie devient alors une lutte continue, ses forces déclinent. On note dans la suite l'apparition d'un hématome de l'oreille. En dépit d'un traitement tonique, de l'application d'un vésicatoire sur le crâne, son état s'aggrave et il succombe à la pyohémie, après avoir eu des abcès multiples, à la marge de l'anus, à la face, à la région parotidienne, à la cuisse.

La première collection purulente a paru résulter de manœuvres pratiquées par le malade. Remarque intéressante : on n'a pas observé chez lui de frisson initial. L'autopsie a permis de constater l'existence d'autres foyers purulents à l'intérieur : dans la partie gauche du médiastin, dans le péricarde, dans le sillon interventriculaire du cœur. On a trouvé aussi deux infarc-tus dans le rein gauche.

La folie de l'adolescence revêt habituellement la forme maniaque. La mélancolie est plus rare : elle est d'un pronostic peu favorable et se complique de tendances suicides.

XII. — *Remarques sur le crime et les criminels*; par le D<sup>r</sup> H. Maudsley (numéro de juillet). — L'éminent psychologue critique la tendance de l'école criminaliste moderne à considérer comme malades et irresponsables tous les individus qui violent la loi. La société a le devoir et le droit de punir. Le châtiment qu'elle inflige est un exemple salutaire ; de plus, le souvenir de ce châtiment donne à celui qui l'a encouru, s'il est débile, la force de résister à ses incitations dangereuses.

La plupart des criminels sont passibles d'une peine, et M. Maudsley s'attache à distinguer entre eux ceux que la loi ne saurait atteindre. Il sépare d'abord comme entièrement responsables, les criminels accidentels ou d'occasion.

Rien ne les distingue, au point de vue de l'organisation, des gens normalement doués. Ils ont été victimes des circonstances ambiantes, qui auraient pu peser tout aussi bien sur un de leurs semblables.

Au criminel essentiel ou d'habitude appartient une organi-

sation inférieure. Cette catégorie de délinquants comprend plusieurs types. Les uns, faibles d'esprit, s'adonnent au vol, commettent des attentats à la morale, mais ne sauraient concevoir sans l'inspiration d'un tiers le plan d'un grand crime.

D'autres deviennent meurtriers par imitation. Il en est enfin qui tuent spontanément sous l'influence d'une impulsion aveugle. Ils tiennent le milieu entre les épileptiques et les passionnels.

Tous ces criminels ne sont pas, quoi qu'on dise, affectés d'une névrose spéciale. Ils ont les appétits et les passions propres à la nature humaine, une débilité de l'intelligence et du sens moral qui atténuent leur pouvoir de contrôle. Venus trop tard au milieu d'une civilisation trop avancée, ils sont inférieurs à leur devoir, et leurs actes ont une tendance à être anti-sociaux. Mais ces déficiences du fonctionnement psychique ne sont pas dus à une altération de structure des centres.

Quelques sujets sont doués d'une intelligence remarquable, et la lésion des facultés porte exclusivement sur la sphère morale. Parmi ces êtres nativement pervers, les uns, nés de parents criminels, ont puisé dans une atmosphère malsaine l'aptitude aux actes délictueux. D'autres sont issus de familles d'épileptiques, d'aliénés, ou affectés d'une névropathie reliée elle-même à des conditions ancestrales fâcheuses. A ces derniers seuls on serait en droit d'attribuer la névrose du crime.

Les criminels véritablement aliénés forment une troisième classe. Chez eux, l'acte commis n'est, à proprement parler, qu'un accident morbide. Cette classe se distingue nettement des deux précédentes et doit avoir le bénéfice de l'irresponsabilité absolue.

Les autres types décrits plus haut sont séparés par des gradations insensibles. En effet, la somme d'intelligence et de sens moral départie à un homme peut varier à l'infini. Les circonstances et le milieu peuvent même transformer un sujet jusqu'à faire de lui, au lieu d'un criminel, un homme illustre. S'il devient criminel, la société a le droit de se défendre contre cet homme. M. Maudsley estime que le moment est venu de soumettre à une étude plus rigoureuse les rapports de l'hérédité et du crime. Il ne faut plus se borner à noter simplement l'hérédité dans une enquête légale, mais le médecin doit la suivre dans ses manifestations chez l'individu et ses descendants. C'est dans la *psychologie individuelle* qu'est l'avenir de la criminologie.

XIII. — *La diathèse névropathique ou diathèse des dégéné-*

*nérés* ; par le Dr G.-T. Revington (numéro de juillet). — Ce travail, rempli d'observations et de documents statistiques sur la marche du vice névropathique et les formes qu'il revêt à travers les générations, est résumé dans les lignes suivantes :

Un homme peut, sous des influences morbides, contracter la névrose. Il en sera plus ou moins atteint, mais il transmettra toujours à ses descendants ses tendances et ses aptitudes.

La névrose s'affaiblit ou s'aggrave en passant d'une génération à l'autre. Elle peut respecter une génération pour affecter la suivante.

Il est de règle que le vice transmis ne consiste pas dans une affection spéciale semblable à celle de l'ascendant, mais dans une tendance à la déviation de la ligne normale, une aptitude pour l'organisme à déchoir, sous l'action des causes les plus légères.

Dans la vie de la famille et de l'individu, les formes des manifestations nervosiques alternent. Elles sont déterminées chez l'individu par l'influence prédominante d'un parent, les circonstances ambiantes, les accidents de sa carrière.

Une hérédité nervosique légère produit en général des attaques rapides suivies de guérison. Une hérédité chargée a des effets plus graves, qui sont : une instabilité nerveuse perpétuelle, une ruine mentale précoce et définitive.

Lorsque la diathèse offre un certain degré d'intensité, l'extinction de la famille en est la conséquence.

Les sujets atteints sont inféconds, ou, s'ils ont des enfants, ceux-ci succombent de bonne heure à des convulsions, à des maladies organiques ou ils deviennent aliénés.

Le terme ultime du développement de la diathèse névropathique est la paralysie générale.

XIV. — *Hôpitaux d'asile, avec plans* ; par Richard Greene (numéro de juillet). — Un certain nombre d'asiles de comté sont aujourd'hui pourvus, grâce à l'initiative des inspecteurs de l'aliénation mentale, de pavillons réservés au traitement des maladies infectieuses. Ces hôpitaux annexes, dans la construction desquels les architectes sont rarement intervenus, ne se présentent pas sous un type uniforme. Au moment où l'innovation va se généraliser, M. Greene a cru devoir formuler quelques préceptes pratiques touchant l'installation des nouveaux services.

Il pense que la distance de l'hôpital à l'asile doit être environ de 100 mètres. Les conditions topographiques permettent de

la réduire. Il sera placé devant l'entrée principale de l'asile, de manière à être vu des bureaux du directeur. Les dimensions du bâtiment ne sont pas dans un rapport rigoureux avec celles de l'asile ; douze à dix-huit lits, nécessaires pour l'isolement des premiers cas, suffisent largement. S'il s'en produit d'autres, l'auteur conseille de construire autour du pavillon principal des ambulances en bois ou en toile. Ce qui est indispensable, c'est la création d'un service hospitalier complet, qui se suffise à lui-même au point de vue matériel et économique, pourvu de cuisine, salles de bains, salle de désinfection, lingerie, etc.

Chaque lit réclame 2,000 pieds cubiques d'air. L'hôpital aura deux dortoirs, un pour chaque sexe. Chaque salle a une longueur indéterminée, mais sa largeur n'est pas moindre de 22 pieds ; le plafond a 25 pieds de hauteur. De chaque côté de la salle est une chambre d'isolement. On trouve dans le même pavillon des chambres pour les infirmiers de jour et de nuit.

Les salles de bain, attenant au dortoir, en sont séparées par des passages ventilés. La même disposition s'impose, à plus forte raison, aux water-closets, qui ne doivent jamais s'ouvrir directement sur un couloir.

L'installation de salles de jour n'est pas absolument exigée, mais il faut les désirer dans l'intérêt des convalescents. Elles peuvent d'ailleurs, à l'occasion, avoir leur utilité, si l'extension de l'épidémie nécessite l'ouverture de nouveaux dortoirs.

Telles sont les dispositions générales indiquées par M. Greene. Nous passons sur les détails d'aménagement, pourtant bien intéressants, relatifs à l'hygiène et au confort des habitations. L'éclairage, le chauffage, la ventilation, les matières des parquets et parois, etc., sont tour à tour passés en revue, mais ces articles varient d'un pays à l'autre avec les procédés industriels ; il n'y a donc pas lieu de s'y arrêter.

Nous retiendrons seulement de ce passage une réflexion qui nous a frappé et que méditeraient avec fruit les personnes adonnées aux constructions hospitalières. Chauffer une maison est facile, la ventiler est encore facile ; la chauffer et la ventiler ne l'est pas.

Dans l'hôpital de M. Greene, les dortoirs sont chauffés par de grandes cheminées, les galeries par des poêles à combustion lente. L'aération est adroitement ménagée partout.

Les chambres ne sont pas chauffées, mais disposées de façon à recevoir la chaleur des galeries.

#### XV. — *Quelques remarques sur les rapports de l'épilepsie*

*avec le crime;* par le Dr Baker, ancien médecin de Broadmoor (numéro de juillet). — Statistique instructive portant sur une longue période de vingt-trois ans, — de février 1864 à février 1887, — au cours de laquelle Broadmoor a reçu 128 épileptiques, 105 hommes et 23 femmes. Sur ce nombre, 85 étaient condamnés pour homicide (67 hommes et 18 femmes); 4 pour violences ou suicides, les 39 qui restent pour divers délits et crimes : vol et escroquerie, vol de bétail, faux, incendie, tentative de déraillement, vagabondage. La prédominance de la folie homicide ressort nettement de ces chiffres.

Parmi les homicides de Broadmoor, les épileptiques représentent une proportion de 11 p. 100. L'examen du tableau de l'état civil, montre que les célibataires sont en majorité chez le sexe masculin; les femmes mariées prédominent. Le tableau de l'âge nous apprend que la période de vingt-cinq à trente ans est celle pendant laquelle les épileptiques sont le plus dangereux.

L'intensité des mouvements passionnels, l'intégrité des forces physiques à ce monfent de la vie expliquent ce résultat. A un âge plus avancé, la séquestration d'un grand nombre de malades rend compte de la rareté plus grande des homicides.

M. Baker fait quelques remarques sur l'étiologie. L'épilepsie était associée au vice congénital chez 22 individus, à l'hérédité chez 16. Chez 10 malades, elle provenait de causes idiopathiques (insolation, fièvre, frayeur, choc moral, etc.). Chez 10 autres, le traumatisme était la cause déterminante (9 blessures de tête). Le traumatisme est l'élément le plus propre à produire la forme impulsive et dangereuse du mal caduc. L'intempérance a été notée chez 31 hommes. La congestion céphalique occasionnée par la chaleur, et généralement la chaleur solaire, est une cause reconnue d'épilepsie. M. Baker cite le cas d'un chauffeur devenu épileptique, quatre jours après être entré dans une chaudière insuffisamment refroidie. Peu de temps après, il commettait une agression sur un de ses parents et entrait à Broadmoor.

XVI. — *Des divers modes d'assistance en usage pour les aliénés et les idiots dans les États-Unis et la Grande-Bretagne;* par le Dr Hack Tuke (numéro de juillet). — Notre savant confrère a présenté au Congrès international de 1887 une statistique comparée sur les deux pays. Les différents établissements n'étant pas assimilables de part et d'autre, son enquête offrait des difficultés sérieuses. En Angleterre, les aliénés

et idiots sont hospitalisés dans les asiles de comté, de bourg et de l'État, dans les asiles métropolitains de district, dans des maisons de propriétaires, dans des workhouses et chez les particuliers.

Les États-Unis possèdent les hôpitaux du gouvernement (asiles d'État et territoriaux), les asiles de comté et de ville, comprenant trois grands hospices (almshouses); les hôpitaux autorisés avec les institutions catholiques, les écoles d'idiots les asiles de propriétaires, les prisons.

Les asiles d'État et territoriaux d'Amérique correspondent aux asiles anglais de comté et de bourg. Les asiles de comté et de villes, réservés aux États-Unis aux indigents, ainsi que les hospices, se rapprocheraient plutôt des workhouses d'Angleterre.

Le nombre des aliénés et idiots en Angleterre et dans le pays de Galles, au 1<sup>er</sup> janvier 1886, était de 80,156. Il était en Écosse de 11,187. La statistique américaine date de 1880. Au 1<sup>er</sup> janvier de cette année le nombre total des aliénés et idiots, en y comprenant les cas recensés dans les familles et non soumis au contrôle officiel, était de 108,854. En retranchant ces derniers, il reste pour les établissements publics et privés 60,571.

Nous détachons de l'important travail de M. Hack Tuke les deux tableaux, qui suivent, où est indiquée la répartition des malades dans les diverses maisons d'assistance.

On est frappé, à l'examen de ces chiffres, du nombre considérable d'aliénés et d'idiots qui échappent en Amérique à la surveillance de l'autorité. Est-ce un effet des mœurs libres de la libre Amérique? Les tentatives d'assistance hospitalière n'ont-elles pas encore donné dans ce pays tout le résultat désirable? L'étude de cette question n'a pas tenté le savant directeur du *Mental science*. M. Tuke fait ressortir, en Angleterre, la prééminence des asiles de comté, établissements à dimensions imposantes qui reçoivent une grande masse des aliénés pauvres, l'utilisation des asiles de district métropolitains où sont traités à moins de frais les chroniques et les imbéciles; et, enfin, la physionomie particulière que donne à l'assistance écossaise la pratique du traitement extérieur ou familial.

En Angleterre et en Écosse, les malades riches sont traités dans des maisons privées; les individus peu fortunés, appartenant à une condition élevée, sont recueillis dans des institutions charitables. Mais il existe depuis quelque temps une tendance à

RÉPARTITION DES ALIÉNÉS ET IDIOTS EN ANGLETERRE ET DANS LE PAYS DE GALLES AU 1<sup>er</sup> JANVIER 1886

	Placements volontaires	Indigents	Total
Asiles de comté, de bourg, d'Etat, hôpitaux enregistrés	52.204	4.641	57.895
Asiles métropolitains de district	5.332	·	5.332
Asiles de propriétaires	·	3.249	3.249
Workhouses	·	·	11.868
Aliénés chez des particuliers soumis au contrôle officiel	·	447	5.866
	<hr/>	<hr/>	6.313
	<hr/>	<hr/>	<hr/>
	8.337	71.819	80.156
	<hr/>	<hr/>	<hr/>

## EN ÉCOSSE

Asiles publics, y compris la prison de Perth et les écoles d'éducation	1.524	5.065	6.589
Workhouses	·	2.281	2.281
Asiles de propriétaires	·	139	139
Aliénés chez des particuliers soumis au contrôle officiel	·	120	2.178
	<hr/>	<hr/>	<hr/>
	1.783	9.404	11.187
	<hr/>	<hr/>	<hr/>

AUX ÉTATS-UNIS AU 1<sup>er</sup> JANVIER 1880

Aliénés à domicile et chez des particuliers non inspectés	Hôpitaux spéciaux	·	3.098
Hôpital du gouvernement (Washington)	Ecoles d'idiots	·	2.429
Asiles d'Etat et territoriaux	Asiles de propriétaires	·	343
Asiles de cité et de comté, y compris trois grands hospices.	Institutions diverses.	·	476
	Hospices	·	15.139
	Prisons	·	444
TOTAL	·	·	168.854

remplacer les asiles de propriétaires par les établissements de comté, pourvus d'un confort qui leur permet de recevoir des pensionnaires.

En Amérique, les asiles d'État sont destinés à une population mixte; mais on y trouve, en réalité, la classe riche des aliénés, les indigents étant relégués de préférence dans les asiles de comté et les hospices. Ces derniers établissements paraissent jouer un rôle trop prépondérant en Amérique.

XVII. — *Discours du président, prononcé à la séance annuelle de l'Association médico-psychologique, le 6 août 1888;* par le Dr Clouston (numéro d'octobre). — Cette allocution est une substantielle conférence clinique. Le savant professeur a traité un sujet qui est généralement peu étudié dans les livres : la démence secondaire, qu'il appelle avec raison « le terme de toute vie mentale ».

Son discours, dont nous regrettons de ne pouvoir reproduire la forme élégante, est très nettement résumé dans les conclusions qui suivent :

L'écorce cérébrale présente des différences très grandes chez les individus, au point de vue de ses qualités inhérentes et de ses propriétés; ces différences sont surtout et nécessairement fonctionnelles.

Toute forme mentale a pour caractère clinique et psychique de tendre vers la démence.

La démence est la mort virtuelle des pouvoirs mentaux supérieurs; toute folie conduit à la mort intellectuelle et sociale.

Les déments forment les deux tiers de la population aliénée. Sur cent cas nouveaux d'aliénation mentale, quarante passent à la démence pure et simple ou compliquée de manie et de conceptions délirantes.

Le changement fonctionnel qui correspond à la démence secondaire est confiné d'emblée et exclusivement au tissu cérébral. Ce caractère fait de la démence une affection sans analogue en pathologie.

Les infirmiers qui vivent avec les déments perdent, par cette promiscuité constante, de leur valeur intellectuelle et morale.

La pathologie ne fournit pas, touchant la démence secondaire, d'explication satisfaisante.

On peut voir en elle un phénomène de réversion, une impuissance de la nature à se réparer, une mort fonctionnelle prématûrée du tissu cérébral, ou encore une conséquence heureuse de

cette loi de nature qui pousse à la destruction un produit mauvais.

La démence secondaire peut offrir une étroite ressemblance avec la stupeur secondaire. La manie initiale pouvant être regardée comme une menace de démence, la stupeur secondaire serait un degré plus avancé de l'état morbide.

Il n'y a aucune raison d'admettre qu'un cerveau favorisé d'une hérédité saine puisse être entraîné, par une suite de conditions défavorables, vers la démence secondaire type.

Les impressions extérieures n'agissent pas normalement sur l'écorce cérébrale d'un dément; toutefois une excitation violente est capable d'en obtenir quelques réponses. Mais un cerveau de dément ne saurait fournir le stimulant nécessaire à son propre fonctionnement.

La démence ne peut être attribuée au dommage causé par un accès aigu, car l'accès aigu ne la précède pas toujours. Lorsqu'il existe, d'ailleurs, son intensité n'est pas en rapport avec la démence consécutive.

La plupart des cas de manie chronique et systématisée se compliquent de démence.

Les lésions qu'on découvre à l'œil nu et au microscope dans les cas prolongés de démence, confirment la théorie de la dégénération et de l'atrophie.

Ces cas correspondent peut-être à la période avancée d'une condition pathologique qui est la cause réelle de la démence et dont les premières manifestations nous sont inconnues.

La théorie vasculaire de la démence n'est pas acceptable.

La démence secondaire-type est toujours héréditaire. Il est possible de remonter à son origine à travers les générations, où l'on constate les anomalies suivantes : hyperactivité, hyperesthésie, inhibition affaiblie, instabilité, mélancolie, manie. Ces aberrations psychiques peuvent apparaître, à divers degrés, chez des membres de la même génération.

La démence secondaire pure, non compliquée, ne suit pas habituellement les vésanies qui atteignent l'individu depuis son complet développement jusqu'à la déchéance sénile (folie puerpérale et de lactation, folie du surmenage, résultant de causes émotionnelles). La mélancolie, les folies alternantes, les monomanies, les folies inhibitoires précèdent moins souvent la démence que la manie.

Presque tous les cas de démence secondaire pure sont consécutifs à une vésanie liée au développement (puberté, ado-

lescence). La masturbation conduit, mais pas constamment, à la démence secondaire.

L'idiotie et l'imbécillité congénitale représentent la déchéance du cerveau dans sa phase de développement; la démence sénile est la déchéance du cerveau développé.

Le mot démence secondaire exprime cette idée que l'organisme a été frappé dans ses structures les plus parfaites et dans ses fonctions les plus importantes, juste au moment où il devait atteindre sa plus haute faculté reproductive.

Une éducation mal dirigée pendant l'adolescence, sans égard pour la capacité native de l'individu et la débilité de son organisation, est une cause de démence. La civilisation, la lutte pour la vie, n'ont pas une influence moins funeste.

La folie de l'adolescence, suivie de démence, est une forme type de vésanie.

*XVIII. — Quelques remarques sur le traitement extérieur, comme moyen d'assistance des aliénés pauvres;* par le Dr Turnbull (numéro d'octobre). — Le côté financier est certes le plus intéressant de ce système qui est, comme on sait, largement pratiqué en Écosse.

L'auteur démontre qu'il est applicable chez 28 p. 100 des aliénés. A l'heure actuelle, les particuliers reçoivent les 22 p. 100 de la population totale de ces malades. La proportion varie avec les localités; elle est de 53 p. 100 dans le Shetland, de 8.4 p. 100 dans le Mairn.

L'économie réalisée par le traitement extérieur est considérable. Les chiffres suivants n'ont pas besoin de commentaires. D'après le *Lunacy blue book* d'Écosse pour 1886, le prix moyen de la journée d'un aliéné, traité hors de l'asile, est de 10 deniers. La journée moyenne des aliénés séquestrés, calculée d'après douze asiles, est de 1 shilling 4 deniers. En y ajoutant la rente affectée à l'entretien des immeubles, le coût de la journée d'asile s'élève à 1 shilling 10 deniers 1/2.

L'entretien des aliénés à l'asile de Woodilee revient, par semaine, à 13 shillings 7 deniers. Dans la même région, à Balfour, le traitement extérieur ne coûte hebdomadairement que 8 shillings 9 deniers. Enfin, dans les quartiers de pauvres, où l'hospitalisation est économique, le prix de journée est encore, en 1886, de 1 shilling et 1 denier. L'avantage financier est donc toujours considérable et dans tous les points de l'Écosse.

Ce mode d'assistance convient à tous les aliénés chroniques

non dangereux pour les autres et pour eux-mêmes, à ceux dont la mise en liberté ne compromet pas la morale publique.

Il est bien entendu que les malades ne sont confiés aux particuliers qu'après que toutes les tentatives de guérison ont été reconnues infructueuses dans l'asile fermé.

**XIX.** — *Pathologie de la folie systématisée (monomanie)*; par le Dr J. Wiglesworth (numéro d'octobre). — L'auteur du travail explique l'évolution du délire systématisé, par une hypothèse ingénieuse qui, si elle n'est pas démontrée, n'est pas néanmoins inadmissible.

Il compare cette affection mentale à la manie, en lui attribuant une genèse tout opposée. Dans la manie, ce sont les centres supérieurs du cerveau qui sont malades. Leur pouvoir inhibiteur est suspendu et les centres inférieurs, n'étant plus contrôlés, sont le siège d'une activité anormale. Dans la folie systématisée, c'est le contraire qui a lieu, et le mal vient d'en bas. Les centres élevés sont indemnes et les centres inférieurs sont atteints. Il faut entendre par centres inférieurs, les régions de l'écorce où se fait la première perception, l'aboutissant ultime des fibres afférentes des organes des sens. L'auteur implique volontiers dans la lésion les noyaux de la base, ceux de la moelle et même les nerfs périphériques avec les organes des sens eux-mêmes.

Quoi qu'il en soit de cette vaste acceptation, l'excitation d'un point quelconque de cette aire sensorielle peut déterminer une hallucination. C'est là le point de départ du processus morbide.

Puis l'écorce grise qui perçoit entre en scène secondairement et les conceptions délirantes naissent de l'interprétation donnée aux aberrations sensorielles.

Trois caractères appartiennent à la monomanie et la distinguent essentiellement : les hallucinations et illusions du début, les conceptions délirantes, l'intégrité fonctionnelle du cerveau pensant.

La théorie de M. Wiglesworth s'accorde très heureusement avec ces données pathologiques. Les deux premières conditions sont démontrées par l'observation de tous les jours, et tout le monde a pu reconnaître la conservation remarquable de l'intelligence et surtout de la mémoire chez les délirants systématiques.

Notre confrère mentionne des faits cliniques qui prouvent l'évolution indiquée plus haut. Beaucoup de diabétiques deviennent délirants par persécution. Chez eux, les facultés men-

tales supérieures sont longtemps respectées, aussi longtemps que le sens de la vue leur permet de rectifier leurs fausses sensations. Mais l'amaurose survient et le délire succède aussitôt à des hallucinations auxquelles il emprunte son caractère.

XX. — *Troubles mentaux liés à l'engagement du mariage;* par le Dr G. Savage (numéro d'octobre). — Le désordre mental décrit par le médecin de Bedlam serait mieux dénommé : mal des fiancés. Il naît des relations qui s'établissent entre les futurs époux, relations tendres et affectueuses qui les rapprochent étroitement sans leur permettre la satisfaction du désir de nature. M. Savage en a vu un nombre assez grand de cas pour pouvoir leur assigner une forme clinique définie.

Ce trouble délirant peut se montrer chez des individus jeunes, mais il est plus commun chez les personnes des deux sexes qui ont dépassé la trentaine. Les hommes habituellement chastes en sont les principales victimes. Leur rôle de fiancé les livre à une excitation amoureuse incessante. Ils ont des pollutions, dont l'apparition fait naître chez eux la crainte d'être impuissants. Ils sont alors sous le coup d'une excitation émotive associée à des phénomènes hystériques.

Cet état émotif, que M. Savage appelle une *dyspepsie morale*, occupe parfois à lui seul toute la scène, mais le trouble mental peut prendre de l'extension. Dans ce cas, les facultés de l'entendement sont sérieusement impliquées et la maladie prend la forme grave de la lypémanie suicide. L'homicide s'observe assez fréquemment, associé à un délire de jalousie.

Les jeunes filles soumises à cette même influence, le contact dangereux du fiancé, souffrent du retentissement qu'il porte, à leur insu, sur les organes génitaux. Il fait naître en elles des pensées immorales et des idées fausses et amères à l'égard de leur amant, dont elles se croient outragées. Elles présentent en même temps des désordres menstruels, des métrorrhagies, de l'anémie, de la chlorose.

Si la rupture des liens engagés n'amène pas une amélioration, elle plonge les malades dans un état misérable qui peut les porter au suicide et dont les caractères saillants sont la perte des sentiments affectifs, l'insomnie, l'inaptitude au travail. Il y a quelquefois une agitation de nature émotive avec attaques d'hystérie.

Comme traitement, M. Savage conseille la séparation, le changement de milieu, pendant un temps qui varie de trois à six mois, les voyages sur mer. Si, après guérison, les relations

sont reprises, le mariage doit s'accomplir dans un bref délai. Le mariage ne sera jamais prescrit comme moyen de traitement. L'impuissance, l'éclosion d'une antipathie soudaine seraient alors des complications à craindre.

XXI. — *Les fonctions sexuelles et de la génération, normales et perverties, dans leurs rapports avec l'aliénation mentale : 1<sup>o</sup> menstruation, son début, ses irrégularités, sa cessation ; 2<sup>o</sup> l'instinct sexuel, son abus ; 3<sup>o</sup> la grossesse, la parturition, etc.* ; par le Dr Campbell Clark (numéro d'octobre).

— M. Clark étudie, dans trois chapitres successifs, les troubles mentaux liés à la fonction génitale chez la femme. Envisageant d'abord l'état physiologique, il remarque que la période menstruelle est toujours accompagnée d'une évolution mentale particulière, surtout chez les pubères. La production de troubles mentaux est-elle forcément en relation avec le mouvement cataménial ? Il convient de tenir compte de l'influence même de la puberté qui peut engendrer à elle seule l'épilepsie, la chorée, la chlorose et même des anomalies du développement sexuel. L'action de la puberté est donc toute-puissante et la question posée n'est pas d'une solution facile.

Revenant aux troubles de la menstruation, notre confrère remarque qu'ils peuvent précéder l'invasion de la folie, ou agir simplement comme modificateurs du trouble mental, au cours d'un accès. Le fait est intéressant à noter pour l'aménorrhée. Cet accident est fréquemment associé à l'infiltration tuberculeuse, et ces deux facteurs entrent pour une part égale dans la genèse du délire. La dysménorrhée a été peu étudiée chez les femmes aliénées. La ménorrhagie par contre, est d'une observation fréquente dans les asiles.

Les symptômes vésaniques communs à tous les types d'anomalie menstruelle se distinguent en trois groupes : l'excitation, l'irritabilité, la dépression allant jusqu'à la stupeur.

Les affections mentales propres à l'âge climatérique sont imparfaitement connus ; mais un fait digne de remarque est l'influence nulle de l'hérédité sur les névroses climatériques, alors qu'elle a une action si puissante sur la période pubère. Ces névroses dérivent directement de l'organisation et du milieu.

A propos de l'instinct sexuel, M. Clark se demande s'il existe un rapport entre la fonction cataméniale et l'érethisme vénérien. L'homme présente toutes les cinq semaines une légère élévation de température de trois jours de durée. Mais cette

hyperthermie ne s'accompagne pas d'excitation génitale. Chez les femmes, les règles sont précédées d'un faible abaissement de calorique, puis la température se relève et se maintient jusqu'à la fin de la période un peu supérieure à la normale; mais ce phénomène ne paraît pas avoir un retentissement appréciable sur l'appétit sensuel.

Le régime exerce une action évidente sur l'appareil génital. L'auteur du mémoire a fait des expériences concluantes sur des masturbateurs dont il a provoqué et éteint à volonté l'instinct lubrique en leur donnant de la viande ou des fruits. Il affirme que l'onanisme est plus rare chez les femmes que chez les hommes. Dans les deux sexes, il ne conduit à l'aliénation mentale que les individus prédisposés.

L'acte même de la masturbation fait naître chez les malades les troubles suivants : l'excitation, la fureur impulsive, le désir immoderé d'évasion. Quant à une folie spéciale résultant de la masturbation, son existence est contestable et il serait difficile de déduire des quelques faits cités dans ce mémoire une formule clinique.

Dans un dernier chapitre, M. Clark s'occupe de la grossesse, de la parturition et de la lactation. Il étudie successivement les particularités nerveuses et mentales de la grossesse (mélancolie et tendance au suicide). La manie transitoire de l'accouchement, l'éclampsie puerpérale associée à la folie. Il propose de considérer comme folie de lactation les troubles mentaux qui apparaissent plus de trois mois après l'accouchement. Cette dernière vésanie se reconnaît d'après lui aux caractères suivants : catarrhe bronchique léger et fréquent, gonflement des articulations, physionomie particulière de la malade qui est d'une timidité exagérée, surtout en présence du médecin, caractère tenace et permanent des conceptions délirantes, tendances violentes, intensité des sentiments d'affection et de haine. Il note comme signe négatif l'absence d'abcès mammaires.

D<sup>r</sup> PONS.

## JOURNAUX ESPAGNOLS

**Gaceta Sanitaria de Barcelona (1888-1889).**

I. — *Le sulfonal*; par le Dr Martí Julia, médecin interne de l'Institut phrénopathique (numéros de novembre et décembre 1888). — Après avoir en quelques lignes fait l'histoire du sulfonal, donné sa formule chimique, puis énuméré tous les caractères qui lui sont propres, l'auteur, passant à l'action physiologique du nouveau produit, le déclare, dans l'état actuel de la science, à peu près sans rival admissible. « Le sulfonal, dit-il, réunit à un très haut degré, sinon absolument, les conditions exigibles d'un parfait hypnotique. Je n'hésite point à affirmer que c'est un excellent agent thérapeutique : il m'a fourni l'occasion d'expériences scrupuleuses et soutenues qu'un succès complet et brillant a couronnées en toutes circonstances... La plupart de mes essais ont porté sur des aliénés, ce qui augmente encore la valeur des résultats, étant connue l'inaptitude que présentent au sommeil les vésaniques... » Le sommeil obtenu à l'aide du sulfonal, serait de tous points semblable au sommeil naturel, à en juger par la contenance, le facies, l'état général du sujet témoin ; sa quiétude est parfaite, le pouls normal, la température et la respiration sans modifications appréciables. Au réveil, l'esprit est lucide et le bien-être ressenti par tout l'organisme paraît identique à celui qui suit le sommeil physiologique. Bien mieux, « chez les aliénés soumis à l'action du sulfonal, il est à signaler, lorsqu'ils reviennent à l'état de veille, une rémission notable quoique transitoire dans le syndrome de l'affection mentale ; fait d'autant plus digne d'attention que pas une forme ne s'est montrée exempte de semblable résultat... » Outre tant d'avantages, le sulfonal possède encore celui d'être indiqué dans tous les cas où l'hypnose est à rechercher et où quelque contre-indication fait rejeter les autres somnifères. Deux points restent, à son grand regret, ignorés de l'observateur : l'usage persistant du sulfonal ne peut-il, à la longue, amener des troubles de l'économie? ou encore, employé assidûment chez un même individu, ce corps ne finira-t-il pas, quelque jour, par voir s'atténuer et disparaître ses qualités médicamenteuses? Deux problèmes dont M. Julia laisse au temps le soin de dégager les inconnues. Il n'en reste pas moins acquis

que « le nouvel agent thérapeutique est un pur et simple hypnotogène » ; et, ce qui augmente encore sa valeur, c'est, à côté de sa simplicité d'action, la complexité de ses vertus, « qui rend parfaitement inutiles des médicaments véritablement précieux dans tout autre cas ». Sur quoi, pour appuyer ses dires, M. Marti Julia fait défiler sous nos yeux, avec citations et certificats approbatifs, quelques doctes silhouettes de *professoren germaniques*. L'article se poursuit par une comparaison entre les différents hypnotiques usités (chloral, morphine, hypnone, uréthane, etc...), et le sulfonal lui-même. Il va sans dire que le parallèle est tout à l'avantage de ce dernier, qui, jusqu'à présent, doit être considéré comme le *premier*, et même l'*unique*, entre tant de corps prétendus hypnotogènes. Comment, en effet, agit le sulfonal ? M. Julia commence par montrer combien sont en désaccord la théorie physiologique qui fait dépendre l'hypnose de l'ischémie cérébrale et la pratique courante qui, justement pour obtenir cette hypnose, emploie des produits presque tous congestionnans ; pour lui, le sommeil nécessite dans sa production des agents capables de mettre en *léthargie* les éléments cérébraux. Précisément, c'est là le cas du sulfonal à l'exclusion de tous autres prétendus hypnotiques : ceux-ci peuvent diminuer l'*excitabilité de la cellule cérébrale*, mais non pas en amener la *léthargie*. La veille est incompatible avec celle-ci ; il n'en est pas de même avec la première ; ainsi, le bromure de potassium, par exemple, affaiblit l'*excitabilité cérébrale*, mais n'empêche pas l'hypnose ; le sulfonal, au contraire, la produit par l'action toute spéciale qu'il exerce sur l'élément nerveux supérieur (engourdissement).

II. — *Le Sulfonal* ; par le Dr Marti Julia (deuxième article — numéros de juillet et août 1889).— Durant les quelques mois écoulés depuis la publication de son premier article, M. Julia poursuivant son étude sur le sulfonal a vu se confirmer la plupart des faits signalés par lui ; en outre, il a ajouté des observations nouvelles à celles recueillies précédemment ; ce qui lui permet aujourd'hui de compléter sa relation sur l'hypnotogène par excellence. Et d'abord, comment l'administrer ? La meilleure manière est aussi la plus simple : triturer et pulvériser finement, suspendre cette poudre dans l'eau fraîche ou tiède et administrer le tout au patient, sans plus de façons. Le moment d'élection pour la prise du médicament serait celui-là même qui succède immédiatement aux repas, l'abondance des sucs intestinaux et gastriques paraissant devoir en favoriser l'absorption.

La dose est sujette à varier de malade à malade ; néanmoins, quand l'usage du sulfonal doit être momentané, on peut, sans hésiter, la fixer à *deux* grammes par jour ; dans le cas contraire, et si la médication devait longtemps se continuer, il y aurait lieu de tâter les susceptibilités individuelles, en débutant par le chiffre précité que l'on augmenterait, — chose tout à fait rare, — ou diminuerait progressivement selon l'occurrence. Dans l'hypothèse d'une durée extrême de ce traitement, il faudrait suspendre de temps à autre, plusieurs jours durant, jusqu'à ce que, l'insomnie venant à se reproduire, s'impose une reprise de la prescription, à la dose idiosyncrasique. Suivent onze observations : toutes portent sur des aliénés et sont des plus probantes, la septième surtout, qui traite d'une manie aiguë excessivement intense (*intensissima*) ayant tous les dehors d'une véritable fureur. Deux grammes de sulfonal furent administrés, qui produisirent non seulement un sommeil immédiat, mais encore au réveil une tranquillité parfaite. *Cette rémission serait restée définitive.* Les effets post-hypnotiques du sulfonal, nous les connaissons déjà par le premier article de M. Julia ; il y revient néanmoins, insistant sur le calme d'esprit et la lucidité parfaite qui succèdent au sommeil obtenu à l'aide de cet agent ; ce qui déjà suffirait à le placer bien au-dessus des autres produits somnifères. Les contre-indications du sulfonal n'existent pour ainsi dire point ; M. Julia, du moins, n'en connaît aucune pour sa part. M. S. Garnier, en France, insinue qu'il y aurait danger à l'employer dans les formes mentales congestives : les observations de l'auteur prouvent le contraire. Quant aux troubles gastro-intestinaux qu'on a imputés à l'absorption de cet agent thérapeutique, ils sont totalement inconnus de M. Julia, aussi bien que de l'Allemand Cramer qui a dressé plus de quatre cents observations, toutes parfaitement vierges de semblables accidents ; il en est de même des éruptions scarlatiniformes signalées par M. Max Engelmann. Le temps qui s'est écoulé depuis son premier article jusqu'à ce jour, permet à l'auteur d'affirmer que l'usage prolongé du sulfonal est sans inconvénient, même chez les cardiaques. Les faits cliniques ont également, depuis cette époque, confirmé M. Julia dans sa manière d'expliquer l'action physiologique du produit qu'il étudie : « Ce produit détermine uniquement et exclusivement la léthargie des éléments cellulaires du cerveau ». En somme, les six propriétés cardinales du sulfonal sont les suivantes : 1<sup>o</sup> simplicité d'action ; 2<sup>o</sup> sûreté d'action ; 3<sup>o</sup> innocuité d'un long usage ;

4<sup>e</sup> persistance d'action après un long usage; 5<sup>e</sup> effets lointains (le sommeil continue à se produire régulièrement durant les interruptions de traitement); 6<sup>e</sup> rémission pendant l'état de veille du syndrome psycho-pathologique.

Réplique à M. Marandon de Montyel. — M. Marandon s'étant posé en « ennemi » du sulfonal, M. Julia, champion dudit, éprouve le besoin de riposter au « distingué » blasphémateur. A vrai dire, la réplique n'est nullement méchante. Tout au plus pourrait-on dire, pour résumer humoristiquement le dernier paragraphe, que le médecin espagnol se contente de renvoyer son adversaire à l'école... allemande. Il lui conseille, en effet, de délaisser la Pharmacie Centrale de France et ses produits, puis d'entreprendre de nouvelles observations avec du sulfonal d'outre-Rhin; ce sulfonal ayant pour caractères fondamentaux de présenter à 125°,5, *très exactement*, son point de fusion; de coûter, par kilo, 200 francs de plus que celui dont s'est servi jusqu'ici M. Marandon; et, — chose assurément capitale, — d'offrir au praticien toute sécurité désirable.

### **Revista clinica de los Hospitales (1889).**

*Notes sur les fonctions du cervelet*; par le Dr Jaime Vera y Lopez, médecin de l'hôpital général (numéro de mars). — Après Flourens qui, de ses expériences, avait déduit que le cervelet possède la « propriété de coordonner les mouvements *voulus* par certaines parties du système nerveux, *excités* par d'autres »; après Ferrier, qui voit dans cet organe « une agglomération étroite et complexe de centres individuellement distincts qui, fonctionnant ensemble, règlent les variations musculaires indispensables au maintien de l'équilibre du corps », M. Vera y Lopez rapprochant ses propres expériences, qui confirment celles de Ferrier, de celles faites antérieurement par lui sur les canaux semi-circulaires, « se croit autorisé à considérer le cervelet comme un territoire central d'actions compliquées. Pour lui, l'action cérébelleuse est toujours réflexe et ne se réveille que par le fait d'excitations périphériques diverses; l'organe ne fait ensuite que transformer celles-ci en excitations motrices de même caractère. Ainsi, que parviennent au cervelet des excitations centripètes désordonnées, c'est une transmission motrice à forme ataxique qui en résultera. Le cervelet ne peut nullement traduire en mouvements coordonnés des excitations centripètes irrégulières. *Le cervelet ne coordonne donc pas les mouvements;*

*il réfléchit simplement vers le système musculaire l'ensemble des excitations qui lui arrivent de la périphérie sensitive.* » M. Vera y López revendique comme une découverte bien personnelle le résultat expérimental suivant : *La destruction des six conduits semi-circulaires abolit absolument et pour toujours, — chez les grands voiliers, — les deux réflexes cérébelleux : vol et locomotion terrestre.* » Ni le cervelet par lui-même, ni aucune variété d'excitations périphériques ne sont capables de réveiller ces deux fonctions. Au demeurant, l'oiseau en expérience peut encore mouvoir partiellement les ailes, les pattes, le cou, la tête, son intelligence et sa santé générale sont restées intactes; mais la destruction des canaux semi-circulaires, lieux d'origine des excitations motrices spéciales au vol et à la marche, lui a complètement enlevé ces deux facultés. Il témoigne, en outre, de quelque incertitude et d'une visible maladresse, dans les mouvements céphaliques nécessaires à la préhension des aliments avec son bec.

D<sup>r</sup> NICOULAU.

## JOURNAUX ALLEMANDS

### Neurologisches Centralblatt.

ANNÉE 1888 (*Suite et fin*).

IX. — *Mode d'administration et effets du sulfonal*; par le D<sup>r</sup> Ruschervegh (numéro de novembre). — L'auteur préconise le mode d'administration du sulfonal, recommandé par Kast, qui consiste à donner ce médicament dans au moins 200 centilitres de liquide chaud, et de préférence dans du bouillon ou du lait, quelques heures avant le coucher. Il a constaté ainsi que l'effet hypnotique était plus constant, plus rapide et plus prolongé que lorsqu'on donne le remède dans de l'eau : avantage qui, d'après lui, résulte de la présence des sels et des peptones qui facilitent l'absorption du sulfonal.

L'auteur a administré ce médicament deux cent douze fois à trente-quatre malades; il n'a eu à enregistrer que vingt-quatre insuccès, encore tous ces échecs ont-ils été antérieurs à l'époque à laquelle il a adopté le mode d'administration de Kast.

Le sommeil survient dans un temps variant de une demi-heure à quatre heures après l'absorption du sulfonal ; et l'auteur a pu se rendre compte que l'effet hypnotique s'étendait souvent à deux nuits consécutives, sans que pendant le jour il y eût de la somnolence, fait qu'il explique en admettant que le remède circule dans le sang pendant au moins vingt-quatre heures, et que, la seconde nuit, son influence, jointe à celle du besoin naturel de sommeil, suffit encore à produire un effet hypnotique.

Un seul malade a accusé au réveil de l'abattement ; un autre a été sujet à des vomissements. D'une manière générale, le sommeil obtenu était calme, exempt de rêves pénibles et d'une durée de huit heures. Les doses de sulfonal variaient de 1 à 4 grammes et ont été administrées toujours avec succès à des maniaques, des hypocondriaques, des morphinomanes, alors que la paraldéhyde et l'hydrate d'amyle, aux doses de 3 centigrammes à 4 grammes, sont restés sans effet.

Aussi l'auteur estime-t-il que le sulfonal, administré d'après le procédé de Kast à la dose de 2 à 3 grammes, est un hypnotique très sûr et ne provoquant que très exceptionnellement des accidents désagréables du côté de l'appareil digestif.

X. — *Cysticerque de la couche optique*; par le Dr W. Manasse (numéro de novembre). — Une jeune fille de vingt ans, sans avoir éprouvé d'autres symptômes qu'un peu de gêne de la respiration pendant qu'elle montait des escaliers, et un peu de faiblesse des membres, est prise subitement, pendant une promenade, de fourmillements dans les mains et d'accès d'éternuements : malgré la persistance de ces symptômes, elle put coudre toute la journée du lendemain ; mais, le surlendemain, l'auteur constata une hémiplégie gauche qui, peu de temps après, atteignit aussi le côté droit. La malade ne pouvait plus rien avaler ; la parole ne fut pas abolie et l'intelligence resta intacte. La mort survint trois jours après les premiers accidents.

L'autopsie révéla dans la couche optique gauche l'existence d'une tumeur du volume d'une grume de raisin, due au développement d'un cysticerque. Rien dans les autres parties de l'encéphale. Cysticerques dans la plèvre gauche et le poumon : dans ces organes, les tumeurs sont à l'état crétacé.

Il est à remarquer, dit l'auteur, que, tout en amenant la mort en quarante-huit heures, la tumeur cérébrale n'avait antérieurement provoqué aucun accident : d'autre part, la paralysie frappa d'abord le côté correspondant au siège de la tumeur

cérébrale et ne s'étendit que plus tard au côté opposé. Cette particularité du mode d'évolution des symptômes des tumeurs cérébrales a déjà été signalée par Wernicke (*Lehrbuch der Gehirnkrankheiten*, p. 307). Enfin, dans ce cas, on a observé un cysticerque isolé dans un ganglion cérébral et non une dissémination de ces tumeurs avec attaques épileptiformes, comme Nothnagel et Küchenmeister. Une pareille localisation de la lésion est une condition favorable pour l'étude des fonctions de l'organe atteint. Or, sans parler des autres fonctions qu'on a localisées dans les couches optiques, Bechterew et Mislavsky ont établi expérimentalement que l'irritation des couches optiques peut amener le ralentissement et même l'arrêt de l'activité cardiaque; et Bechterew a fait observer plus tard que les lésions de ce centre cérébral provoquent, quand elles sont peu étendues, des accidents peu marqués ou même ne donnent lieu à aucun phénomène morbide.

Ces découvertes expliquent, d'après l'auteur, comment sa malade a pu arriver jusqu'à la fin de sa vie sans autres symptômes que ceux observés pendant les trois derniers jours, et permettent d'imputer cette mort rapide à l'arrêt complet de l'activité cardiaque.

#### ANNÉE 1889.

I. — *Un cas d'absence bilatérale presque complète du muscle trapèze*; par le Dr Erb (numéro de janvier). — L'auteur a pu observer un jeune homme de vingt ans, présentant tous les symptômes décrits par Duchenne, en ce qui concerne la position et les mouvements de l'omoplate et du bras dans les cas d'atrophie et de paralysie des muscles trapèzes. Cependant l'examen direct du malade, par le palper et par l'électricité, semblait démontrer qu'il ne s'agissait pas d'une lésion dystrophique de ces muscles, dont trois faisceaux minces (2 à gauche et 1 à droite) étaient conservés. Ces faisceaux, en effet, réagissaient normalement contre l'électrisation faradique et galvanique, sans réaction de dégénérescence, sans tremblements fibrillaires. Cette absence presque complète des muscles trapèzes n'avait pas encore été signalée et paraissait dès lors présenter quelque intérêt. L'auteur fait, en effet, l'historique d'anomalies de ce genre signalées par les anatomistes : elles intéressent d'autres muscles, surtout les pectoraux, et ont été

révélées généralement par la dissection, sans qu'on eût des données suffisantes pour savoir s'il s'agissait d'altérations pathologiques ou d'anomalies congénitales. Pour élucider ce point pour le cas observé par lui, l'auteur a eu recours à l'examen histologique. Il a comparé l'état des faisceaux musculaires qui représentaient le trapèze à celui des muscles dans la maladie de Thomson et dans l'atrophie musculaire progressive, sans trouver dans ses diverses préparations des signes distinctifs. Aussi se reconnaît-il impuissant à trancher d'une manière formelle la question de savoir s'il s'agissait d'une absence congénitale de muscles ou d'une atrophie musculaire ayant débuté par le trapèze et s'étant localisée exclusivement dans ce muscle. Les muscles soumis à l'examen présentaient, en effet, des lésions qu'on retrouve dans la dystrophie musculaire progressive, mais d'autres lésions observées dans cette dernière affection faisaient défaut.

II. — *Contribution à l'étude des névroses traumatiques* ; par le Dr Ludwig-Brunn (numéro de mars). — L'auteur rapporte sept observations de névroses traumatiques suivies de réflexions sur la simulation de cette affection. Ce travail n'est guère susceptible d'être analysé dans un compte rendu, et la reproduction intégrale des observations ne saurait trouver sa place dans le cadre réservé à l'analyse des journaux dans les *Annales*.

Dr AL. ADAM.

## BIBLIOGRAPHIE

---

*Des Folies diathésiques* ; par les Drs H. Mabille, médecin en chef, directeur de l'asile de Lafont, lauréat de la Société médico-psychologique et de l'Académie de médecine, et E. Lallemand, médecin-adjoint de l'asile de Lafont, lauréat de la Faculté de médecine et de l'Académie de médecine. — Mémoire couronné par l'Académie de médecine. Prix Falret, 1890. — Paris, 1891. G. Masson, éditeur.

MM. Mabille et Lallemand se sont efforcés de traiter des folies diathésiques en se plaçant au point de vue de l'état actuel de la science, sur les diathèses, d'une part, et sur l'aliénation mentale, d'autre part. Leur mémoire, rempli de faits cliniques et de déductions spéculatives, représente une forte somme de travail. La partie qui a dû leur coûter le plus d'efforts, et exiger d'eux le plus de persévérance, est celle qui a trait aux analyses journalières d'urine de plusieurs malades, dont ils donnent les observations. Tous ceux qui ont entrepris des recherches de ce genre savent combien il est difficile de les mener à bonne fin.

Voici le plan de l'ouvrage. — D'abord, la définition de la diathèse. Les auteurs, conformément à la doctrine de M. Bouchard, admettent que la diathèse est un trouble permanent de la nutrition, une nutrition retardante, qui prépare, provoque et entretient des maladies différentes entre elles comme forme symptomatique. Des diathèses nombreuses admises autrefois, ils ne conservent guère que l'arthritisme et la scrofule, aussi se proposent-ils d'étudier seulement : la folie rhumatismale ; les troubles vésaniques dans leurs rapports avec les grandes manifestations de l'arthritisme en général : rhumatisme chronique et subaigu, maladies de la peau, artério-sclérose, obésité, en insistant spécialement sur la goutte et le diabète; enfin, les rapports qui existent entre l'aliénation mentale et le cancer, la scrofule et la tuberculose, mais ce dernier chapitre sera traité d'une façon très succincte à cause de son peu d'importance.

Le rhumatisme aigu est-il une manifestation diathésique?— C'est sans grande conviction, si j'ai bien saisi leur pensée, que les auteurs se décident à l'affirmer. « Nous ferons entrer, disent-ils, jusqu'à plus ample informé, le rhumatisme aigu dans le groupe de la diathèse arthritique. » On trouve là en grand nombre des observations de troubles cérébraux se déclarant, les uns en même temps que le rhumatisme articulaire aigu, d'autres consécutivement à lui, les autres alternant avec lui, les derniers enfin faisant éclosion pendant le cours du rhumatisme et le compliquant pour ainsi dire.

Ces observations sont toutes intéressantes, mais elles ne sont pas toutes concluantes au même degré. Il en est même qui semblent prouver toute autre chose que la réalité de la folie rhumatismale ; mais, enfin, il faut en retenir quelques-unes dont l'importance est réelle, celle de M. Mesnet, entre autres. Les auteurs, à leur suite et dans un chapitre intitulé : « Pathogénie des troubles mentaux dans le rhumatisme articulaire aigu », attribuent aux fluxions rhumatismales sur l'encéphale, une influence étiologique sérieuse sur l'éclosion des troubles vésaniques, mais ils disent aussi qu'il faut toujours tenir compte de la prédisposition spéciale des sujets, et qu'en somme l'hérédité nerveuse a souvent été constatée. C'est dans ce chapitre qu'ils font cette remarque judicieuse et bien importante : l'aspect clinique des troubles mentaux dans le rhumatisme rapproche ces manifestations vésaniques des folies par intoxication. Et, en effet, le rhumatisme articulaire aigu, qui, d'après les doctrines modernes, serait une affection microbienne, serait, de ce fait, un empoisonnement par des ptomaines. Alors, le délire mélancolique avec hallucinations pénibles de la vue, confusion dans les idées, anxiété, dépression parfois, si l'on admet cette pathogénie, s'explique naturellement, d'après les données reçues en médecine mentale, par l'action, sur les centres nerveux, d'un toxique élaboré dans l'organisme même ; quand surtout, et c'est ce qu'on trouve noté dans nombre d'observations, soit par hérédité, soit par une prédisposition accidentellement acquise, les centres nerveux constituent un *locus minoris resistentiae*. L'entité folie rhumatismale disparaît alors du cadre nosologique. Il n'en reste pas moins très utile, au point de vue clinique, au point de vue thérapeutique même, d'étudier et de décrire les psychopathies qu'on observe parfois pendant le cours du rhumatisme articulaire aigu, ou consécutivement à lui, ou bien enfin qui alternent avec lui.

Nous arrivons maintenant à une autre partie du mémoire, dans laquelle est étudiée l'influence de l'arthritisme sur le développement de certains troubles vésaniques. — Il existe des liens entre l'arthritisme et l'aliénation mentale. — La légitimité de cette donnée est parfaitement démontrée, les auteurs enregistrent là un nombre considérable d'observations très intéressantes. Quelques-unes, parmi celles qui leur sont personnelles, sont très détaillées, et plusieurs sont accompagnées de ces minutieuses analyses d'urine déjà signalées.

Plus loin, on trouve l'influence sur l'élosion de la vésanie des plus importantes manifestations de l'arthritisme. Et d'abord, la goutte. Suivant toujours le même plan méthodique, les auteurs exposent les cas dans lesquels l'aliénation mentale coexiste avec la goutte, ceux dans lesquels la goutte et l'aliénation alternent ensemble, puis ceux dans lesquels l'accès de goutte fait disparaître l'aliénation, etc. Là encore, de nombreuses observations forment un véritable recueil à consulter.

Après la goutte, le diabète, dont les rapports avec les troubles vésaniques sont peut-être plus intimes encore. Enfin, les derniers chapitres, et les plus courts, sont consacrés à l'examen de l'influence de la tuberculose et de la scrofule sur l'aliénation.

Tel est l'ordre suivi par MM. Mabille et Lallemand dans l'exposé d'une question qui, certainement, n'était pas facile à traiter. Malgré la difficulté, ces auteurs ont très bien réussi, l'Académie du reste en a jugé ainsi. J'ajouterai qu'ils ont fait œuvre utile pour le praticien; car, en laissant de côté toute considération dogmatique, on trouve dans leur mémoire une étude méthodique et complète des troubles vésaniques qui surviennent parfois chez les rhumatisants et chez les arthritiques.

Quant à la question dogmatique, je ne crois pas, pour ma part, qu'il existe de véritables folies diathésiques. Je ne puis arriver à voir, dans tous ces malades dont MM. Mabille et Lallemand nous donnent les observations, que des prédisposés à l'aliénation qui, à un moment donné, et à propos de troubles somatiques, se mettent à délirer. Peut-être que certains états vésaniques qu'on note dans le rhumatisme aigu doivent se rattacher aux folies par intoxication, mais les folies goutteuses, pas plus que les autres folies diathésiques, ne sont des entités morbides. — Il me semble même que c'est un peu aussi l'opinion de MM. Mabille et Lallemand, qui, dans certains passages de leur mémoire, le laissent timidement entendre. En

tout cas, c'est parfaitement l'opinion de M. Blanche, rapporteur de la commission du concours académique. — Quoi qu'il en soit, je tiens à le répéter encore, malgré cette critique d'ordre doctrinal, la valeur du mémoire que MM. Mabille et Lallemant ont dû intituler : *Folies diathésiques*, subsiste tout entière.

CAMUSSET.

---

*A Loucura. (La Folie. Etudes cliniques et médico-légales);*  
par M. Jules de Mattos, médecin-adjoint de l'asile « Comte de Ferreira ». Un fort volume illustré de douze médaillons en deux planches. São-Paulo, 1889.

C'est avec le regret de ne pouvoir disposer d'une place suffisante pour l'analyser convenablement que nous signalons au passage le livre si intéressant de M. de Mattos. Ce n'est pas, comme semblerait l'indiquer le mot qu'il porte en vedette, un ouvrage sur la *Folie* en général, mais, plutôt, ainsi qu'il appert du sous-titre, une série d'études diverses, les unes cliniques, les autres médico-légales. Un travail de semblable nature, déjà très clair et très concis, — vu le but de vulgarisation auquel le destine son auteur, — ne permet guère de commentaires à l'endroit de chacune de ses divisions ; l'entreprise serait démesurée par le fait du détail ou resterait insuffisante : car, d'une part, il y aurait lieu de rééditer l'œuvre tout entière, ou peu s'en faut, augmentée d'arguments critiques ; d'un autre côté, se borner à quelques mots rapides sur chacune de ses *composantes*, ce serait la déflorer sans aucun profit réel pour le lecteur. Un chapitre de pathologie, nettement conçu, sobrement écrit n'est guère susceptible d'analyse ; les vues originales qu'il contient le seraient seules ; or, ceci, répétons-le, nous entraînerait trop loin, dans l'espèce. Nous nous bornerons donc à citer sans aucune glose, quelques-uns des sujets qui nous ont semblé plus particulièrement attrayants. L'examen, sous l'aspect diagnostique et pronostique, du *délire des grandeurs dans les différentes psychoses* ; où il est possible de le rencontrer, la détermination exacte des caractères morbides propres à différencier le *mélancolique du persécuté* ; des tentatives de rénovation faites dans le domaine médico-légal, en ce qui concerne la *méthode à suivre pour apprécier avec justesse un acte relevant par présomption de l'état comital* ; un essai de *classification médico-anthropologique des*

*aliénés criminels*; — telles sont les études qui nous ont particulièrement captivé; ce qui est loin de signifier que le reste du volume soit dénué d'intérêt, bien au contraire. L'érudition de notre confrère est profonde, ses aperçus pleins d'originalité, sa connaissance des choses mentales nettement assise; et, à ce propos, signalons spécialement dans son livre un résumé tout à fait clair des opinions si multiples, si complexes, si diffuses parfois, émises sur le délire des persécutions par les psychiatres de tous pays.

Des observations nombreuses, choisies, et personnelles pour la plupart, accompagnent chaque dissertation, et, pour les médecins inexpérimentés, démontrent, expliquent ou commentent avec précision les théories antécédentes. Ainsi parler, c'est exprimer notre avis sur la tentative faite par M. de Mattos.

Son livre atteint, pensons-nous, l'objectif que s'est proposé l'auteur : éclairer pour les profanes quelques points obscurs de notre science, mettre celle-ci à la portée de nos confrères étrangers aux asiles, — vulgariser, en un mot, — et compléter de la sorte son *Manuel de maladies mentales*, édité dans le même esprit, en 1884 (1). Quant à la partie matérielle de l'ouvrage, elle est faite pour séduire les personnes amies d'une certaine recherche typographique, de certains dehors engageants, et de qui l'œil demande à être flatté, pour que soit absolu le plaisir qui leur vient d'une lecture. Sous cet aspect purement plastique, *la Folie* est non moins recommandable :

Tout en est beau : papier, images, caractères...,  
et le style est à l'unisson.

D<sup>r</sup> NICOLAU.

---

*O que é o hypnotismo; vantagens e perigos. (Ce qu'est l'hypnotisme; ses avantages et ses dangers)*; par M. H. François Alvares. Thèse pour le doctorat en médecine soutenue devant l'Ecole de Porto, en 1889. Un volume in-8°.

Œuvre volumineuse et documentée, sur un sujet bien couru peut-être, mais dans la connaissance duquel M. Alvares se montre profès. La première moitié du livre, consacrée à des détails historiques, nous a semblé bien étudiée et parfaitement

---

(1) V. *Annales médico-psychologiques*, 1885, II, 158.

impartiale. Chaque école y figure avec ses opinions propres, entre lesquelles et à l'aide desquelles, l'auteur, en éclectique de bon goût, a cherché sa voie personnelle. Nous nous bornerons à reproduire les solutions qu'il donne aux questions posées en tête de l'ouvrage. — 1<sup>o</sup> Qu'est-ce que l'hypnotisme? Rejetant la définition de Charcot qui en fait une *névrose expérimentale*; celle de Braid qui voit là un état particulier du système nerveux déterminé par des manœuvres artificielles; celle de Masoin, qui le déclare une modification dynamique du système nerveux et particulièrement du cerveau, provoquée d'ordinaire par des impressions extérieures ou des manœuvres spéciales; celles d'Azam, de Richer, de Bernheim, de son compatriote Mont'Alverne, etc... M. Alvares voit, à son tour, dans l'hypnotisme la provocation d'une perturbation nerveuse, caractérisée par divers états, — plus ou moins comparables au sommeil naturel, — et déterminée par l'individu lui-même (auto-suggestion), ou par des moyens extrinsèques. — 2<sup>o</sup> Quels sont maintenant les avantages de l'hypnotisme? Ils consistent dans son application, à titre d'agent thérapeutique, au traitement des névroses et des psychoses; peut-être serait-il encore de quelque influence sur l'heureuse et rapide modification de certaines lésions organiques (expériences de Delbœuf), ou dans l'amélioration des dégénérés criminels et des enfants à tendances perverses; enfin, chez d'aucuns, l'hypnose remplacerait avantageusement le chloroforme dans les opérations chirurgicales. En tout cas, c'est au médecin seul qu'il appartient d'employer ce mode de traitement; encore doit-il se faire scrupule d'en user hors du champ des névroses et des psychoses; car, en toute autre circonstance, la tentative pourrait être imprudente, sinon absurde ou charlatanesque. — 3<sup>o</sup> En quoi consistent les dangers de l'hypnotisme? Il est facile de concevoir, tout d'abord, les nombreux accidents susceptibles de se produire durant la période convulsive, que l'opérateur soit médecin habile, amateur maladroit ou professionnel ignorant. Ensuite, chez les individus prédisposés, les expériences qu'ils subissent, jouant le rôle de causes occasionnelles, peuvent amener, sous forme nettement définie, l'hystérie [ou l'épilepsie convulsives, comme aussi des troubles cérébraux notables]. Les faits de cet ordre doivent même être considérés comme fréquents. Les attentats commis par suite de suggestions déterminantes, les perversions morales ou affectives, intellectuelles ou physiques, imposées au sujet, le viol, l'exploitation possible

d'un être inconscient, etc., sont autant de périls qu'entraîne après soi l'hypnotisme. — 4<sup>o</sup> Les lois de *son application* résultent nécessairement des deux paragraphes qui précédent. « L'hypnotisme, ainsi que maint toxique, est utilisable dans certaines affections bien déterminées, à certaines doses bien définies ; mais, le défaut de contrepoison connu impose une extrême, une minutieuse prudence dans son emploi. Les maladies passibles de l'hypnotisme, nous les avons signalées plus haut ; quant à la posologie de cet agent thérapeutique, c'est, évidemment, l'expérience, procédant avec une exquise délicatesse, qui peut seule en déterminer les bases... Il est donc indispensable que, seules aussi, des personnes compétentes puissent manier cet agent en dehors de toute exhibition théâtrale ou de salon. » Suivent des considérations médico-légales dont nous ne pouvons que signaler, ici, le principal desideratum : voir la justice compter un peu plus avec l'hypnotisme...

La thèse de M. Alvares est accompagnée de treize observations, presque toutes empruntées à la science française. Malgré l'honneur évident qui en résulte pour celle-ci, peut-être est-il à regretter que la note personnelle ne domine pas davantage dans cette partie du volume que nous étudions.

D<sup>r</sup> NICOULAU.

*Prichard and Symonds in especial relation to mental science with chapters on moral insanity (Prichard et Symonds, leur œuvre au point de vue de la science mentale, avec des chapitres sur la folie morale) ; par le D<sup>r</sup> Hack Tuke, 1891.*

Le D<sup>r</sup> Tuke a composé son essai sur ces deux remarquables médecins de Bristol, à l'occasion de la réunion dans cette ville en 1891, de l'Association médico-psychologique anglaise. Symonds, auteur de divers travaux de psychologie dans ses rapports avec la physiologie, ne se rattache pas directement à la médecine mentale. Il n'en est pas de même de Prichard, le père de la Folie morale (*moral Insanity*), l'émule d'Esquirol et le précurseur de Morel. Prichard eut pour champ d'étude des maladies nerveuses et mentales, Saint-Peter's Hospital, où étaient admis un grand nombre de névropathes et d'aliénés, Dans les premières années de sa carrière, il était loin de songer à la folie morale ! Il pensait exactement le contraire de ce qu'il

devait soutenir plus tard, et à propos d'un cas rapporté par Gall, d'un désordre des penchants survenu à la suite d'une blessure grave du crâne chez un individu tombé d'un quatrième étage, il s'écriait plaisamment : « Le Collège des chirurgiens peut s'attendre quelque jour à marcher triomphalement à la prise de possession des sièges désertés par les juges : nous appliquerons désormais le trépan dans les cas où la corde et le gibet sont actuellement applicables. »

Mais l'expérience ne tarda pas à lui ouvrir les yeux, et le même homme qui avait écrit la téméraire critique qui précède, écrivait plus tard : Je désigne sous le nom de « Moral Insanity » l'état mental d'individus chez lesquels on ne constate aucune lésion de l'intelligence, aucun manque du pouvoir de raisonner et de converser correctement sur toute espèce de sujets, et dont la maladie consiste en une perversion des sentiments, du caractère, des inclinations, des habitudes et de la manière d'agir. De tels individus sont tantôt extraordinairement excités et orgueilleux, tantôt déprimés, mais sans hallucinations ; quelquefois misanthropes et moroses. Cette définition ne saurait évidemment satisfaire un aliéniste de notre génération, mais elle faisait faire, à l'époque où elle a été donnée, un progrès considérable à la psychiatrie.

Prichard, né en 1786, mourut en 1848, ayant obtenu toutes les distinctions que pouvait ambitionner un homme de son mérite. Dans la deuxième partie de son livre, le Dr Tuke expose ses propres vues sur la folie morale et en fournit quelques observations. Elle résulte de l'absence ou de l'inhibition des zones supérieures de l'intelligence, où résident la volonté et les sentiments altruistes ; d'où le déchaînement automatique des facultés instinctives et la perversion des sentiments, des penchants et du caractère. Il en distingue plusieurs formes, selon que ces zones supérieures modératrices sont congénitalement absentes ou atrophiées, ou qu'elles ont été lésées ultérieurement.

L'ouvrage se termine par une observation de folie morale chez un dégénéré sanguinaire, que l'auteur a recueillie à l'asile de Kingston (Ontario), grâce à l'obligeance du médecin de cet établissement. Cette observation est assurément une des plus remarquables qui existent.

A. CULLERRE.

*Differences in the nervous organisation of man and woman physiological and pathological (Différences dans l'organisation nerveuse de l'homme et de la femme au point de vue physiologique et pathologique);* par Harry Campbell, M. D., London, 1891 in-8, 383 p.

Cet ouvrage se compose de trois parties. La première est consacrée à l'étude de la formation des sexes. M. Campbell y met tour à tour à contribution l'embryologie et la biologie dans ce qu'elle a de plus général, et arrive à cette conclusion que la différenciation des sexes a été le résultat de l'évolution favorisée par la sélection naturelle. Les cellules mâles et femelles, en se combinant, ne fondent pas seulement ensemble des tendances physiologiques différentes, mais encore des tendances héréditaires divergentes, source d'abondantes variations où la sélection naturelle puise les sentiments nécessaires à son action.

Ce qui caractérise le sexe mâle, c'est une tendance à une dépense intensive d'énergie, c'est en un mot l'activité ; ce qui caractérise au contraire le sexe femelle, c'est la passivité, la tendance à emmagasiner de l'énergie. De ces caractéristiques opposées découlent les différences qui existent entre le système nerveux des deux sexes, tant au point de vue physiologique que pathologique. Ce sont ces différences dont l'étude fait le sujet de la deuxième partie, qui n'est qu'un long parallèle entre la pathologie nerveuse de l'homme et de la femme, et qui peut se résumer de la façon suivante : les lésions organiques du système nerveux sont le propre de l'homme, tandis que les névroses prédominent chez la femme. L'auteur s'attache aussi à relever fidèlement et à mettre en lumière les particularités intellectuelles et morales qui distinguent les deux sexes.

La troisième partie est consacrée à des considérations de psycho-physiologie, particulièrement sur les désordres de la volonté. Pour justifier cette partie de son ouvrage, qui ne paraît pas se relier bien intimement au sujet traité, M. Campbell émet cette opinion que les défaillances de la volonté jouent un rôle important dans les manifestations morbides et que les médecins doivent s'ingénier à raffermir cette faculté.

En somme, le livre de M. Campbell est estimable et ne manque pas d'intérêt dans quelques-unes de ses parties ; on peut dire cependant, que la nature du sujet devait entraîner fatallement l'auteur à l'abus des digressions et des généralités, et qu'il

n'a pas su échapper à cet inconvénient autant qu'on eût pu souhaiter dans l'intérêt de son ouvrage.

A. CULLERRE.

---

*The pathology diagnosis and treatment of intra-cranial growths (Pathologie, diagnostic et traitement des tumeurs intra-cra-niennes)*; par P. Coombs Knapp, Boston 1891.

Ce travail est une véritable monographie des tumeurs cérébrales. Conçu sur un plan didactique, il passe successivement en revue l'étiologie, l'anatomie pathologique, la symptomatologie, le diagnostic, le pronostic et le traitement des néoplasmes intra-craniens. La partie neuve du mémoire est représentée par quarante observations avec autopsies, recueillies à l'hôpital de Boston, et presque toutes inédites. A ces matériaux qui lui sont propres, l'auteur a ajouté la liste complète des ablations jusqu'ici opérées de tumeurs cérébrales. En dehors de ses observations personnelles, le Dr Knapp ne prétend nullement à l'originalité et déclare s'être basé, pour la description du sujet, plutôt sur la littérature médicale que sur les faits d'ailleurs trop peu nombreux recueillis par lui. La lecture de ce mémoire, bien qu'intéressante, ne nous apporte, en effet, aucune connaissance nouvelle. Cela ressort avec évidence, notamment, du paragraphe consacré aux troubles psychiques causés par les tumeurs cérébrales ; une vingtaine de lignes à peine sont consacrées à l'étude de cette question.

La littérature des néoplasmes intra-craniens est considérable. M. Knapp ne cite pas moins de soixante-deux travaux, en majorité américains et anglais, relatifs à cette question ; vingt-trois sont allemands, six sont italiens ; trois seulement sont français. La littérature française est-elle vraiment si pauvre en travaux sur les tumeurs cérébrales ?

A. CULLERRE.

---

*Spasmodic wry-neck and other spasmodic movements of the head, face and neck (Torticollis spasmodique et autres spasmes de la tête, de la face et du cou)*; par Noble Smith, chirurgien de l'Hôpital d'enfants de tous les saints. 1891.

Dans ce travail, l'auteur s'est proposé de prouver : 1<sup>o</sup> que le traitement du torticollis spasmodique par les remèdes empruntés

à la matière médicale n'est d'aucun effet; 2<sup>e</sup> que l'électricité ne réussit qu'exceptionnellement, et seulement dans des cas récents; 3<sup>e</sup> que l'elongation des nerfs a été suivie de succès, mais est infidèle; 4<sup>e</sup> que l'excision d'une portion du spinal est le mode de traitement par excellence, et que cette opération a pour résultat de supprimer le spasme non seulement des muscles innervés par ce nerf, mais encore des muscles voisins; 5<sup>e</sup> que le meilleur mode opératoire consiste à exciser le nerf au niveau de la face interne du sterno-cléido-mastoïdien, au point où il se distribue dans ce muscle; 6<sup>e</sup> que si, après l'opération, quelque spasme subsiste dans des muscles voisins, il convient de sectionner les branches nerveuses qui se rendent à ces muscles; 7<sup>e</sup> que ces sections nerveuses ne sont suivies pour le patient d'aucun inconveniit au point de vue des paralysies musculaires; 8<sup>e</sup> que les récidives ne sont pas à redouter; 9<sup>e</sup> qu'enfin, d'autres spasmes convulsifs des muscles de la tête sont justifiables de la même méthode.

Suivent les développements que comportent ces différentes propositions, ainsi que de nombreuses citations d'auteurs.

A. CULLERRE.

### BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Aliénés méconnus et condamnés par les tribunaux; par le Dr F. Pactet, interne des asiles de la Seine. Broch. in-8° de 72 pages. Paris, G. Steinheil, 1891.

— Les possédés et les démoniaques à Genève au XVIII<sup>e</sup> siècle; par le Dr Paul Ladame. 1 vol in-12 de 68 pages. Genève Schira, 1892.

— Valore terapeutico dell'idroclorato d'ioscina nelle malattie mentali (Valeur thérapeutique du chlorhydrate d'hyoscine dans les maladies mentales); par le Dr G. Sanna-Salaris, directeur du manicomio de Cagliari. Broch. in-8° de 45 pages. Extrait des *Annali di freniatria e scienze affini*. Turin, 1891.

— Album des centres nerveux. 48 figures schématiques avec légendes explicatives; par les Drs A. Debierre et E. Doumer. 1 vol. in-12. Paris, F. Alcan, 1892.

— Quelques mots sur Rome et Naples médicales; par le Dr Ph. Chaslin. Broch. in-8° de 20 pages. Extrait du *Journal des Connaissances médicales*. Paris, 1891.

— Erörterungen über die Paranoia vom klinischen Standpunkte (Eclaircissements sur la paranoïa envisagée au point de vue clinique) ; par le Dr Clemens Neisser. Broch. in-8° de 20 pages. Extrait du *Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*, numéro de janvier 1892.

— Agnosticisme. Essai sur quelques théories pessimistes de la connaissance ; par E. de Roberty. 1 vol. in-18 de 165 pages, de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*. Paris, Félix Alcan, 1892.

— The fire protection of hospitals for the Insane (De la protection des asiles d'aliénés contre l'incendie) ; par le Dr L.-H. Prince, médecin résidant de « Bellevue Place », Batavia. 1 vol. in-8° de 122 pages avec figures. Chicago, C. H. Blakely et C<sup>ie</sup>, 1891.

— Le type criminel d'après les savants et les artistes ; par le Dr Edouard Lefort. In-8° de 96 pages avec planches. Lyon, A. Stock,

— De l'état de mal migraineux ; par le Dr Ch. Fégré. Broch. in-8° de 8 pages. Extrait de la *Revue de médecine*, numéro de janvier 1892.

— La paralisi progressiva nell' Italia meridionale. Studio clinico e statistico (La paralysie progressive dans l'Italie méridionale. Etude clinique et statistique) ; par le Dr A. Roscioli, directeur du manicomio Fleurent, à Naples. Broch. in-8° de 42 pages. Extrait du *Giornale di psichiatria*. Nocera Inf. 1891.

— Seventh biennial Report of the Illinois Eastern Hospital for the Insane at Kankakee (Septième rapport biennal de l'asile d'aliénés de l'Est-Illinois, à Kankakee). 1 vol. in-8° de 114 pages. Septembre 1890.

— Elektrotherapeutische Streitfragen. Verhandlungen der Elektrotherapeuten-Versammlung zu Frankfurt-am-Mein am 27 septembre 1891 (Questions électrothérapiques. Actes du Congrès d'électrothérapie tenu à Francfort-sur-le-Mein le 27 septembre 1891) ; par les Drs Edinger, Laquer, Arch et Knoblauch. 1 vol. in-8° de 88 pages. Wiesbaden, Bergmann, 1892.

— Manuel pratique de médecine mentale ; par le Dr E. Régis, ancien chef de clinique des maladies mentales de la Faculté de Paris, avec une préface du professeur Ball. 2<sup>e</sup> édition, 1 vol. in-12 de 751 pages, cart. à l'anglaise. Paris, Octave Doin, 1892.

---

## VARIÉTÉS

---

### NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

— *Décret du 12 janvier 1892* : Sur la proposition du ministre de l'intérieur, ont été nommés au grade de chevalier de la Légion d'honneur :

M. le D<sup>r</sup> LANGLOIS (Auguste-Marie), médecin en chef de l'asile d'aliénés de Maréville (Meurthe-et-Moselle). En exercice depuis 1879. Ancien interne à l'asile de Saint-Dizier, ancien médecin-adjoint aux asiles de Dijon et de Vaucluse, chargé de cours à la Faculté de médecine de Nancy depuis 1879 ; successivement attaché aux ambulances de Strasbourg et à l'ambulance franco-allemande de Saint-Dizier pendant la guerre 1870-1871. Vingt-trois ans de services ;

M. POTIER (Jules-Alexandre-Jean-Baptiste-Henri), membre de la commission de surveillance des asiles publics d'aliénés du département de la Seine. Ancien notaire, ancien conseiller municipal de Paris. Vingt et un ans de services.

— *Arrêté du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts en date du 10 janvier 1892* : Sont nommés officiers d'Académie, MM. les D<sup>r</sup>s ARNAUD (Léon-Emile-Joseph), médecin-adjoint de la maison de santé de Vanves (Seine), et MABILLE (Henri-Eugène), médecin-directeur de l'asile des aliénés de Lafont (Charente-Inférieure).

— *Arrêté du 10 janvier 1892* : M. le D<sup>r</sup> CHARON, interne à l'asile de Bonneval, déclaré admissible aux emplois de médecins adjoints des asiles publics d'aliénés (Concours de Lille du 10 décembre 1891), est nommé médecin adjoint à l'asile de Bailleul (Nord), et placé dans la 2<sup>e</sup> classe de son grade (2,500 fr.).

— *Arrêté du 19 janvier 1892* : M. le D<sup>r</sup> CHARDON, ancien interne à l'asile d'Armentières, déclaré admissible aux emplois de médecins-adjoints des asiles publics d'aliénés (Concours de Lille du 10 décembre 1891), est nommé médecin adjoint à l'asile de Saint-Venant (Pas-de-Calais), et placé dans la 2<sup>e</sup> classe de son grade (2,500 fr.).

Sont promus pour prendre rang à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1892 : à la 1<sup>re</sup> classe de leur grade (7,000 fr.), M. BARROUX, directeur de l'asile de Villejuif (Seine) et M. le Dr CAMUSSET, directeur-médecin de l'asile de Bonneval (Eure); à la classe exceptionnelle de son grade (4,000 fr.), M. le Dr VERNET, médecin-adjoint de l'asile Saint-Luc (Basses-Pyrénées).

— *Arrêté du 22 janvier 1892* : Sont promus à la 1<sup>re</sup> classe de leur grade (3,000 fr.), M. le Dr ROUILLARD, médecin-adjoint de l'asile de Villejuif, pour prendre rang à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1892, et M. le Dr SÉRIEUX, médecin-adjoint du même asile, pour prendre rang à partir du 1<sup>er</sup> avril 1892.

#### NÉCROLOGIE

**ALFRED MAURY.** — La France vient de perdre un savant des plus distingués, un érudit de premier ordre, dont l'œuvre aussi riche que variée fait grand honneur à notre pays. Alfred Maury, membre de l'Académie des inscriptions et belles-lettres, professeur au Collège de France, directeur honoraire des Archives nationales, est décédé le 12 février 1892, à l'âge de soixante-quinze ans.

Il ne nous appartient pas de retracer ici la vie si bien remplie de cet illustre savant; la compétence nous manque pour parler de ses nombreuses découvertes dans le domaine si vaste de l'érudition historique; des voix plus autorisées rendront compte de ses nombreux travaux archéologiques. Mais Alfred Maury, qui avait jeté un regard curieux dans toutes les sciences, en avait approfondi plusieurs; il avait étudié la médecine et les sciences naturelles, et, durant sa longue carrière d'érudit, il n'oublia jamais les enseignements de la biologie : ils lui furent maintes fois utiles pour l'explication de certains phénomènes historiques qui paraissent extraordinaires ou même surnaturels pour le vulgaire.

Alfred Maury fut un des collaborateurs de la première heure des *Annales médico-psychologiques*; il est de notre devoir de le rappeler, de rendre ici même un dernier hommage à l'écrivain distingué qui a su tirer d'excellents résultats de l'union intime de l'érudition et de la science, en particulier, de la psychologie normale ou morbide. Celà est vrai surtout des travaux publiés dans ce recueil, et dont il suffit de citer les titres pour en indiquer l'importance. Tels sont, en particulier, les suivants : *Historique de l'hallucination au point de vue philosophique, ou examen critique de l'opinion émise par Brière de Boismont touchant les caractères auxquels on doit reconnaître l'hallucination chez certains hommes de l'antiquité* (1845, t. V); *Du corybantisme et de l'analogie que certains auteurs ont établie entre*

*cet état, la chorée ou le tarentisme* (1847, t. X); *Examen de la psychologie d'Aristote* (1848, t. XI); *Analogies des phénomènes du rêve et de l'aliénation mentale* (1853, t. V), etc.

Par ces travaux, et surtout par le remarquable ouvrage sur *Le sommeil et les rêves*, Alfred Maury doit être considéré comme un des précurseurs, ou plutôt comme un des initiateurs de l'école psychologique moderne. A l'époque où l'ontologie régnait en maîtresse, il sut en secouer le joug stérilisant et faire de la véritable psychologie expérimentale. Quels que soient les progrès accomplis depuis lors dans cette science, on ne relit pas sans profit le petit volume de notre savant collaborateur.

La place d'Alfred Maury devait être naturellement au milieu d'hommes qui poursuivaient les mêmes recherches que lui; aussi, dès le jour de la fondation de la Société médico-psychologique, il en devint membre. Il assista assidûment aux séances et prit une part active à ses travaux; il prit surtout la parole dans les discussions sur les questions de psychologie morbide, telles que celles sur les hallucinations, les névroses extraordinaires, etc. Depuis une vingtaine d'années, ses occupations, puis la maladie, l'avaient éloigné de nous; peu d'entre les membres actuels l'ont connu; il est bon de rappeler aux nouvelles générations la place importante que ce collègue éminent occupe dans la science, et les services qu'il a rendus aux études médico-psychologiques.

D<sup>r</sup> PROSPER DESPINE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du D<sup>r</sup> Prosper Despine, décédé à Marseille, le 16 janvier dernier, après une courte maladie; il était dans sa quatre-vingtième année.

Né à Bonneville (Haute-Savoie), en 1812, Prosper Despine était jeune encore quand sa famille vint se fixer à Marseille, où il commença ses études médicales, qu'il poursuivit ensuite à Paris. Interne à Bicêtre, il fut reçu docteur en 1837.

Revenu à Marseille, il laissa bientôt la médecine pratique pour se consacrer à l'étude des questions de psychologie et de philosophie médicales. Théoricien spiritualiste, il a publié plusieurs ouvrages d'une erudition profonde qui intéressent le médecin autant que le philosophe. Tels sont : *la Psychologie naturelle, ou Etude sur les facultés intellectuelles ou morales dans leur état normal, et dans leurs manifestations anomales chez les aliénés et chez les criminels* (1868); — *De la folie au point de vue philosophique, ou plus spécialement psychologique, chez le malade et chez l'homme en santé*. (Ouvrage couronné par l'Institut en 1874.) Son *Etude scientifique du somnambulisme* lui valut, en 1877, une récompense de la Société médico-psychologique (prix Aubanel). Citons encore quelques travaux : *La contagion morale* (1870); *l'Imitation ou des principes qui la déterminent* (1871); *Le Démon alcool* (1871); *de l'Etat psy-*

*chique des criminels; Un cas d'hystérie aiguë chez l'homme.* (*Ann. méd.-psych.* 1872-1876). Son dernier travail est une étude sur Molière, qui a pour titre *La science du cœur humain* (1884).

Très modeste, d'un caractère très droit, Prosper Despine était tenu en haute estime par tous ses confrères.

Depuis 1877, il appartenait à la Société médico-psychologique comme membre correspondant; et il avait voulu récemment honorer la mémoire de son illustre fondateur, en souscrivant au monument de Baillarger. Les dernières volontés de ce regretté et distingué collègue n'ont pas permis de lui adresser un adieu au nom de cette compagnie.

D<sup>r</sup> CAMPAN. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du D<sup>r</sup> Campan (Louis-Joseph), médecin-directeur de l'asile de Rodez, décédé le 26 janvier 1892, dans sa soixante-neuvième année.

Le D<sup>r</sup> Campan, né à Avignon en 1823, entra d'abord dans le service militaire; après sa libération, en 1851, il fut nommé au concours interne en médecine de l'hôpital de sa ville natale, et passa, en 1858, sa thèse de doctorat à la Faculté de Montpellier. Ce n'est que neuf ans après, en 1867, qu'il entra dans le service des aliénés comme directeur-médecin de l'asile de Saint-Alban, où il resta cinq ans. Il passa ensuite, en la même qualité, à l'asile de Saint-Dizier, d'où, après huit ans de séjour, il fut envoyé comme médecin en chef de l'asile de Cadillac. En 1886, il fut nommé médecin-directeur de l'asile de Rodez, où il vient de mourir après une courte maladie.

Notre regretté collègue n'a rien publié; mais il laisse le souvenir d'un praticien distingué, très bon et très bienveillant, d'un confrère très estimé de tous ceux qui l'ont connu.

#### CIRCULAIRE MINISTÉRIELLE SUR LA CRÉATION DE SOCIÉTÉS DE PATRONAGE POUR LES ALIÉNÉS SORTANT DES ASILES

Monsieur le Préfet,

Il arrive assez fréquemment que les médecins des asiles d'aliénés hésitent à provoquer la mise en liberté d'individus dont l'état mental leur paraît suffisamment amélioré pour rendre inutile leur maintien en traitement, ou qu'ils considèrent même comme guéris, dans la crainte que ces malheureux, livrés brusquement à eux-mêmes sans surveillance et souvent sans ressources, reprennent les habitudes d'existence qui ont été parfois la cause déterminante de leur maladie, et se trouvent d'autre part, dans l'impossibilité de se procurer du travail par suite des

préventions trop répandues auxquelles sont en butte les personnes ayant passé par un établissement d'aliénés.

Mon administration, qui se préoccupe depuis longtemps des moyens de remédier à cette situation, a toujours été portée à les chercher dans l'intervention de Sociétés de patronage dont l'œuvre consisterait à surveiller et à aider l'aliéné pendant les premières phases de son retour à la vie commune. Saisi de la question, à l'occasion de l'examen du projet de loi portant révision de la législation sur les aliénés, le Conseil supérieur de l'Assistance publique a formulé, dans sa seconde session ordinaire de 1891, une série de propositions dont voici le texte :

*Sociétés de patronage.* — Résolutions votées par le Conseil supérieur au sujet de la création des Sociétés de patronage pour les aliénés sortant des asiles.

I. — Le Conseil émet le vœu qu'il existe dans chaque département une ou plusieurs Sociétés de patronage chargées de seconder les malades à leur sortie des établissements d'aliénés publics ou privés, et que M. le Ministre de l'intérieur, dans une circulaire aux préfets, invite ceux-ci à favoriser par tous les moyens la création de ces Sociétés.

II. — Les Sociétés de patronage viendront en aide aux aliénés convalescents ou guéris, par les moyens suivants : secours en argent, en linge, en vêtements, outils (ces secours peuvent être hebdomadaires, mensuels, trimestriels) ; dégagement des objets mis au Mont-de-piété ; payement du loyer, placement des malades dans des asiles de convalescence, dans des cottages intermédiaires entre l'internement complet et la vie libre, ou encore, s'il y a lieu, dans les hospices ; placement définitif dans les ateliers et les maisons de commerce, d'agriculture, etc., surveillance de l'aliéné guéri dans la place où il est occupé.

III. — Il y a intérêt à établir un lien entre les différentes Sociétés de patronage.

IV. — Les Sociétés de patronage pourront être autorisées à toucher le pécule de sortie de l'aliéné de façon à le lui remettre en temps utile et au besoin par fractions.

En émettant ces résolutions, le conseil était assuré de me trouver prêt à seconder la réalisation des vues qui répondent absolument aux miennes et touchent à un des plus intéressants parmi les problèmes que l'Assistance publique doit se donner mission de résoudre.

Je n'hésite donc pas à me conformer à un des vœux du Conseil en appelant toute votre sollicitude sur la question de l'organisation de Sociétés de patronage pour la protection des aliénés sortant des asiles.

Comme l'établissait le rapport présenté au Conseil supérieur et que vous trouverez reproduit dans le fascicule 36 des tra-

vaux de cette Assemblée, ces Sociétés sont bien peu nombreuses en France, malgré certaines initiatives généreuses. Il y a là un progrès très désirable à poursuivre. J'attache la plus sérieuse importance à ce que vous recherchiez quels éléments d'organisation, quelles ressources particulières peut présenter à cet égard votre département, comme aussi quelles causes spéciales d'insuccès la tentative pourrait être exposée à y rencontrer.

Je prendrai connaissance avec un grand intérêt des résultats de cette étude que je vous prie de me communiquer le plus promptement possible, en y joignant les observations personnelles que pourra vous suggérer la question.

Recevez, monsieur le Préfet, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

*Le Ministre de l'Intérieur,  
CONSTANS.*

**CONGRÈS ANNUEL DES MÉDECINS ALIÉNISTES  
DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE**

*Session de Blois 1892.*

Blois, 1<sup>er</sup> mars 1892.

Monsieur et très honoré Confrère,

Le Congrès annuel des médecins aliénistes de France et des pays de langue française devant se réunir en 1892 à Blois, le Comité d'organisation de cette session, composé du bureau du Congrès de Lyon auquel ont été adjoints les médecins aliénistes de Blois, a l'honneur de vous demander votre adhésion.

La date de la réunion est fixée au lundi 1<sup>er</sup> août.

Le programme comprendra :

1<sup>o</sup> La mise à l'ordre du jour des questions suivantes :

*Du délire des négations, sa valeur diagnostique et pronostique.*

*Le secret médical en médecine mentale.*

*Les colonies d'aliénés.*

Un rapport sera fait sur chacune de ces questions et sera renvoyé à chaque membre adhérent dans le mois de juillet.

2<sup>o</sup> La lecture des mémoires ou les communications orales des membres du Congrès sur des questions diverses touchant la médecine mentale.

3<sup>o</sup> Les visites aux hôpitaux de Blois, à l'ancien hospice des aliénés et à l'asile départemental actuel.

Inauguration d'une infirmerie et du nouveau service des épileptiques non aliénés.

Ce programme sera rempli d'après le règlement ci-joint (1). La cotisation est de 20 francs.

Vous voudrez bien nous faire connaître dans le plus bref délai le titre des travaux ou des communications que vous avez l'intention de présenter pour nous permettre de préparer le programme définitif.

Veuillez agréer, Monsieur et très honoré Confrère, l'assurance de nos meilleurs sentiments confraternels.

*Le Président du Comité d'organisation,*

D<sup>r</sup> BOUCHEREAU.

*Le Secrétaire de la Commission locale,*

D<sup>r</sup> DOUTREBENTE.

#### MARTYROLOGIE DE LA PSYCHIATRIE (*Suite*).

Notre collaborateur, M. le D<sup>r</sup> Henry Bonnet, nous envoie l'extrait suivant du *New-York Herald*, que nous nous empressons d'insérer :

« Le D<sup>r</sup> Flavin Wilder, médecin aliéniste très connu de Chicago, a été tué en plein midi par un nommé John Redmond, récemment sorti d'un asile d'aliénés. Ce drame a causé un grand émoi à Chicago, tant à cause de la personnalité du D<sup>r</sup> Wilder que par suite de la notoriété de Redmond, qui devint fou à la suite d'une mésaventure qui fit sensation dans la ville, il y a environ trois ans. Redmond est forgeron de son métier et, un jour, sa fille Annie, encore enfant, lui a été mystérieusement enlevée. Le père, affolé, a fait rechercher sa fille par des détectives et a dépensé toutes ses économies sans pouvoir parvenir à la retrouver.

Les journaux se sont, alors, très longuement occupés de l'affaire et, grâce à leur intervention, l'enfant fut retrouvée au bout de plusieurs mois. De plus, une souscription publique a été ouverte qui a produit plusieurs milliers de dollars. Mais le forgeron était devenu fou, et il a fallu, sur le rapport du D<sup>r</sup> Wilder, l'enfermer dans un asile d'aliénés d'où il a été récemment renvoyé comme guéri. Or, vers midi, le D<sup>r</sup> Wilder recevait, par téléphone, un message le priant de se rendre dans une maison de South-Park Avenue, pour soins à donner à une malade. C'était là où demeurait Redmond. Une demi-heure plus tard, le médecin sonnait à la maison et se trouvait en face de Redmond qui tirait sur lui deux coups de revolver. L'assassin alla se constituer prisonnier en disant : « J'ai tué Wilder ».

---

(1) Voir ce règlement dans le numéro de mars-avril 1891 (p. 336) des *Annales*.

parce qu'il m'a déclaré fou et a été cause de ma séparation d'avec ma femme et mes enfants. Je n'étais pas fou et ne le suis pas encore. »

Nous publions le fait, sans commentaires, en enregistrant le nom de Wilder au nécrologue de la science, nous réservant de publier les détails qui pourraient nous venir.

#### FAITS DIVERS

*La revision de la loi sur les aliénés à la Chambre des députés.* — Le 16 février 1892, on a distribué à la Chambre des députés, le rapport de M. Ernest Lafont sur la proposition de loi de M. Joseph Reinach, relative au régime des aliénés. Notre collaborateur, M. A. Giraud, analysera cet important document parlementaire dans le prochain numéro des *Annales*.

*Folie consécutive à l'influenza.* — On lit dans le *Temps* (numéro du 10 février 1892) :

« Des cas d'influenza, très curieux à cause de leurs suites, viennent de se produire à la prison des femmes d'Agram (Autriche-Hongrie). Vingt femmes atteintes de cette maladie ont eu des accès de folie furieuse, au cours desquels elles ont détruit tout ce qui leur tombait sous la main et ont maltraité les gardiens de la prison d'une façon épouvantable en leur mordant les mains et en leur arrachant les cheveux. Ces accès de rage sont périodiques ; les malheureuses qui en sont atteintes en pressentent l'approche et supplient leur entourage de les lier pour qu'elles ne puissent pas faire de mal, tant à elles-mêmes qu'aux personnes qui sont autour d'elles. »

#### PRIX DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE CONTRE L'ABUS DES BOISSONS ALCOOLIQUES

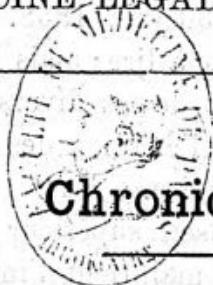
La Société française contre l'abus des boissons décernera, au mois de décembre 1892, un prix, offert par M. le président de la République (un vase de Sèvres), à l'auteur du meilleur mémoire sur la question suivante : « Etude des meilleurs moyens à prendre, par le législateur ou par l'initiative privée, pour prévenir l'abus des boissons alcooliques et pour en combattre les dangers. »

Les mémoires, écrits en français, porteront une épigraphe reproduite sur un pli cacheté renfermant le nom de l'auteur. Ils devront être remis le 30 septembre 1892, au plus tard, à M. le Dr MOTET, secrétaire général de la Société, 161, rue de Charronne, à Paris.

*Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.*

Paris. — Typographie GASTON NÉE, 1, rue Cassette. — 4047.

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



**Le projet de révision de la loi sur les aliénés à  
 la Chambre des députés. Rapport de M. Ernest  
 Lafont.**

Le 16 février 1891, on distribuait à la Chambre des députés, la proposition de loi sur le régime des aliénés, présentée par M. Joseph Reinach. Le 16 février 1892, c'est-à-dire un an après, à semblable date, a été distribué le rapport fait au nom de la commission chargée d'examiner le projet. Nous avons montré, dans un précédent article, comment la proposition de M. Reinach faisait suite au projet de loi voté par le Sénat et nous suivons aujourd'hui l'évolution de ce projet de révision de la loi du 30 juin 1838, révision soumise aux Chambres par le Gouvernement depuis près de dix ans, sans qu'elle ait encore abouti à une solution.

On sait que la Commission parlementaire a choisi pour rapporteur M. le Dr Ernest Lafont, député des Basses-Pyrénées. Nous ne chercherons pas à donner une analyse détaillée de toutes les parties du rapport de M. Lafont, ce qui nous entraînerait à des développements

ments trop considérables. Mais, nous devons signaler l'excellent esprit qui a présidé à sa rédaction. Le rapporteur est médecin, et il voit, dans les aliénés, des malades ayant besoin de recevoir des soins spéciaux.

Le rapport de M. Lafont débute par un historique de la question des aliénés et un second chapitre est consacré à l'examen de la discussion du Sénat sur le projet de révision de la loi du 30 juin 1838. Cette première partie est fort intéressante à lire ; mais les lecteurs des *Annales* sont au courant de ces diverses questions, et nous aborderons de suite l'examen des propositions de la Commission parlementaire.

Malgré l'avis du Conseil supérieur de l'assistance publique, la Commission maintient l'intervention de la magistrature pour le placement à l'asile, mais introduit une variante pour la forme de l'intervention. D'accord avec le Conseil supérieur de l'assistance publique, la Commission repousse la création de curateurs et de médecins-inspecteurs départementaux. Tels sont les points les plus saillants du nouveau document que nous avons entre les mains.

L'article 1<sup>e</sup>r a, paraît-il, fait l'objet d'une longue discussion au sein de la Commision parlementaire. Il en avait déjà été de même au Conseil supérieur de l'assistance publique, et, en résumé, le texte de la proposition Reinach n'a subi qu'une modification insignifiante. Le Conseil supérieur de l'assistance publique avait demandé que le premier titre commençât par ces mots : *Des hôpitaux et établissements destinés au traitement des maladies mentales...* La Commission parlementaire a admis cette rédaction, mais a ajouté : *et à la garde des aliénés*, voulant indiquer par là que les asiles devaient recevoir non seulement les malades curables, mais encore les aliénés chroniques qui sont assistés sans recevoir de traitement. La nouvelle rédaction de l'arti-

cle 1<sup>er</sup> ne diffère du texte de la proposition Reinach qu'en ce que la désignation des enfants paralytiques est retranchée de l'énumération des assistés. La Commission a pensé qu'il s'agissait là d'infirmités à traiter dans les hôpitaux ou hospices ordinaires, et il semble y avoir eu là un simple malentendu sans conséquence. La Commission, dont M. Bourneville était le rapporteur, a eu, évidemment, en vue, dans la désignation d'enfants paralytiques, une variété d'enfants arriérés. M. Reinach a reproduit le texte de M. Bourneville, et la nouvelle commission parlementaire adopte à son tour les dispositions proposées pour l'assistance des épileptiques et pour l'éducation des enfants faibles d'esprit ou arriérés.

Aucune modification n'est apportée au texte des articles 2 et 3 de la proposition Reinach. Ces articles ont une grande importance au point de vue de l'organisation du service, car c'est l'obligation imposée aux départements, ayant jusqu'à présent traité avec un établissement privé, d'envoyer leurs aliénés dans un asile public, et d'être en mesure de le faire dans un délai de dix ans. Nous avons examiné cette question dans notre chronique de janvier, et nous n'avons pas à y revenir aujourd'hui. A l'article 4, portant institution des commissions de surveillance, la rédaction du Conseil supérieur de l'assistance publique est admise textuellement, sauf la rectification nécessaire que la commission est composée de six membres et non de sept comme on l'avait imprimé par erreur. L'unité supprimée est le médecin-inspecteur départemental, et le rejet de cette création est fortement motivé dans le rapport. M. Lafont examine quelles devraient être les attributions du médecin-inspecteur départemental, et constate qu'elles donnent la direction absolue du service des aliénés dans une circonscription, avec contrôle direct sur tous les confrères soit des asiles, soit de la clientèle privée, puisque le

médecin-inspecteur doit visiter les malades soignés dans un domicile particulier, comme les malades soignés à l'asile. Or, où trouvera-t-on un nombre suffisant de médecins au courant de la médecine mentale pour constituer ce personnel nouveau dans tous les départements ? En admettant que les candidats ne fassent pas défaut, comme l'utilité de ce service est contestée, les départements ne consentiront pas à accorder des traitements élevés, et le recrutement se fera parmi les débutants de la carrière. L'autorité du contrôleur sera alors, dans le plus grand nombre des cas, inférieur à celle du contrôlé, et, dans ces conditions, dit M. Lafont, quelle est la garantie ? La Commission a été d'avis que la création proposée des médecins inspecteurs départementaux, nouvelle extension du fonctionnarisme, n'aurait que des inconvénients et aucune utilité, et que la réorganisation de l'inspection générale assurerait la surveillance des établissements publics et privés dans des conditions bien différentes de compétence et d'autorité.

Nous serions fort surpris si, lors de la discussion, la composition de la commission de surveillance ne subissait pas d'autres modifications. L'administrateur provisoire des biens est membre de droit de la commission qui le contrôle ; il y a là une anomalie, et nous ne pouvons que maintenir les observations formulées par nous, sur ce point, au mois de janvier dernier.

L'article 5 est la reproduction du texte voté par le Sénat. C'est cet article qui porte que les asiles publics doivent être, en règle générale, administrés par un directeur-médecin, et que la division du service sera l'exception.

A l'article 6, qui fixe le mode de nomination du personnel, la Commission parlementaire a admis, sauf deux variantes, la rédaction du Conseil supérieur de l'assistance publique. Une des variantes consiste en ce

que les internes doivent être nommés au concours, comme l'avait proposé M. Reinach. L'autre variante paraît être une omission involontaire. Nous voyons dans le rapport que la commission a admis le recrutement exclusif des médecins-directeurs et des médecins en chef parmi les médecins adjoints. Or, le paragraphe 4 de l'article 6 est ainsi rédigé : « Les médecins en chef sont choisis parmi les médecins adjoints ayant au moins trois ans d'adjuvat, et nommés sur une liste de présentation dressée par le Comité supérieur des aliénés ». Le paragraphe 1<sup>er</sup> de l'article porte que les médecins-directeurs, les directeurs, les médecins en chef, etc., sont nommés par le ministre, et le paragraphe 4, pris au sens propre du mot, n'exprime certainement pas tout ce qu'a voulu dire la Commission. Le texte proposé par le Conseil supérieur de l'assistance publique ne donnait lieu à aucune ambiguïté.

Les articles 7 et 8 réglementent le traitement des aliénés à domicile. Dans le projet voté par le Sénat une déclaration au procureur doit être faite dans le délai d'un mois, si l'aliéné est traité dans un domicile privé hors de sa famille, et le délai est porté à trois mois, si le tuteur ou un proche parent président personnellement aux soins. La Commission parlementaire a réduit à quinze jours le délai de la déclaration au procureur quand l'aliéné est traité hors de sa famille, et n'admet le délai de trois mois que si le tuteur ou le parent « réside dans le domicile ». En somme, rien n'est modifié sur le principe de la surveillance du traitement des aliénés à domicile, et il y avait là une lacune manifeste dans la loi de 1838.

La section 2 du titre 1<sup>er</sup> a pour intitulé : *De la surveillance du service des aliénés.*

L'article 9 du projet voté par le Sénat est supprimé. Cet article a pour objet le recrutement et les attribu-

tions des médecins-inspecteurs départementaux, et nous avons déjà fait connaître les motifs qui ont fait repousser cette création. Le nouvel article 9 a trait à la désignation des administrateurs provisoires. La Commission parlementaire n'a pas admis la création des curateurs comme le proposait le Sénat, et le rapporteur en fait connaît ainsi les motifs : « Nous avons substitué au mot de *curateur* celui d'*administrateur*. Que s'agit-il de protéger? Les intérêts matériels de l'aliéné, et l'administrateur a qualité pour cela sous le contrôle et la surveillance prescrite par les articles ultérieurs de la loi. Mais le curateur à la personne aurait des droits autres et plus étendus sur la personne de l'aliéné; un étranger pourrait ainsi s'interposer entre l'aliéné et sa famille; il se substituerait à elle dans des questions qui sont au premier chef du ressort des parents... Nous estimons que ce rouage est complètement inutile, et ne servirait qu'à compliquer inutilement le fonctionnement de la loi. Il présente même des inconvénients : il peut amener des conflits regrettables, d'une part, avec l'administrateur des biens ; de l'autre avec le médecin traitant, car la loi donne au curateur des attributions pour lesquelles il n'a nulle compétence, ainsi que le fait justement remarquer M. Bourneville dans son rapport au Conseil supérieur. Du reste, l'administrateur aux biens n'est-il pas là pour veiller au bien-être des aliénés non interdits? »

La Commission parlementaire a admis le texte proposé par le Conseil supérieur de l'assistance publique, et nous n'avons pas à revenir sur ce que nous avons dit au mois de janvier.

Les articles 10 et 11 ont pour objet la surveillance des établissements par le préfet, le procureur, le président du tribunal, le juge de paix, le maire de la commune, les inspecteurs généraux. Ces articles reprodui-

sent, sans modification, le texte proposé par M. Reinach et nous ne nous y arrêterions pas si le rapporteur n'avait pas insisté tout particulièrement sur la nécessité de réorganiser une inspection générale spéciale au service des aliénés. Les médecins des asiles, et les collaborateurs des *Annales médico-psychologiques*, notamment, sauront tout particulièrement gré à M. le Dr Lafont de l'hommage rendu à Lunier et à Foville.

L'article 12 fixe la composition du Comité supérieur. Dans l'organisation prévue par le Sénat, ce comité était constitué par : un membre du Conseil d'Etat, un membre de la Cour de cassation, le procureur général de la Cour d'appel de Paris, un membre de l'Académie de médecine, le professeur des maladies mentales à la Faculté de Paris, un directeur du ministère de la justice, un directeur du ministère de l'intérieur, enfin les inspecteurs généraux du service. Sur la proposition du Conseil supérieur de l'assistance publique, la commission parlementaire ajoute deux inspecteurs généraux des services administratifs, deux membres du Conseil supérieur de l'assistance élus, deux médecins en chef ou médecins-directeurs élus par leurs collègues des asiles publics, soit six membres nouveaux, et comme il ne serait pas libéral de laisser sans représentant ou défenseur les établissements privés, la commission ajoute un médecin d'asile privé élu par ses collègues.

Nous ne pouvons pas nous plaindre de dispositions bienveillantes à l'égard des médecins des asiles publics ou privés ; mais il nous semble que le comité tel qu'il avait été primitivement prévu était organisé d'une manière plus pratique, car tous les membres pouvaient être convoqués rapidement et réunis sans difficulté, et le comité se trouvait en quelque sorte permanent. On lui donne, d'ailleurs, des attributions très étendues puisqu'il reçoit communication de tous les documents et rap-

ports transmis par les préfets, donne son avis sur les règlements particuliers, sur les plans de construction générale ou partielle des asiles, sur les traités passés par les départements pour le traitement des aliénés indigents, sur les tarifs des prix de journée des aliénés, sur les autorisations à accorder aux asiles privés et sur toutes les mesures propres à assurer l'exécution des lois et règlements concernant le service des aliénés. Or, dans le projet de la commission parlementaire, on s'éloigne manifestement de la conception primitive, et on peut le reconnaître facilement en comparant l'exposé des motifs de M. Théophile Roussel et le rapport de M. Lafont. Le comité supérieur, modifié par la Commission parlementaire, a le nombre de ses membres porté de onze à dix-huit, mais plusieurs d'entre eux peuvent avoir leur résidence loin du lieu de réunion. Il est à craindre que le comité constitué de la sorte, ne soit souvent une source de lenteur dans l'exécution des affaires, soit parce que les réunions seront espacées à des intervalles plus ou moins grands, soit parce qu'un certain nombre de membres seront absents. Le comité perdant de son homogénéité, perdra aussi de sa force et de son influence et l'accroissement de nombre des membres d'une commission ne comporte pas toujours un examen plus sérieux des questions mises à l'étude.

Le titre 2 porte : *Des placements faits dans les établissements d'aliénés.* La section première règle les placements faits sur la demande des particuliers. L'article 13 reproduit avec une variante insignifiante le texte proposé par M. Reinach, et admis par le conseil supérieur de l'assistance publique. On en connaît, d'ailleurs, les dispositions principales : demande d'admission, rapport médical, pièce établissant l'identité de la personne à placer. Le placement est d'abord provisoire. Cette dernière disposition avait été rejetée par le Sénat, lors de la

discussion de la loi ; elle a été reprise par M. Reinach, et nous paraît un simple trompe-l'œil. Si cette mesure était adoptée, on ferait bien d'en mieux coordonner les détails d'exécution. Les personnes admises ne sont internées qu'à titre provisoire, placées dans une salle d'observation et inscrites sur un registre spécial ; or, si le médecin trouve nécessaire, avant la décision qui rend le placement définitif, de faire passer dans un autre quartier, il doit indiquer la date et les motifs du changement, sur le registre prescrit par l'article 20, c'est-à-dire sur le registre où sont inscrits les malades placés à titre définitif. Nous avons déjà, dans notre chronique de janvier, exprimé notre sentiment sur les placements provisoires, et sur ces registres tenus en partie double.

Les articles 14 et 15 reproduisent sans changement le texte de la proposition. Il s'agit de mesures ne soulevant aucune objection, l'intervention du maire si le malade oppose de la résistance pour se laisser conduire à l'asile, et l'admission du malade sur sa propre demande. L'article 16 réglemente le placement des Français à l'étranger, et des étrangers en France. L'article 17 prescrit l'envoi d'un certificat de vingt-quatre heures et d'un certificat de quinzaine. Ici, nous constatons avec regret que la commission a maintenu l'envoi de toutes les pièces d'admission en triple expédition pour le préfet, pour le procureur du lieu de domicile de l'aliéné, pour le procureur de la circonscription où l'asile est situé. Il y a de grandes chances pour que deux expéditions sur les trois soient classées sans être lues ; les mêmes pièces doivent encore être transcrives sur le registre matricule, et l'on se demande toujours quel intérêt peut avoir le travail mécanique d'un employé transformé en machine à copier.

L'article 18 est celui qui résume la réforme capitale aux yeux de ceux qui croient aux séquestrations arbi-

traires sous le régime de la loi du 30 juin 1838. La Commission parlementaire, sans montrer un grand enthousiasme pour l'intervention de la magistrature dans le placement des aliénés à l'asile, n'a pas cru devoir repousser cette intervention. On connaît notre opinion sur ce point ; nous pensons que ceux qui croient par là améliorer le sort des aliénés, ou mieux garantir la liberté individuelle des gens sains d'esprit, se font illusion, et tout se résumera au fond dans un changement de forme dans les arrêtés d'admission. En admettant l'intervention des magistrats pour le placement des aliénés, la Commission parlementaire a modifié la manière d'opérer. D'après le texte voté par le Sénat, et admis sans modification par M. Reinach, le tribunal devait statuer d'urgence en chambre du conseil. D'après le texte soumis au vote de la Chambre :

*Le président du tribunal statue, comme en matière de référés et d'urgence, sur la maintenue ou la sortie de la personne placée.*

*Le huis clos sera, soit en référé soit en appel, toujours ordonné.*

*Toute personne pourra intervenir, même en Cour d'appel.*

*Toutes les fois que le juge des référés ne croit pas devoir statuer définitivement, il ordonne, sous la réserve de tous autres moyens d'information, une expertise médicale.*

*La décision du juge des référés est notifiée sur-le-champ par le procureur de la République au préfet, au chef responsable et à l'intéressé.*

*L'appel à la décision du juge des référés sera porté devant la Cour d'appel, dans les formes prescrites par l'article 809 du Code de procédure civile, mais le délai sera d'un mois à partir de la signification de la décision attaquée.*

Le promoteur de la modification apportée est M. Grousset, qui a motivé son amendement sur l'urgence d'une décision en matière d'internement des aliénés, et sur la quasi-impossibilité de réunir le tribunal pendant les vacances judiciaires. En outre, le juge unique endossant une responsabilité devra apporter une attention plus sérieuse. L'objection faite au sein de la commission par plusieurs membres a été que la garantie donnée à la liberté individuelle par l'intervention de trois juges disparaissait si l'internement dépend de l'avis d'une seule personne, et qu'alors il ne devenait plus nécessaire de substituer le juge unique au préfet. Malgré ces observations, l'amendement de M. Grousset a été adopté par la commission à la majorité des deux tiers.

Toute cette procédure ne nous paraît pas constituer un progrès, et il est permis de sourire en pensant que les garanties réclamées pour la liberté individuelle des citoyens peuvent s'effacer devant l'institution des vacances judiciaires. Le motif invoqué ne paraît pas d'une grande force, car les tribunaux jugent au correctionnel pendant les vacances, et par conséquent peuvent être réunis. Le jugement en référé avec notifications multiples, dont une à l'intéressé et appel possible devant la Cour, va singulièrement compliquer le service de la justice ; mais c'est affaire à MM. les magistrats de faire entendre leurs protestations. Quant à nous, nous nous bornerons à critiquer cette notification à l'aliéné. De deux choses l'une : ou bien elle sera accueillie avec indifférence et alors elle sera inutile, ou bien elle sera une cause d'excitation pour le malade, et alors elle sera nuisible.

L'amendement de M. Grousset ne répond pas aux objections qui ont été faites à l'intervention de la magistrature dans le placement des aliénés. Les décisions sont

prononcées à huis clos ; mais quelles garanties prend-on pour qu'au greffe le secret des familles ne puisse pas être divulgué ? Quelle mesure prend-on pour établir une distinction bien nette entre l'aliéné et le délinquant vulgaire, qui, lui aussi, subit les décisions de la justice ? Enfin, ce qu'on ne nous dit pas, c'est si la procédure se fera, avec ou sans frais. Rien ne se fait au tribunal sans être enregistré, et nous savons par expérience que l'administration de l'enregistrement ne fonctionne pas souvent gratis.

Les articles 19 à 26 reproduisent, sans grande variation, le texte proposé par le conseil supérieur de l'Assistance publique, et nous savons que ce texte ne s'écarte pas beaucoup du projet voté par le Sénat. Ce sont les articles qui règlent le transfèrement des aliénés d'un asile à un autre, l'établissement du registre matricule, la sortie des aliénés guéris, la sortie, avant guérison, des aliénés sur la demande des familles, la remise de l'interdit à son tuteur, enfin la faculté laissée au préfet d'ordonner la sortie des personnes placées dans les établissements d'aliénés. Le droit du préfet est limité, car la personne qui a signé la demande d'admission peut faire opposition à la sortie et l'opposition est jugée par le tribunal en chambre du conseil. Il paraît que la commission parlementaire n'a pas craint ici que les vacances judiciaires ne fussent un obstacle au bon fonctionnement de la loi.

La section 2 du titre 2 (*Des placements ordonnés par l'autorité publique, ou placements d'office*, articles 26 à 34), est la reproduction du texte de la proposition de M. Reinach. On n'y rencontre qu'une variante à l'article 30. Le texte primitif visait l'avis du médecin-inspecteur et du curateur, et la rédaction de l'article devait être modifiée puisque la création des fonctions en question n'est pas admise. Cette section reproduit les dispo-

sitions actuelles de la loi du 30 juin 1838, et comble certaines lacunes révélées par l'expérience. Ainsi, pour le placement d'office ordonné à Paris par le préfet de police et dans les départements par les préfets, l'état d'aliénation mentale de la personne doit être constaté par un certificat médical, et le placement doit avoir lieu si l'aliéné compromet la sécurité, la décence ou la tranquillité publiques, ou sa propre sûreté. Les arrêtés des préfets doivent cesser d'être exécutoires après un délai de quinze jours. En cas de danger imminent, les commissaires de police à Paris, les maires dans les départements ordonnent les mesures provisoires nécessaires, et cette mesure est le placement à l'asile lorsque le transport peut s'effectuer dans la même journée. Les malades placés volontairement, mais dont l'état mental pourrait compromettre la sécurité, la décence ou la tranquillité publiques, ou leur propre sûreté, peuvent être, sur l'avis du médecin de l'établissement, maintenu d'office. Les arrêtés de placement ou de maintenus d'office seront notifiés administrativement dans un délai de trois jours au maire du domicile qui en donnera avis aux familles. En aucun cas, les aliénés ne peuvent être conduits avec des condamnés ou des prévenus, ni déposés dans une prison ; et, dans tout chef-lieu judiciaire où il n'existe pas d'établissement public d'aliénés, l'hospice est tenu d'établir un local d'observation pour les inculpés présumés aliénés et soumis, par décision judiciaire, à une expertise médico-légale. Enfin, les aliénés en observation dans les hôpitaux ne peuvent pas y être conservés plus de quarante-huit heures, à moins d'une autorisation particulière et motivée par le préfet.

Nous pouvons constater, toujours avec regret, que l'on conserve la formalité inutile de l'envoi au préfet du rapport semestriel, dit état de maintenue. Un employé de bureau consacre plusieurs jours, deux fois par an, à

remplir cet état qui n'est jamais examiné, où les aliénés curables sont confondus avec tous les aliénés chroniques et incurables, état, en somme, n'offrant aucun intérêt ni à l'asile, ni à la Préfecture.

La section 3 a pour titre : *Des condamnés reconnus aliénés; des aliénés dits criminels; des inculpés présumés aliénés et soumis à une expertise médico-légale.* Les articles 35 à 39 qui forment cette section représentent, sauf de légères variantes, le texte admis par M. Reinach. On a même omis, à l'article 35, de rayer l'avis du médecin-inspecteur. Quand la loi a été présentée au Sénat, M. Théophile Roussel a, dans son grand rapport, exposé fort nettement la question en montrant qu'on avait en vue trois objets :

1<sup>o</sup> Consacrer, par une disposition légale, l'existence de quartiers spéciaux annexés aux maisons centrales, et dont un type existe à Gaillon ;

2<sup>o</sup>. Décider, en principe, la création, aux frais de l'Etat, d'un ou plusieurs asiles spéciaux destinés, comme en Angleterre et dans plusieurs États de l'Amérique, aux aliénés criminels ;

3<sup>o</sup> Fixer les mesures à prendre à l'égard des inculpés présumés aliénés, l'expérience montrant l'insuffisance, sur ce point, de la loi de 1838.

L'état de la question n'a pas sensiblement varié depuis qu'elle a été présentée par M. Théophile Roussel et nous n'avons, aujourd'hui, rien de bien nouveau à signaler sur cette section aux lecteurs des *Annales*.

Nous arrivons à la section 4 : *Dépenses et recettes du service des aliénés* (articles 40 à 46). M. Reinach avait accepté, sans modification, tous les articles de cette section, tels qu'ils avaient été votés par le Sénat. La Commission parlementaire a inséré à l'article 41 l'amendement proposé par le Conseil supérieur de l'assistance publique : *Si le Comité supérieur, consulté conformément*

*à l'article 12 ci-dessus, déclare que le prix de journée fixé par le Conseil général est insuffisant, ce prix est fixé par le ministre de l'intérieur, après avis du Comité supérieur.* Nous avions, au mois de janvier, souhaité que cet amendement fut adopté, et nous ne pouvons que maintenir notre vœu. On sait qu'aux termes des articles de cette section 4, les traitements et les pensions de retraite des médecins des asiles doivent être payés par l'État.

Nous appellerons l'attention sur un point qui paraît n'avoir soulevé de discussion, ni au Sénat, ni dans aucune commission. Aucune modification, dit M. Lafont dans l'exposé des motifs de la Commission, n'est apportée à l'article 27 de la loi de 1838 qui disposait que les dépenses étaient à la charge des personnes placées et, à leur défaut, à la charge de ceux à qui il peut être demandé des aliments. La même idée est exprimée en huit lignes dans le grand rapport de M. Théophile Roussel. C'est seulement en cas d'insuffisance de ces ressources qu'interviennent le département et la commune. Ces dispositions de la loi de 1838 ont été interprétées d'une manière plus ou moins large. Dans certains départements, on a considéré qu'on ne pouvait disposer que des revenus de l'aliéné placés d'office, et que le capital devait être réservé. Dans d'autres départements, au contraire, on a pensé qu'on pouvait laisser toutes les dépenses à la charge de l'aliéné tant que celui-ci possédait encore quelque chose. Des circulaires ministérielles ont bien invité les préfets à interpréter la loi dans le sens le plus libéral, mais des communes n'ont pas hésité à soulever un conflit et ont refusé de concourir à la dépense des frais d'entretien tant que le malade n'était pas complètement indigent, c'est-à-dire tant que son petit capital n'avait pas été complètement absorbé. Une inégalité se rencontre alors dans les diffé-

rentes catégories de malades, suivant que le capital est constitué par des immeubles ou des valeurs mobilières. On rencontre un obstacle absolu à la vente des immeubles tant que l'aliéné n'est pas interdit. Pas de difficultés sérieuses, au contraire, s'il s'agit de valeurs mobilières. D'un autre côté, lorsque les départements ont pourvu à l'insuffisance des revenus et ont libéralement réservé intact, pendant de longues années, le petit capital d'un aliéné chronique et n'ayant pas d'autre famille que des collatéraux indifférents, l'administration préfectorale ne voit pas sans déplaisir, surgir au décès de l'aliéné, des héritiers rapaces, contestant la créance du département et de la commune, soulevant des difficultés et usant d'influences de toute sorte pour entrer en possession d'un bien auquel ils ne peuvent pas équitablement prétendre. Il serait désirable que les biens de l'aliéné fussent mieux protégés de son vivant, et, qu'au décès du malade, les départements pussent se faire rembourser plus facilement de leurs avances.

Le projet de révision n'améliore point en cela la législation actuelle et le seul changement proposé consiste en ce que le recouvrement des sommes dues sera poursuivi par les percepteurs, au lieu de l'être par les receveurs d'enregistrement.

La section 5 a pour titre : *Dispositions communes à toutes les personnes placées dans les établissements d'aliénés*, et comprend les articles 47 à 60. Ici encore, le texte voté par le Sénat et admis par M. Reinach et par le Conseil supérieur de l'assistance publique, n'offre que de très légères variantes. L'article 47 est celui qui remplace l'art. 29 de la loi de 1838, et permet, à toute époque, le pourvoi devant le tribunal ; mais la décision judiciaire n'est pas enregistrée gratis, elle l'est en débet. Nous avons déjà, dans notre précédente chronique, appelé l'attention sur cette anomalie, et nous ne revien-

drons pas sur ce que nous avons déjà dit. Nous ne pouvons pas trouver logique qu'un aliéné jugé irresponsable de ses actes ait qualité pour se faire des frais de justice, à lui ou à sa famille, et qu'une disposition édictée pour protéger la liberté individuelle équivaille, sous la rubrique frais d'enregistrement, à une amende avec ou sans application de la loi Bérenger. L'article 48 doit rendre légales les sorties à titre d'essai, et on s'accorde à trouver cette méthode excellente. L'article 49 autorise la réintégration d'un évadé sans formalités, dans le délai d'un mois. Le texte voté par le Sénat ne portait qu'un délai de quinze jours, ce qui était court. D'ailleurs, il n'était pas logique d'admettre un congé d'un mois quand le médecin le jugeait sans inconvénient, et de rendre la sortie définitive après quinze jours d'absence à la suite d'évasion, c'est-à-dire quand l'aliéné s'était passé de l'avis du médecin. Les articles 50 à 60 concernent l'administration provisoire des biens. La Commission parlementaire a été d'avis que cette partie de la loi avait été admirablement étudiée et discutée au Sénat, et s'est bornée aux seuls changements de texte nécessaires pour mettre en harmonie les articles en question avec l'ensemble de la loi par suite de la substitution du juge des référés au tribunal en chambre du conseil, lors de l'internement, et par suite de la suppression du curateur à la personne.

Les titres 3 et 4, comprenant les articles 61 à 68, ont trait aux pénalités et aux dispositions générales et transitoires. C'est la reproduction littérale du texte proposé par M. Reinach. Ce texte est même reproduit si fidèlement qu'on a omis à l'article 66 de rayer la mention des médecins-inspecteurs dont la création n'est pas admise. Nous avons peu de chose à dire sur cette dernière partie de la loi, puisque nous ne trouvons aucune innovation qui n'ait été signalée déjà. On sait qu'une

disposition spéciale, en dehors du droit commun, doit punir les sévices et voies de fait et les attentats à la pudeur commis, sans violence, sur les aliénés. Le Conseil supérieur de l'assistance publique avait proposé de supprimer aux dispositions générales et transitoires, le paragraphe portant que les règlements d'administration publique détermineront les bases générales du concours des communes à la dépense des aliénés indigents, et les règles à suivre pour appliquer ces bases aux diverses communes et fixer la proportion du concours à exiger d'elles. Cette suppression nous avait paru regrettable, parce qu'en matière d'assistance publique, l'arbitraire ne peut avoir que des inconvénients et, ce qui est bien dans un département doit être également bon dans le département voisin. Nous avons vu avec plaisir que la suppression du paragraphe en question n'avait pas été admise par la Commission parlementaire.

Les limites d'une chronique ne permettent qu'une analyse succincte, et nécessairement incomplète du projet de loi, tel qu'il est aujourd'hui soumis à la Chambre des députés. Nous avons formulé les critiques que nous suggérait l'expérience acquise dans le service des aliénés. Le projet de révision de la loi du 30 juin 1838 vient de franchir une nouvelle étape. Que nous réserve maintenant la discussion à la Chambre? C'est le secret de l'avenir, et nous ne chercherons pas à le divulguer, car nous ne croyons pas aux devins.

A. GIRAUD.

---

# Pathologie

---

## CONSIDÉRATIONS SUR LA CATALEPSIE

**Par le Dr HOSPITAL**

Médecin en chef de l'établissement d'aliénés  
de Sainte-Marie, à Clermont-Ferrand.

---

Je n'ai point l'intention de faire, ici, l'historique de la catalepsie, historique qui se trouve longuement traité, dans un grand nombre d'ouvrages, et bien mieux que je ne pourrais le faire. Je me bornerai à un certain nombre de citations tirées des auteurs et ayant plus ou moins rapport à deux observations de cas de cette maladie, que j'ai pu étudier.

La singularité de la maladie en question était trop étonnante pour n'avoir pas frappé l'attention des observateurs de tous les âges ; aussi, malgré sa rareté, beaucoup d'auteurs en font mention. Les deux caractéristiques de cette maladie sont un sommeil d'une nature particulière, et les mouvements passifs automatiques ; mais, ce dernier épiphénomène, se constatant dans d'autres états morbides sans sommeil, on peut établir qu'il y a deux catalepsies : celle qui s'accompagne d'*hypnose*, et celle, *éveillée*, qui accompagne d'autres maladies ; la première, bien que se compliquant souvent de névroses et de vésanies, a une entité assez définie ; l'autre, pou-

vant se définir par la dénomination de *catalepsie éveillée obéissante*, n'a qu'une intervention de second ordre. « Son invasion est, quelquefois, si prompte, qu'elle surprend le malade au milieu de ses occupations » (*Dict. Sc. méd. B. de Boismont*). Elle peut survenir par suite d'une cause déterminante : à la suite d'une tentative de viol (*Comp. méd. prat.*), de frayeur, d'émotions subites (Fabre-Maisonneuve), de contrariété résultant d'un mariage manqué (Tulp., Rondelet), d'accès hystériformes (Charcot, Richer), de somnambulisme provoqué (exp. d'hypnotisme), en faisant fixer un objet lumineux à une hystérique ; état léthargique, déterminé par un aimant (*Prog. méd.*, Dr Landouzy) ; hallucinations terrifiantes, poursuite de voleurs, de bêtes (Bourdin) ; compliquant les attaques d'hystérie (Falret) ; compliquant la grande hystérie (Charcot) ; à la suite de la pression simultanée des points symétriques, dits *hystérogènes* (Richer, Charcot) ; à la suite d'un accès instantané de lypémanie (*Dict. de l'Inst.*). On l'a vue précédée de quelques prodromes, tels qu'accès de rire (Ballet) ; mais elle peut débuter sans aucun signe précurseur, soit physique, soit psychique : l'état de syncope cataleptique peut survenir d'emblée, sans convulsions antérieures (Dugès, Blachet, Jaccoud). « On voit, parfois, d'une façon spontanée survenir l'état cataleptique » (Charcot, *Leç. clin. journ. méd. 1878*) ; quelquefois, un clignottement, comme dans la commotion traumatique cérébrale ; n'a-t-on pas constaté une sorte de *léthargie éveillée*, dans certaines affections cérébrales ?

A défaut de causes déterminantes, elle peut en reconnaître de lointaines : «.... on signale plus spécialement, « comme causes prédisposantes, l'hérédité, l'existence « d'autres maladies nerveuses, telles qu'épilepsie, hys- « térie, lypémanie, monomanie, hypocondrie, un carac- « tère mélancolique irritable et timoré, les méditations

« profondes et soutenues, celles, surtout, qui ont pour « objet la religion et l'amour » (*Dict. Fabre*).

Quelle est la nature de la catalepsie ? Marcé la regarde comme un épiphénomène de l'hystérie, et il la définit ainsi : « Névrose consistant dans l'abolition momentanée des mouvements et de la volonté, avec persistance des contractions musculaires, dans les membres qui restent fixes et immobiles dans chacune des positions qu'on leur fait prendre ». « Névrose cérébrale caractérisée par des accès quelquefois réguliers, pendant lesquels la connaissance et le mouvement sont suspendus, la circulation et la respiration sont faibles, et les membres conservent la position qu'ils avaient au moment de l'invasion, ou celles qu'on leur donne » (*Dict. Trousset*).

« La catalepsie essentielle, dégagée de tout élément étranger est donc, pour le moins, un fait fort rare » (Cordier) ; « les symptômes cataleptiques sont communs, les vrais accès de catalepsie sont assez rares » (Delasiauve) ; en effet, le Dr Gérard n'en a observé que quatre cas.

Mais, le plus souvent, la catalepsie se complique d'autres névroses, qu'elle précède ou qu'elle suit, parmi lesquelles, en première ligne, les maladies névropathiques ; ne voit-on pas l'hystérie, par immixtion compliquant les phénomènes cataleptiques (Cordier) ? Georget et Lieutaud regardent les deux névroses comme ne formant qu'une seule et même maladie, ayant deux manières d'être, deux formes symptomatiques ; enfin, la « facilité de production des phénomènes cataleptiques chez les hystériques, est une preuve de plus en faveur des liens de parenté qui existent entre les deux névroses » (grande hystérie, obs. Richer) ; « l'état cataleptique se produit dans des conditions très diverses, on le voit fréquemment accompagner les attaques

« d'hystérie, et figure, dans cette maladie, à titre de « complication » (Falret) ; « la catalepsie à longs accès illimités, ne s'observe que dans l'hystérie » (Lasègue) ; (ne pas oublier qu'il existe une hystérie non convulsive).

La seconde névrose, étroitement unie à la catalepsie, est le somnambulisme ou hypnotisme ; « il existe divers degrés d'hypnotisme, depuis la simple exaltation des « sens jusqu'à la catalepsie » (*Dict.* Trousset) ; la fascination produit un hypnotisme ; « l'histoire de l'hypnotisme confine à celle de l'hystérie » (Charcot) ; l'hypnotisme met en relief l'étroite parenté entre lui et la grande hystérie. Quelquefois, le somnambulisme succède à la catalepsie ; Gérard en cite un curieux exemple : après l'accès catalepto-somnambulique, le malade donnait des signes d'intelligence bien au-dessus de sa portée ordinaire. Quiconque a assisté à des expériences d'hypnotisme, a pu constater, entre autres *exercices*, des phases cataleptiques toniques. On peut donc regarder la catalepsie, l'hystérie, l'hypnotisme, comme une trilogie, le plus souvent inséparable, dont tel ou tel symptôme est plus en relief que les autres, suivant les sujets.

On l'a vue jouer un rôle dans l'éclampsie infantile : enfant de neuf ans ; accès cataleptiques compliqués de convulsions durant quelques minutes, de une à deux heures, chaque jour ; réveil avec soupirs profonds, mémoire d'abord confuse, puis troubles intellectuels, attitudes singulières, tantôt sans cause, tantôt à l'occasion du plus petit incident, grand'mère somnambule à douze ans ; mère convulsive à douze ans (*Arch. clin. Dr* Boucheron, 1883). Elle n'est pas non plus étrangère à l'épilepsie. On l'a observée dans les fièvres graves ; dans le tétanos, peut-être, dans l'ingestion de certains poisons tétaniques et somnifères ; et la pseudo-léthargie des bonzes.

Dans la folie, elle se présente à titre de complication ; on l'a constatée dans la paralysie générale ; je l'ai vue, une fois, au début d'une démence simple ; enfin, dans la stupeur mélancolique ; « l'aliénation mentale a des « rapports si directs avec cette névrose, que Cavalier « affirme qu'il n'a jamais vu un cataleptique qui ne fût « aliéné » (Bra) ; c'est aussi l'opinion de Delasiauve et de Gérard. Une folle devient cataleptique, reste un mois endormie sans rien prendre ni aller à la selle (Desbois de Rochefort) ; catalepsie se terminant par un délire halluciné (Rosenthal-Tissot). Dans un autre cas, par une fascination hallucinatoire, avec écholalie, phénomène qui se reproduisait en appuyant sur le creux de l'estomac ; « il survient, de temps en temps, chez les aliénés, « chez les maniaques, aussi bien que chez les mélancoliques » (Falret).

L'accès est très variable, dans sa durée, depuis quelques secondes jusqu'à plusieurs semaines et mois (Delasiauve). « On a vu des sujets, au sortir de longues crises, « revenir à eux quelques instants et retomber pour un « temps assez long » (Tissot) ; Gérard l'a vu durer, en plusieurs fois, cinq à six années.

Quelle que soit la manière dont se montre l'accès cataleptique, il est tantôt tétanique, et alors les malades sont raides comme des statues, avec une forte tendance à l'opisthotonus, surtout dans la région cervicale ; debout, il semble que leurs pieds adhèrent au sol (Favrot), et on peut les renverser tout d'une pièce ; c'est plus particulièrement au début et à la fin de la catalepsie, soit provoquée, soit ravivée, que se montre, de préférence, cet état tonique ; tantôt il y a mollesse, résolution, morbidezza, et automatisme ; aussi Delasiauve admet-il deux espèces : la rigide (au début et au réveil, quelquefois, surtout au réveil semi-volontaire), et la souple (pendant la somniation) (*Journ. méd. ment.*,

t. II, p. 346). Chez les uns, tous les muscles sont cataleptiques ; chez d'autres, la moitié longitudinale du corps ; chez d'autres, enfin, la moitié supérieure du corps : « quelques individus marchent encore, quand on les « pousse » (Tissot). « L'insensibilité aux piqûres, aux « brûlures est complète ; les paupières restent ouvertes « ou fermées selon le moment où l'accès est survenu » (Tissot). « La plupart des malades, pendant l'accès, « n'ont aucune connaissance de ce qui se passe autour « d'eux ; chez eux, l'exercice intellectuel est comme sus- « pendu, et on en a vuachever, au réveil, un phrase « interrompu par l'invasion de l'accès convulsif. Dans « quelques cas, cependant, le jugement et la volonté « peuvent encore intervenir ; des cataleptiques ont obéi « à un commandement, ont versé des larmes sous l'in- « fluence d'une émotion morale » (Tissot) ; dans ce der- nier cas, « la physionomie des malades trahit le regret « qu'ils ont de ne pouvoir parler ni répondre ; ils témoi- « gnent aussi de cette impossibilité, après l'attaque ; un « malade de Pavot disait : « Il m'était impossible de « bouger ; on aurait approché de moi un fer rouge, que « je n'aurais pu m'éloigner ; » dans ce cas, l'intelligence « et la volonté sont donc intactes, il leur est, seulement « impossible, de se manifester au dehors » (Bra, *Man. méd. ment.*) ; ce sont ces cas qui ont dû être confondus avec la léthargie, et dont ont largement usé les roman- ciers ; le sommeil n'y serait qu'apparent. « Dans d'autre cas, il paraîtrait qu'il peut réellement exister une « connaissance complète, sans la possibilité d'accomplir « le plus faible mouvement volontaire » (*État de léthar- gie*, Dr Feld, *Irrenfreund* 1869) ; « au lieu d'être accom- « pagnée de la suspension des facultés intellectuelles, « elle coïncide avec une grande activité intérieure de « ces facultés » (Falret). Malgré ces citations, c'est l'état le plus exceptionnel.

Par suite de quel phénomène, le cataleptique, et mieux encore, le léthargique, qui entend qu'on fait les apprêts de ses funérailles (j'ai vu deux cas de ce genre, l'un à la fin du choléra ; mais, ici, on pouvait expliquer l'inertie par la faiblesse extraordinaire et par l'obnubilation cérébrale inhérente), ne trouve-t-il pas moyen de donner en rien l'alarme ? Est-ce paralysie mentale ? non, puisqu'il se rend compte de ce qui se passe autour de lui ; est-ce paralysie physique ? mais alors, comment expliquer l'obéissance des muscles dans la catalepsie ; mystère encore !

Nous avons dit que l'attaque survenait, presque toujours, brusquement (ressemblant beaucoup à l'accès d'hypnotisme déterminé par le regard ; exp. des magnétiseurs), en voici un exemple d'hystéro-catalepsie : « ... elle est libre de tous ses membres, et va se placer dans l'embrasure d'une fenêtre pour échapper aux questions ; au bout de peu d'instants, elle est immobilisée par la contracture qui envahit tous ses membres ; elle conserve toute sa connaissance, mais ne peut plus bouger » (*Obs. grande hystérie*, Richer). « Les bras des cataleptiques obéissent si vite, qu'ils paraissent légers ; c'est plus que la mollesse cireuse ou l'obéissance des jointures d'un mannequin » (Moreau) ; il semblerait, en effet, qu'il y a aide de la part du patient ; pour la stupeur mélancolique, cette intervention volontaire est hors de doute. Étant imposée une attitude gênante et pénible, le cataleptique peut la garder plusieurs heures de suite sans bouger. Nous avons dit que l'accès pouvait durer, de quelques secondes à plusieurs mois ; il peut être ininterrompu, ou composé d'une série d'accès variables, ou entremêlé d'autres phénomènes névropathiques ; être tout tétanique ou tout souple, le plus souvent avec succession de ces deux états.

Parfois, en touchant un cataleptique éveillé, on provoque immédiatement la contracture des muscles, même en lui parlant, en attirant d'une manière quelconque son attention, comme dans l'hypnotisme, la myélite aiguë, l'hydrophobie, lempoisonnement par la strychnine, là où le moindre souffle, un bruit, un objet lumineux, suffisent à déterminer le spasme tétanique (un fait analogue se produit, mais à un degré infiniment moins accentué, sous l'influence de l'olfaction, dans l'*arrêt* du chien couchant). Même, après le réveil, il y a encore chez le cataleptique, pendant quelque temps, un peu d'automatisme souple, et surtout grande propension à la rechute, sous l'influence de la moindre émotion, surtout contrariété. Pendant l'accès hypnétique, une violente émotion est susceptible de vaincre le sommeil pendant un temps très court.

On prétend que le réveil est brusque, au point que des malades ont pu continuer la phrase commencée au moment de l'hypnose ; quelque curieux que soit ce phénomène de rentrée si rapide en possession de soi-même, la catalepsie n'en a pas le monopole ; on l'observe également, peut-être, il est vrai, avec moins d'instantanéité, dans l'épilepsie larvée, dans le petit mal et quelquefois même dans le grand mal. Le réveil n'est parfois que transitoire ; il se produit plusieurs rechutes de sommeil de plus en plus courtes, avant qu'il ne soit définitif. Les malades ne reviennent pas toujours à leur état normal : « Dans beaucoup de cas, on constate, comme dans l'épilepsie, des troubles intellectuels, une mémoire chanceuse, des rêves pénibles, un sommeil agité, une exubérante loquacité. » (*Trait. catalep.* Bourdin.)

Le diagnostic de la catalepsie pure est facile, grâce aux deux symptômes, sommeil et automatisme passif, auxquels elle doit son étonnante singularité; mais il devient plus difficile dans les très nombreux cas, où

elle n'apparaît qu'à l'état d'intervention ; on a pu la confondre avec la léthargie, ou la narcolepsie (Gélineau), maladie du sommeil (Dr Marduol, *Lyon méd.*, oct. 1872). Citons donc quelques exemples : « Une demoiselle de dix-huit ans eut, avant son mariage, un sommeil de quarante jours ; après le mariage, un second de cinquante jours ; quatre ans plus tard, elle s'endort le jour de Pâques et ne se réveille qu'un an après, sauf au huitième jour, où elle déjeune en famille et se rendort en déjeunant. » (Dr Blondet.) — En 1827, à Storkigt, en Silésie, une jeune fille, tombée en léthargie, dort deux ans et quatre mois ; dans les commencements, elle s'éveillait de temps en temps sans pouvoir ouvrir les yeux, ne pouvait répondre aux questions ; on voyait des larmes sortir de ses yeux, qui témoignaient la peine qu'elle éprouvait. Le moment de son réveil était annoncé par un léger mouvement dans les doigts ; si on lui présentait alors quelques aliments légers, elle les prenait, puis se rendormait aussitôt ; elle refusait les médicaments (1). — Le célèbre médecin Hufeland, dit avoir vu

(1) Il y a en ce moment, à Mulhouse, une jeune fille de vingt ans, qui s'est couchée le 23 juillet en bonne santé, et ne s'est plus réveillée depuis. (*Petit Journal*, 9 août 1889.)

#### ENDORMI DEPUIS DOUZE ANS

On lit dans le *Courrier des Etats-Unis* :

« Il y a en ce moment, à Utica, un fermier, le sieur Hermann Harms, qui dort presque sans interruption depuis douze ans.

« Dans le courant de 1877, Harms est arrivé de l'Illinois et s'est établi à Utica avec sa femme et ses deux fils.

« Il avait eu autrefois de violents accès de fièvre, et à peine installé, il succomba à un sommeil invincible qui dura trois ans. Puis, il se réveilla un beau jour et put faire la moisson. Mais bientôt, repris de sommeil, il resta endormi encore pendant trois ans. Nouveau réveil de quelques jours, puis nouvelle crise de sommeil, et cela plusieurs fois, jusqu'à ces temps derniers, où le fermier s'éveilla chaque jour pendant quelques minutes pour s'endormir plus profondément que jamais.

« On a essayé de tout, on a fait prendre au dormeur toute sorte de stimulants, on lui a administré de la quinine, de la strychnine, etc., rien n'a pu le tirer de sa torpeur.

beaucoup de cas d'un pareil assoupiissement. — Un jeune Italien, pris subitement de lypémanie, s'endort bientôt après pendant huit mois. — Sommeil prolongé chez un malade : « chose singulière, on constate aussi que le sommeil nocturne diffère essentiellement du sommeil diurne ou pathologique : la respiration, la nuit, est plus lente, plus profonde, plus bruyante, parfois il ronfle ». En différentes reprises, il dort plus de quatre années sur huit ; au réveil, aucun souvenir du temps écoulé (*Ann. méd.-psych.*, 1885, Dr Sémelaigne) (1).

Dans la léthargie, il y a souplesse, sans automatisme, résolution complète, sommeil bien moins réel qu'en catalepsie, dans quelques cas, masque de cire ; apparence de mort bien plus prononcée. Jeune fille de dix-neuf ans, après quelques tendances irrésistibles au sommeil, devient léthargique sans discontinuer pendant cinquante-six jours, et meurt (*Soc. méd. Indre-et-Loire*, 1867, Dr Haime). — Sommeil de trois mois, chez un aliéné, « il apparaît aussi d'emblée, ainsi qu'on l'a vu, et comme s'il constituait à lui seul, la maladie » (Camusset et Planès, *Ann. méd.-psych.*, 1886). — Cas semblable cité par Legrand du Saulle ; jeune homme, mélancolique, dort sept mois, et meurt de pneumonie (*Gaz. hôp.*, 1869) ; il s'agit, ici, non de catalepsie, mais d'un sommeil de maniaque, l'individu se croyant mort.

« Il y a deux ans, le fils aîné, découragé de voir son père dans ce triste état, s'est pendu dans une grange, et quelques mois après le second fils est mort également.

« L'affaiblissement des facultés de Harms était tel qu'il ne s'est pas rendu compte de la disparition de ses deux enfants.

« Aujourd'hui, le fermier est toujours endormi, ressemblant plutôt à un mort qu'à un vivant, et veillé par sa femme, qui ne quitte pas son chevet. »

(1) « La dormeuse de la Salpêtrière » : hyéro-épileptique, plusieurs sommeils, dont l'un de deux mois. (Service J. Voisin, *Leg. clin. Charcot*, 1888.)

Les accidents cataleptoïdes de la stupeur mélancolique ne sauraient être pris pour le mal lui-même. La différence est grande, outre le groupe des symptômes vésaniques, et l'état de veille ; chez les déprimés, il faut, préalablement, attirer l'attention par une parole, un ordre ; à la parole, ils reprennent la position première ; ils *aident* si bien que leurs membres sont encore plus légers que ceux des cataleptiques ; ils redressent même un ou plusieurs membres, sur *ordre*, sans qu'il soit besoin de les toucher, et restent, ainsi, immobiles, jusqu'à ordre contraire (1) ; si on leur demande pourquoi ils sont si obéissants, ni étonnés, ils ne savent que répondre ; il n'y a pas dans leurs articulations cette impression de charnière des cataleptiques, comme, aussi, ils se fatiguent beaucoup plus vite. Le phénomène est chez eux, variable, et souvent transitoire. « Chez les aliénés, le « diagnostic de l'état cataleptique exige plus d'attention ; car il peut être simulé par un effort énergique « de volonté ; des hallucinés, des mélancoliques en état « de stupeur, conservent quelquefois, pendant un temps « fort long, les attitudes qu'on leur donne ; mais bientôt « les membres tremblent et oscillent, et retombent ; « puis les malades avouent, soit au moment même, soit « plus tard, qu'ils ont agi sous l'influence d'une idée « ou d'une hallucination de l'ouïe, d'un ordre transmis « par une voix invisible, et qu'ils n'ont maintenu cette « attitude qu'à l'aide d'un effort musculaire très énergique, et même douloureux » (Tissot) (2). On ne doit

(1) Chez un mélancolique nouvellement entré, je m'aperçus de l'état cataleptoïde, en remarquant que le surveillant lui ayant pris la main, elle resta immobile et un peu inclinée, position qui venait de lui être fortuitement donnée.

(2) Singulier phénomène cataleptoïde survenu chez une dame de trente-six ans, dans la stupeur ; lui ayant élevé les bras et tourné la tête, elle a conservé cette position pendant quelques minutes, puis a laissé tomber les bras, puis ramené sa tête ; mais dans la journée, elle a repris, d'elle-même, cette attitude fatigante.

pas la confondre avec la stupeur lypémaniaque à forme léthargique (Berthier, Baillarger), pas plus qu'avec l'hystérie pure et l'épilepsie : « Dans la catalepsie, point de convulsions hideuses ; mais une immobilité rigide, due à une tension exagérée de l'activité nerveuse ; la durée est infiniment plus longue (que dans l'épilepsie), depuis un quart d'heure jusqu'à des semaines. » (Delasauve, *Des formes ment.*) On ne peut la confondre avec l'extase ; dans ce dernier état, le sujet est éveillé, et dans une grande suractivité d'esprit ; il y a, il est vrai, insensibilité, mais pas de mouvements cataleptiques.

Tous ceux qui ont assisté à des expériences d'hypnotisme provoqué, ont constaté que les sujets hypnotisés exécutent, sur la suggestion du magnétisme, de véritables tours de force, du genre hystérie et catalepsie rigide : sont-ils alors vraiment cataleptiques ? il faut reconnaître qu'il y a de grandes similitudes ; le masque du cataleptique endormi, avec ses yeux sans regard dirigés en haut, ressemble étonnamment à celui des hypnotisés. Il y a un lien commun entre les deux névroses ; mais, à côté de ces connexions, il y a des différences à constater : les somnambules sont beaucoup plus réveillés que les cataleptiques endormis ; ils peuvent marcher, courir, faire des tours périlleux, sans horreur du vide, sans souci du danger, boire, manger, faire des commissions, accomplir des actes, quelquefois préjudiciables, obéir à la minute aux ordres du maître, faire leur ouvrage convenablement, et au réveil ne se souvenir de rien. Le cataleptique est l'opposé ; dans un certain nombre de cas, il conserve ses facultés et se souvient,

---

à plusieurs reprises, luttant contre la surveillante qui voulait lui faire reprendre une attitude naturelle, nouvelle preuve de connexion avec l'hypnotisme commandé.

mais il ne peut agir ; la suggestion, à supposer qu'elle ait prise sur lui, ne pourrait être suivie d'accomplissement, faute de possibilité de mouvements ; il a vécu dans un corps paralysé ; le somnambule a cessé momentanément sa conscience du *moi*, dans un corps agile ; y a-t-il oubli total chez ce dernier ? bien que pouvant se heurter sur le même terrain, ces deux individualités sont bien distinctes l'une de l'autre.

Il me reste, maintenant, à parler de ce qui cause un assez grand effroi à l'humanité, c'est-à-dire d'être enterré vivant. Ces mots, léthargie, catalepsie, sonnent lugubrement aux oreilles craintives ; on cite, et on raconte, dans les familles, des cas d'inhumations précipitées, de personnes, étant seulement en état de mort apparente ; les unes ont ressuscité au moment où on les mettait en bière ; d'autres, une fois clouées, ont fait du bruit ; d'autres ont pu sortir de leur caveau, d'autres, à l'occasion d'exhumations, ont été retrouvées horriblement contracturées et contorsionnées. Il ne se passe pas longtemps sans que les « faits divers » nous apprennent quelque épisode de ce genre, et, dernièrement, on racontait qu'une dame réputée morte, après plusieurs essais infructueux pour s'assurer de la vérité, fut mise en bière et transportée à Bordeaux ; le cercueil ayant été ouvert, le corps fut trouvé tellement conservé, que les doutes revinrent ; or, depuis douze jours, qu'elle est exposée, les médecins n'ont pu encore se prononcer ! (15 mars, *Moniteur du p. d. d.*). En admettant que le fait soit rapporté dans toute son intégrité, on ne pourrait en faire le point de départ d'appréhensions : les livres d'*ana*, et les recueils d'anecdotes sont émaillés de ces sortes d'événements (sujets à caution) ; la mésaventure arrivé à l'illustre André Vésale, et celle plus pénible encore, puisqu'il en fut directement victime, de l'infortuné abbé Prévost, sont heureusement de rarissi-

simes exceptions; j'ai examiné bon nombre de *corps*, et je n'ai pas souvenance d'avoir été une seule fois dans la perplexité. D'ailleurs, en cas d'hésitation, il n'y a qu'à appliquer et vérifier les dix-neuf ou vingt signes et moyens, propres à établir la réalité du décès, énumérés dans l'ouvrage de M. Becquerel (*Traité d'hygiène*) et à attendre.

#### OBSERVATION I. — *Catalepsie endormie.*

Le vendredi 12 octobre 1888, les gardes ramassaient, dans le territoire d'Aubière, commune de Clermont-Ferrand, une jeune fille inanimée, qu'ils crurent ivre-mort, et qu'ils transportèrent à la ville. Sur leur rapport, le parquet l'écroua à la prison, où il fallut encore la porter, ne voulant ou ne pouvant marcher. Une fois là, elle ne voulut point se coucher dans le lit, ni même sur une natte, mais seulement à terre, immobile sur le dos. Il fut impossible de lui arracher une parole, ni de lui rien faire avaler. Pendant la nuit, elle prononça une ou deux fois les mots : « Mon Dieu ». L'ayant vue le lendemain, je la trouvai assise ; je lui pris le bras et l'invitai à se lever, ce qu'elle fit ; elle avait la tête fortement renversée en arrière, les yeux immobiles dirigés en haut, les paupières très ouvertes, les sclérotiques insensibles, les yeux également insensibles au geste et au toucher ; j'eus l'idée de la catalepsie, et, ayant placé les bras en différentes situations, comme je le fais chez les mélancoliques déprimés et les malades atteints de stupeur, ils restèrent dans la position donnée, très exactement, avec ce mouvement articulaire propre aux charnières mécaniques bien faites. L'haléine avait un peu l'odeur *sui generis* de l'abstinence. Les vêtements annonçaient une petite ouvrière de ville ; ils étaient sordides de boue, effiloqués, déchirés d'usure, et non violemment, comme dans les tentatives de viol. Les sabots étaient boueux, de cette terre grise des vignes. On trouva sur elle 11 francs. Jugeant, dès lors, que sa place n'était pas en prison, j'obtins son transport immédiat à Sainte-Marie, où je pus l'observer bien plus commodément.

Elle était toujours dans le sommeil ; les deux ou trois premiers jours, elle s'obstinait à coucher à terre ; on la soulevait comme une statue de pierre ; mais elle se tenait debout, et si on essayait de la faire tomber, ses jambes faisaient des mouve-

ments pour reprendre l'équilibre. La catalepsie souple persiste ; elle existe seulement aux bras, à la tête, au cou, le tronc est le plus souvent souple, les jambes mobiles, non cataleptiques. Ayant examiné son corps, je n'y ai découvert aucune trace de lésions, ni contusions, ni écorchures ; les parties secrètes sont indemnes et il y a *virginité*. Sur la chemise, quelques taches, étrangères à tout caractère *spécial*. Elle n'a donc pas été l'objet de sévices et attentats, ainsi que les gardes l'avaient affirmé. On la nourrit par le nez avec des bouillons, du vin, du café, du lait, du jus de viande, en faisant glisser par une narine, directement avec une cuillère à soupe (1) ; à chaque introduction de liquide, on constate au-devant du cou, les mouvements de déglutition ; quand le liquide tombe de travers, elle tousse et crache ; on a essayé de la sonde œsophagienne, nous y avons renoncé, pour en revenir à la cuillère. Si on veut lui ouvrir la bouche, elle fait de violents efforts musculaires pour s'y opposer. Il y a eu deux selles. Les battements du pouls et du cœur sont faibles, mais réguliers. La température, à l'aisselle, est de + 37 degrés. La jeune fille, encore inconnue, a dix-neuf ans ; elle est de petite taille, bien prise, assez grasse ; elle dort maintenant, les yeux fermés ; son visage, agréable, est enfantin ; on dirait un gros poupon de douze à treize ans qui dort tranquillement. Plus loin, nous reviendrons sur ses antécédents familiaux et personnels ; car, après plusieurs jours de recherches, on a fini par découvrir son identité.

Au bout de quelques jours, on n'est plus obligé de la fixer au lit ; elle y reste immobile : vésicatoires aux cuisses, au cou, lavements antispasmodiques, douches d'éther pulvérisé le long du rachis ; aucun résultat, insensibilité et anesthésie ; soufre brûlé sous le nez, ammoniaque, titillation de la muqueuse nasale ; pointes de feu le long de la colonne cervicale ; pas un signe de souffrance, ou même de sensibilité ; piqûres, chatouilles aux pieds, rien ; douche froide en pluie, bain chaud, frictions énergiques par tout le corps, injections hypodermiques d'éther, pression aux ovaires et au creux de l'estomac, pression aux points hystéro-gènes, claque entre les deux épaules, yeux ouverts de force et exposés à la lumière magnésienne, bruit très stri-

(1) Les anciens devaient connaître ce mode d'alimentation, si on en juge par le passage suivant : « Thétis fait couler goutte à goutte, dans les narines de Patrocle, l'ambroisie et le rouge nectar, afin que son corps demeure incorruptible (*Dict. ant.* Saglio).

dent aux oreilles, passes magnétiques, -souffle sur la face, musique, rien ; c'est à y perdre son latin : elle persiste dans son sommeil, son immobilité, et sa catalepsie souple aux bras, cou et muscles faciaux. Au bout de huit jours, son père vient la voir : deux fois elle se réveille à sa voix, l'embrasse, prononce deux ou trois mots, puis retombe dans son sommeil, qui ressemble à un engourdissement hivernal.

L'absence du *moi* n'est pas complète ; quand on la fait asseoir sur son lit, il semble qu'elle s'y prête un peu ; de même, quand elle oppose la plus vive résistance, à la nourriture nasale, ou à l'ouverture de la bouche, sans, pour cela, cesser de dormir. Elle doit entendre un peu, puisqu'elle a reconnu le pas et la voix paternels, et qu'elle s'est réveillée ; tandis que nous n'avons pu obtenir ce résultat, en annonçant au hasard l'arrivée du père. Néanmoins, il y a obtusion dans l'entendement ; et l'impression psychique n'est plus qu'instinctive.

*Renseignements.* — On a fini par savoir qui est notre malade, grâce à la publicité des journaux et aux recherches des autorités. Elle appartient à une très honnête famille d'artisans, habitant une commune à quelques lieues de la ville. Son père, qui de son côté la cherchait, nous a donné les renseignements suivants : Elle fut placée, comme domestique, chez un médecin ; elle y demeura peu et fut remplacée chez une couturière ; cette dame ne tarda pas à s'apercevoir des excentricités de sa servante : elle faisait son service toujours en courant ; elle ouvrait une fenêtre donnant sur le marché et y faisait de grands signes de croix, en priant tout haut. Le service était souvent en souffrance, malgré son apparence bonne volonté ; les mets étaient mal préparés et toujours trop tard. Elle était très pieuse. Ne convenant pas à cette place, son père vint la chercher : à peine revenue dans la famille, elle se sauva, pour aller rejoindre, d'après les uns, un jeune homme qu'elle devait épouser ; selon les autres, pour aller rejoindre son frère employé dans une autre commune. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'elle s'est rendue à Aubière, à la « loue des vendanges », qu'elle a logé deux ou trois nuits chez des particuliers, qu'elle s'est levée en pleine nuit pour se réfugier près de l'église, qu'elle a été employée dans la journée à vendanger : que s'est-il passé ? Ce qu'elle m'a communiqué plus tard, est tellement confus, qu'il n'y a rien à en tirer. Le soir, pendant l'allégresse qui accompagne les vendanges abondantes, et qui est une réminiscence des licencieuses bacchanales, elle a dû être l'objet de galante-

ries trop pressantes ; effrayée, elle a pris la fuite, poursuivie par ses soupirants ; elle a été alors changée en cataleptique, comme la femme de Lot en statue de sel, à la vue du danger ; les poursuivants, la voyant tomber et voyant que ça tournait au tragique, ont jugé prudent de s'esquiver sans rien dire ; qui sait, si le lendemain, ils se souvenaient même. Mère un peu excéntrique et névrosée.

Pendant qu'elle avait les yeux ouverts, elle ressemblait à une hypnotisée et on ne pouvait les lui tenir fermés ; maintenant elle les tient clos et lutte quand on veut les lui ouvrir de force. Respiration faible mais régulière, de loin en loin, une grande inspiration.

*1<sup>er</sup> novembre.* — Abolition des sens, pas de points hyperesthésiques ; chatouilles aux pieds sans résultat ; immobilité, yeux obstinément fermés ; pression de l'estomac et du gros orteil, sans réaction ; claques interscapulaires, points hypnotiques, souffle, inutiles. Amaigrissement.

*9 novembre.* — Il y a deux ou trois jours, importunée par l'insistance qu'on mettait à lui couler des liquides nourriciers, elle s'est à demi réveillée, et a dit : « Renvoyez-moi chez moi. » La catalepsie brachiale est toujours souple ; elle se défend, parfois, avec ses bras ; d'autres fois, en tournant la tête ; elle remue un peu les jambes.

Elle n'est pas complètement endormie, à proprement parler ; il y a en elle un *être* qui veille ; car, si on veut lui ouvrir les paupières, elle réagit énergiquement, ainsi que la bouche. Quand elle a entendu la voix paternelle, elle s'est réveillée ; mais, quand on lui dit : votre père est là, elle ne bouge pas. Parfois, elle entr'ouvre un peu les yeux ; il n'y a donc pas coma. Jusqu'à présent, elle est restée immobile, sur le dos. Essais infructueux de la lumière magnésienne, des pointes de feu, à peine un peu de douleur manifestée par le froncement des sourcils. Pouls à 60 ; amaigrissement ; nourriture nasale devenue difficile.

*11 novembre.* — On profite de ce qu'elle a la bouche ouverte, pour y introduire du potage ; elle s'est alors débattue, et a regardé les sœurs avec des yeux terribles : grand bain sinapisé, rien. Il y a, dans notre malade, *deux sommeils* bien distincts : 1<sup>o</sup> un sommeil normal, pendant lequel, elle parvient à se coucher sur le côté, respire puissamment par la bouche ; si on la tire de ce sommeil, elle se débat, se réveille un peu, et même prononce quelques mots ; elle n'est pas alors cataleptique ;

2° un sommeil cataleptique, pendant lequel elle est absolument immobile sur le dos, respirant du nez, et à peine insensible, automatique : le facies du vrai sommeil diffère également de l'autre ; dans cette seconde phase, tout n'est pas endormi, puisqu'elle fait des efforts pour ne pas tomber si on la place debout, et elle aide un peu, quand on la fait asseoir sur le lit pour l'auscultation. Ces deux états se succèdent rapidement, et souvent sans transition. Exemple : on la réveille, elle se retourne et se débat, dans une sorte de demi-veille, puis aussitôt, sa figure prend l'aspect hypnotisé, et la voilà cataleptique ; elle est alors docile et conserve toutes les attitudes ; on la réveille facilement du premier sommeil, pas du tout, du second.

12 novembre. — Son père est revenu la voir : elle l'a reconnu à sa voix, ouvre les yeux à demi, pleure un peu, l'embrasse, prononce quelques mots ; puis, crac, endormie ! les piqûres d'éther ont pris une couleur livide, grandes comme dix sous, avec point clair central, — ce fait est particulier aux piqûres d'éther, je l'ai observé dans d'autres malades, — disparues à la longue. Réflexes tendineux insensibles ; si on frôle les cils, froncement des orbiculaires. Même état jusqu'au 23.

23 novembre. — Quelques larmes s'échappent de ses paupières ; l'enfant s'est tournée sur le côté droit pour mieux dormir ; alors, si on la pince, elle le sent et se débat ; mais aussitôt, elle est prise du deuxième sommeil et devient insensible et immobile ; dans le sommeil n° 1, la figure est celle d'une personne qui dort tranquillement.

24 novembre. — La malade s'est réveillée devant moi, après quarante-trois jours. Elle a ouvert les yeux qui sont beaux et expressifs, et a regardé ; elle a souri, s'est assise, et m'a tendu la main, en me disant : « Bonjour, docteur », elle a ajouté qu'elle n'avait rien senti des piqûres de feu, des vésicatoires. On lui présente un potage ; elle le refuse et rentre aussitôt en catalepsie : sa tête se renverse en arrière, ses yeux s'agrandissent et deviennent fixes, sans regard, les bras redeviennent en catalepsie souple, au moment où on se réjouissait de sa résurrection. Je lui ai facilement fermé les paupières, en lui appliquant, dessus, les pouces et je lui ai intimé l'*ordre* de se réveiller : elle est revenue à elle, absolument comme une hypnotisée, dont elle avait l'aspect de figure, mais plus exagérée ; elle a embrassé sa sœur ; la vue de son père l'a, au contraire, endormie. Trois ou quatre variations de ce genre en dix minutes. Je me suis demandé si elle n'avait pas été soumise, antérieurement, à quel-

ques expériences d'hypnotisme; mais mes renseignements ne m'ont rien appris à ce sujet.

*25 novembre.* — Réveillée à huit heures du matin, sourit et prononce quelques mots : « Entendiez-vous quand nous parlions? » « Oui, je vous entendais. » Puis ses yeux deviennent fixes, elle se recouche, et dort; cette fois-ci, nous n'avons pu la réveiller; à midi, on veut la faire manger, elle repousse avec le bras; à deux heures, elle se réveille, demande ses habits, disant que sa mère va venir la chercher, s'habille, mange un peu, puis, se rendort.

*26 novembre.* — A demi-éveillée; yeux entr'ouverts; non cataleptique; habitus hystérique; elle boude, n'a rien voulu prendre, ni parler: elle tient tous ses muscles, et particulièrement ceux des bras, dans une grande raideur, semi-volontaire, qu'elle renforce encore plus quand on essaie de la vaincre; elle se recroqueville comme quelqu'un qui tiendrait, en mains, les électrodes d'une bobine à secousses. Le soir, elle consent à souper copieusement.

*27 novembre.* — Sa maladie change de nature; son état devient maniaque plutôt qu'hystérique; elle comprend et entend, mais par entêtement, pas un muscle de sa face ne bouge; elle persiste à contracter ses avant-bras et jusqu'à ses doigts contre sa poitrine, un peu comme chez les déments et les choréiques; toutefois, en parlant avec douceur, elle consent à relâcher ses contractions et à donner son bras, qui est encore un peu cataleptique; son facies rappelle plutôt la manie, que celle des deux névroses précédentes. C'est donc une troisième transformation de la maladie.

*29 novembre.* — Complètement réveillée; teint frais; en possession d'elle-même; déjeune avec avidité; répond aux questions à voix basse; réponses, du reste, assez nébuleuses.

*30 novembre.* — Levée et habillée seule. Je la trouve dévidant du fil; ses jambes sont encore faibles, car elle chancelle en marchant, les regards ont une singulière fixité; état physique bon; répond aux questions, mais la mémoire est brouillée; elle affirme qu'elle se souvient de tout ce qui s'est passé pendant son sommeil, et qu'elle aurait même compté les jours; elle sait qu'elle est à Sainte-Marie. Lui ayant demandé pourquoi elle ne donnait pas signe de vie, elle répond que c'est parce qu'elle était avec son galant, Jean! Pas d'autre indication: lui ayant demandé comment la maladie avait commencé, elle répond : Étant couchée, à Aubière, chez du monde, une nuit,

Jean est entré dans sa chambre; il n'y a rien eu entre eux; il a été coucher dans un autre lit; le lendemain, on l'a renvoyée, en l'appelant « poupée »; elle est alors allée à l'église, etc.; tout cela est confus et paraît le résultat d'une sorte de rêve, d'où la vérité se dégage mal. Quoique éveillée, elle est encore un peu cataleptique, car ses bras conservent, un instant, la position qu'on leur donne. La nuit, gâteuse; règles absentes.

*1<sup>er</sup> décembre.* — Traces d'hallucinations; elle dit entendre son ange gardien, mais elle ne paraît pas bien fixée à ce sujet, car elle répond, tantôt oui, tantôt non, les réponses sont faites avec les intonations d'une enfant de treize ans; encore un peu cataleptique, mais sans obéissance à la voix.

Les jours suivants, elle est définitivement réveillée, et va prendre place dans la salle de jour; son appétit est devenu considérable; elle va aux cuisines et demande, impérativement, des aliments; elle s'arroke ceux qui lui tombent sous la main; grâce à ce régime, elle récupère rapidement ce qu'elle a perdu (elle n'avait pas beaucoup maigri); toutes les fonctions physiologiques reprennent leur normalité. A partir de ce moment, et pendant quelques jours, notre malade entre dans une période d'hypnotisme éveillée: elle m'obéit aveuglément au commandement: elle marche, s'arrête, va, revient, comme un sujet magnétisé; quant à ses réponses elles sont confuses; elle ne sort guère de: « oui, monsieur; non, monsieur »; avec les allures d'un élève timide qui subit un examen. Lui mettant les bras en croix, elle fait, ainsi, sur ordre, le tour du préau; à un signe, les bras retombent avec la précision d'un exercice militaire; elle obéit en disant: « trop »; mot qu'elle répète ensuite, seule dans la journée (écholalie de la suggestion).

Quelques jours après, autre transformation; elle me prend en aversion. Se promenant dans une allée, en m'apercevant, elle fait un haut-le-corps fort significatif, et tourne le dos; une, autre fois, je la surprends travaillant dans un dortoir; non seulement elle se refuse à tout entretien, mais encore elle se raidit tout le corps, tête en arrière, au point de se congestionner la face; en m'entendant lui parler, elle ferme hermétiquement la bouche; il y a du volontaire en ceci: ce n'est pas l'habitus tonique ou clonique; la maladie est donc maintenant entrée dans le domaine psychique. Ses pieds semblent cloués au parquet; je la renverse doucement à terre, elle y reste immobile jusqu'à ce qu'elle croit que je suis sorti; elle se relève et travaille; je réapparaîs, elle se fige de nouveau. Une autre fois, faisant un

bas, je la prie d'interrompre un instant ; elle n'en mauœuvre ses doigts qu'avec beaucoup plus de rapidité; lui cambrant la tête, les aiguilles marchent d'une manière furibonde (un signe semblable se constate chez les mélancoliques déprimés, et chez les absorbés); elle affecte, dans une autre circonstance, de n'écouter et de ne regarder que mon collègue (autre signe fréquemment observé chez les susceptibles).

Décidément, elle devient hystéro-maniaque ; car elle a des moments de surexcitation, pendant lesquels elle se livre à des actes extravagants : elle parcourt les préaux au grand galop ; elle se cambre en arrière, en cercle ; elle marmotte seule ; elle a l'air de parler à un être imaginaire, et de le repousser ; il y a traces de délire halluciné de persécution ; un jour, elle dit : « Je ne veux pas qu'il reste là ». Une autre fois, elle grimpe fort lestement, le long d'un candélabre à gaz, et embrasse entre ses bras, la lanterne ; à la chapelle, voyant des personnes aller à la communion, elle veut les imiter. Elle dit qu'elle veut se faire religieuse ; elle sait très bien lire et écrire ; un jour elle chante la *Marseillaise*, d'une voix d'homme extrêmement forte. Il y a toujours tendance à la catalepsie ; la moindre interpellation la rend raide, et les regards fixes, tournés obliquement vers un point particulier ; si on essaie de faire tourner le corps, la tête reste, le plus possible, dans la même orientation. Pendant la nuit, elle fait du bruit, parlant, chantant, et des plus entêtées, répétant ce qu'elle a entendu dans la journée ; par instants, mutisme et regards fixes.

*14 décembre.* — Travaille au crochet avec activité ; ne veut répondre ni discontinue ; silence, refus de lever la tête ; descend aux cuisines et demande impérieusement à manger : se tient raide quand on lui parle ou qu'on la touche ; parfois, court rapidement ou pousse des cris, se cambre fortement ; à certains moments, les épiphénomènes vont jusqu'à l'agitation. Travailant tranquillement dans un ouvroir, elle devient immobile et raide comme une barre aussitôt que je paraiss, sa face devient tellement figée, qu'on dirait celle d'une statue de cire, les yeux dirigés en haut, grands ouverts ; on peut la toucher sans provoquer de clignotement, et même la piquer, sans qu'elle le sente. Aussitôt que je suis sorti, elle reprend son état normal ; même situation les jours suivants.

*20 janvier 1889.* — Elle a décroché une grande cage remplie d'oiseaux, et, après l'avoir, un instant, promenée sur sa tête, elle l'a projetée violemment à terre. On ne peut obtenir d'elle

aucun colloque suivi, elle ne demande de nouvelles de personne.

5 février. — Elle est incohérente; grande malaisance; elle parle beaucoup, employant des mots insolites, même fabriqués, ouvrant, de temps en temps, démesurément, les yeux, et ne répondant à aucune question.

15 février. — Tranquille, travaillant, ne répondant aux questions que lorsqu'elle en est importunée.

Jusqu'au mois d'avril, elle passe par des alternatives de sauvagerie extravagante et de stupeur abrutie; il y a quelques jours, lui ayant appliqué contre l'oreille, une boîte à musique, et lui ayant demandé ce qu'elle entendait, elle répond : « un Trouvère! Pourquoi ce mot? pour moi, c'est une réminiscence. Dans l'atelier de tailleuses où elle était, on devait y parler plus souvent des opéras que des sermons de l'Avent; le mot Trouvère a été prononcé, elle a saisi que c'étaient des chanteurs romantiques, jouant d'un instrument à corde, et célébrant particulièrement l'amour; or, sa disposition d'esprit, et les sons pincés de la boîte à musique, lui ont suggéré l'idée du Trouvère; bien des délires et bien des hallucinations n'ont d'autre genèse que le souvenir, évoqué par un des sens à un moment donné.

Août 1889. — Depuis cette époque, aucun changement favorable ne s'est opéré dans l'état de la jeune malade; elle est tombée dans le gâtisme, et on n'en obtient plus que des mots incohérents.

Elle est dans le même état à l'heure présente (avril 1892).

#### OBSERVATION II. — *Catalepsie éveillée.*

Dans le courant du mois de juin 1890, on conduisit à notre asile, comme pensionnaire, un jeune campagnard de vingt et un ans, de taille élevée et de force considérable: tête bien conformée, traits sans caractère particulier; pas d'atavisme connu. Péniblement affecté par la perspective du service militaire, dix jours avant, il ne donnait aucun signe de folie, lorsqu'en revenant de la grange, il stupéfia ses parents, par un flux de paroles incohérentes; puis ses gestes et ses mouvements devinrent désordonnés, on aurait dit qu'il avait des attaques, car il tordait ses jambes comme des tire-bouchons (j'ai déjà vu cela chez un jeune hébéphrénique pleurard et chez un pseudodément semi-chronique). Enfin, il lui arriva de danser la bourrée en chantant pendant au moins une heure, sans qu'on pût l'arrêter. Après quelques essais de traitement, au bout

de dix jours, on le conduisit à l'asile. Il était alors tranquille. Mais le lendemain, nous fûmes frappés de son habitus : il était debout, immobile, la tête droite, presque renversée, les épaules élevées, les bras pendants, comme l'allure des statues égyptiennes ; ses traits n'exprimaient aucun sentiment, ses yeux étaient demi-ouverts, mais sans regard ; il ressemblait plutôt à un hypnotisé qu'à un déprimé-stupide. Lui ayant élevé les bras, ouvert et fermé les doigts, tourné la tête, il conserve toutes les attitudes que je lui impose, en les assurant, toutefois, par un commandement préalable très ferme. Les mouvements sont si doux et si obéissants, qu'il suffisait de lui prendre un bout de doigt, pour lever le bras, on est aussitôt obéi ; certainement, il eût fallu un effort sensiblement plus énergique pour soulever un bras inerte. Il y avait donc *aide* de sa part, mais, chose curieuse, *aide instantanée*, et ne dépassant jamais la fin de l'impulsion. Il restait, assez longtemps, dans une position gênante ; au commandement il reprenait une position normale, instantanément. L'ayant placé, le corps courbé, dans une attitude très pénible, il y resta plusieurs minutes, sans paraître fatigué ; lui ayant dit de se tenir sur un pied, il ne put y parvenir, malgré ses essais, à cause de l'équilibre qu'il ne pouvait conserver. Mon adjoint lui ayant intimé l'ordre de marcher, au moment où je lui élevais un bras, il marcha sans abaisser ce bras. Sa marche était vacillante, et tout son être avait quelque chose du mécanisme d'un automate. Lui ayant posé quelques questions, il répondit, à grand'peine, quelques mots à voix basse, et finit par ne plus remuer que les lèvres. Dans la journée, je lui fis administrer deux douches, une en pluie sur tout le corps, l'autre en jet le long du rachis. Le soir, il parut sensiblement mieux, il mangea et dormit ; le lendemain, purgatif ; mêmes épiphénomènes. Deux jours après, ça se compliqua ; à la visite du matin, je le trouve dansant la bourrée d'Auvergne avec une grande énergie, mais sans en observer toutes les nuances ; il lève plus spécialement le bras droit, et ne tourne pas sur lui-même, comme cette danse l'exige ; il exécute sa saltation dans un coin du préau, et même dans un endroit en pente, mal commode ; ce n'est ni de la chorée, ni de l'ataxie, ni de la convulsion, ni un trépignement de colère, ni de joie, c'est une agitation de gestes par réminiscence. On me dit que, la veille, il avait dansé et chanté, en même temps, pendant une heure ; il va en mesure. Au bout de vingt minutes, je

m'approche de lui et l'appelle ; il ne répond pas ; un autre malade le prend par le bras et l'entraîne vers moi ; ce n'est pas sans peine, non qu'il oppose de la résistance, mais parce qu'il persiste à danser, tout en marchant de force ; la face est tout à fait celle d'un hypnotisé ; les yeux sont fermés ; lui ayant soulevé la paupière, ses yeux sont sans regard, presque flasques comme ceux d'un mort, et les pupilles sont dilatées, non contractiles. L'exercice a animé sa circulation, car la peau est chaude et moite, la face rouge, le pouls fort, la respiration un peu anhélante ; nous le conduisons dans la salle de jour et l'y maintenons assis, ses jambes continuent à faire des entrechats, nous appuyons sur les genoux, les pieds esquisSENT encore *un pas !*... Un amateur essaie quelques passes d'hypnotisation, mais c'est superflu, car il est bien en état de somnambulisme ; en effet, un de nos malades, observateur intelligent, nous apprend que le matin il s'est levé dans un état normal, mais que s'étant mis à fixer une lampe allumée, il n'a pas tardé à tomber dans l'état où nous le trouvons. On essaie alors des manœuvres contraires, mais en vain ; on a beau lui souffler à la figure et derrière le cou, il ne manifeste, en rien, ce réveil instantané des hypnotisés. Son état est le suivant : bien que paraissant endormi, il ne l'est pas, car il entend tout et obéit à ma voix ; je lui commande d'aller s'asseoir, il y va, tout en continuant de remuer les pieds ; m'approchant, je lui promène les mains sur la face à plusieurs reprises ; il semble alors s'endormir et ne remue plus ; il devient alors très cataleptique, obéissant ; pas de tétonie ; je lui dis d'ouvrir les yeux, il essaie plusieurs fois sans y parvenir ; il y renonce et se remet à marcher en aveugle, en se heurtant aux obstacles ; je lui dis de pleurer : il penche la tête sur la poitrine, et la contraction des muscles faciaux indique le chagrin ; de rire : il relève la tête et paraît rire ; de parler : ses lèvres sont mues d'un mouvement vermiculaire ; de chanter : rien ; aux questions, aucun son ; je lui dis de me suivre : il marche à tâtons de mon côté. Lui ayant donné du pain : il obéit et le mange ; auparavant je lui intime l'ordre de dire le bénédicité : il fait deux fois le signe de croix avec son pain ; lui ayant demandé s'il le trouve bon, il acquiesce de la tête. Quand on le pince, il le sent. Les réflexes rotuliens sont conservés.

Le soir, je le trouve tranquille, les yeux ouverts, mais encore cataleptique ; je lui donne l'ordre d'aller donner un fort coup de poing à la muraille, il l'exécute. Lui ayant mis le bras

dans l'extension, il conserve cette position ; M. Fouriaux lui intime l'ordre de les abaisser, il obéit ; la suggestion n'est donc pas, ici, personnelle ; il n'y a qu'obéissance aux sons. On lui joue une polka, il ne peut parvenir à l'exécuter ; puis une bourrée, il l'exécute en cadence.

Au 10 juin, cinq jours après son entrée, nous le trouvons agité ; il a pris un gardien par le cou, avec l'intention de l'étrangler : on l'a enfermé dans une cellule où, assez avant dans la nuit, il a fait du bruit, en tapant contre la porte avec ses sabots, mais sans parler. On a remarqué que le matin, en se levant, il est normal ; mais bientôt il tombe dans cet état pseudo-hypnotisé dans lequel nous le trouvons chaque matin ; il faut alors le faire déjeuner. Soit qu'il danse, soit qu'il reste immobile, cet état persiste jusque dans l'après-midi ; il a l'air de se réveiller, comme les hypnotisés sur lesquels on souffle, et est passable jusqu'au soir ; il soupe sans contrainte.

*11 juin, matin.* — Il danse dans un très petit espace, il n'y a que les jambes qui soient en mouvement ; l'appelant, il vient, et, sur mon ordre, va s'asseoir sur un banc ; je lui fais quelques passes sur les paupières ; les yeux sont ouverts : il se montre très obéissant cataleptique et conserve longtemps les attitudes que je lui impose ; je lui bouche les yeux, et, lui donnant un morceau de pain, je lui dis : « C'est du pain bénit, mange-le » ; il le prend, fait préalablement le signe de la croix, et le mange avec une sorte de componction ; je lui donne un verre d'eau, en lui disant : « C'est du vin, goutte-le » ; il boit à petites gorgées ; lui demandant s'il le trouve bon, il fait un signe peu compréhensible à la vérité. Je lui touche les points hystériques, aucune réaction. Le corps se modèle sous mes doigts, comme le mécanisme le plus perfectionné. Lui étendant les bras, je lui fais toucher sa main à un morceau de pain : pas de mouvement. « Prends-le » ; il le prend ; « mange-le avec tes deux mains » ; il le rompt et le mange tranquillement.

Le matin, on a toujours assez de peine à le faire lever et habiller ; il faut, d'abord, le descendre du lit, et de temps en temps le presser de s'habiller, sinon il resterait indéfiniment debout, et fermant bientôt les yeux ; il semble alors que son sommeil n'ait pas été interrompu ; toujours les yeux fermés, il s'habille seul, mais reprenant son immobilité dès qu'on cesse les sollicitations : on lui dit alors d'aller dans la cour, il obéit comme une espèce d'automate. Nous avons dit que cet état demi-somnambule dure jusqu'à midi, plus ou moins ; il s'é-

veille quelquefois au milieu du repas : d'abord il ouvre de grands yeux et manifeste un certain étonnement, et se met à manger tout seul ; puis il danse, et, enfin, retombe en catalepsie : il se réveille encore de cette sorte de léthargie vers neuf, dix heures, ou midi, et reste presque toute la soirée assis.

Le 12, il a recommencé à danser, vers sept heures du soir ; comme c'était un dimanche de fête, peut-être y a-t-il là une réminiscence du passé. On a dû mettre un terme à son goût chorégraphique pour le faire coucher, ce qui l'a beaucoup irrité ; il a fait du tapage toute la nuit ; sauf une fois, où il a uriné au lit, il n'est pas gâteux. Les douches paraissent lui faire du bien ; mais il faut l'y traîner de force, et, pendant une de ces luttes, il a poussé des plaintes et prononcé le mot : « Pardon ».

Une autre fois, à trois heures du soir, je lui fais signe de me suivre, ce qu'il fait ; mais, parvenu au seuil de la salle des douches, mon gaillard se reconnaît et se rebiffe tellement qu'il faut se mettre à quatre pour le porter ; alors il gémit, pleure comme un enfant, formule quelques mots entrecoupés ; enfin il oppose une telle résistance, qu'y renonçant, je lui rends la liberté ; il me lance un regard de reconnaissance et s'éloigne sous l'influence de cette surexcitation, son entendement semble s'être un peu éveillé, mais presque aussitôt, il redevient comme avant, et alors, rien ne le touche, le monde extérieur, pour lui, n'existe plus ; aussi ne cherche-t-il pas à se sauver.

Dans la journée, il est sensiblement plus éveillé, et satisfait seul à ses besoins naturels.

Le 14 au soir, il veut absolument se coucher tout habillé ; on se met cinq pour le dévêter ; sous le coup de fouet de l'irritation qu'il en éprouve, il recouvre la parole pour protester.

J'essaie de lui faire accomplir quelque acte ; il va docilement chercher de l'eau, et arrose quelques plantes ; mais tout cela doit lui être commandé avec précision, et au fur et à mesure ; car il n'a plus aucune initiative ; il ne parle à personne ; il ne sait où il est, et rien ne provoque son attention et son étonnement.

Ayant fait exécuter une bourrée par l'harmonium, il s'y montre indifférent ; le même air, exécuté par un instrument de cuivre, paraît plutôt le capter.

Une autre fois, je le trouve, le matin, comme à l'habitude, droit, à demi éveillé, et toujours très cataleptique ; aucune réponse aux questions ; un malade veut le faire marcher, il s'y

refuse; mon adjoint lui en donne l'ordre, il obéit faiblement; je lui renouvelle cet ordre, impérativement, il m'obéit aussitôt; je lui dis d'arroser, de quitter et reprendre sa veste, de gambader; aussitôt dit, aussitôt fait. Il est à remarquer que quand il tire de l'eau, il ne remplit pas l'arrosoir au point qu'il déborde, il arrose les plants comme il le faut; en un mot, *ce sont parfaitement des actes d'homme*, et non d'animal dressé.

Parfois, il tire la langue et fait des grimaces; cela cesse aussitôt qu'on touche son cou.

Les jours suivants, il se soumet avec moins de répugnance au traitement hydrothérapique; il est plus longtemps réveillé et bien moins cataleptique.

Le 15, promenade circulaire à grands pas dans la cour; à deux heures, stations sur un banc; mouvements convulsifs du maxillaire et des yeux qui roulent dans les orbites; les bras et les jambes ont alors une rigidité tétanique; la physionomie est farouche; je touche la région cérébelleuse et le calme se rétablit et persiste. Soirée calme, coucher facile.

Le 16, longue promenade circulaire à pas modérés, puis station sur un banc, silencieux, l'air absorbé. J'essaie de le faire danser; il le tente, mais n'a plus aucune notion de la cadence.

Le 17, il ne veut pas manger; ayant touché la région du trijumeau, il mange; le soir, légères convulsions de la face; celle-ci congestionnée; physionomie contrariée et somnolente; dans le lit il n'a fait aucun mouvement.

Le 18, endormi sur un banc; n'est plus cataleptique, ni obéissant; cherche à se faire vomir; mangé un peu de viande.

Le 19, purgé; dans la journée, quelques faibles convulsions, observées seulement par les gardiens; se serait roulé à terre, avec écume à la bouche; puis, actes extravagants, marchant à grands pas, tournant sur lui-même, essayant de grimper à un arbre.

Le 20, sa physionomie semble devenir hypnoïde quand je le regarde; redevenu cataleptique; amaigrissement; lèvres violettes; mains pendantes et violettes; pulsations faibles, à 48 par minute; rien au cœur et aux poumons; le soir, grande surexcitation; saute sur le billard et y danse toute la soirée; entrevue avec deux de ses parents, ne leur dit rien, mange quelques provisions et se remet à danser (ce qu'il ne savait pas faire avant d'être malade).

Le 21, saute sur la grille du poêle; manie turbulente;

tourne souvent et très rapidement sa soupe avant de la manger. Le soir, face rouge, pouls fort à 72 pulsations ; obéit lentement ; dit quelques mots à sa famille.

Quelques jours après, autre changement : il tombe dans la stupeur, se tasse sur lui-même ; n'est plus endormi, et à peine cataleptique ; pleure comme un enfant ; gestes simiesques de bras et de tête. C'est à ce moment qu'apparaît un fait plus grave : la surface d'un vésicatoire, nouvellement appliqué au cou, prend un aspect diphtéritique, avec bords taillés à pic ; rien dans les urines ; en compensation de cet effet néfaste, un effet plus favorable du côté de l'intelligence ; il est plus éveillé et répond à quelques questions ; mais, malgré un excellent régime, il maigrit de plus en plus ; rien ne peut enrayer l'aspect phagédénique de la surface suppurante. Notre malade ne quitte plus le lit, et baisse de plus en plus ; il a recouvré un peu d'intelligence ; puis surviennent des vomissements, des saignements de nez ; la langue est sèche et foncée ; il change à chaque instant de position ; enfin, il s'éteint sans agonie, non par le cerveau, mais par l'espèce d'infection générale survenue peut-être sous l'influence asthénique de certaines régions de son cerveau, mais lesquelles ?

D'après Luys, ce seraient les noyaux des corps striés qui présideraient aux manifestations motrices insolites, aux phénomènes automatiques, aux impulsions variées, qui se développent, *motu proprio*, rien que par le jeu des activités nerveuses mises en jeu ; « l'individu inconscient assiste à ces évolutions, se sentant inhabile à les réprimer et elles l'entraînent à l'action malgré lui ». (*Trait. mal. ment.* Luys). Il est certain que chez notre malade, l'activité s'était portée sur les membres inférieurs, qu'il mettait presque continuellement en usage, tandis que les bras remuaient peu. Un autre passage, du même auteur, semble pouvoir s'adapter au malade en question : « Lorsque l'ischémie n'est que partielle, comme chez certains sujets, atteints de vertige épileptique ou de somnambulisme, la perception consciente du monde extérieur, seule, est suspendue : l'individu marche, court, se promène, accomplit certaines fonctions

automatiquement, et sa personnalité consciente est complètement absente. C'est la vie automatique, seule, qui se déroule en lui, l'activité psychique fait complètement défaut, parce que les réseaux corticaux, à l'aide desquels le conflit avec le monde extérieur s'exerce, sont subitement frappés de torpidité ischémique accidentelle. » (*Ibid.*) L'autopsie n'ayant pu être pratiquée, nous n'avons pu nous livrer à aucune recherche anatomo-pathologique.

Tout ce qu'on peut constater de ce qui précède, ce sont les liens d'étroite parenté qu'on constate par divers épiphénomènes identiques, entre les deux catalepsies, et l'état d'hypnotisme provoqué. Ces tentatives, en dehors d'un but thérapeutique, seraient donc dangereuses et doivent être prohibées.

---

---

U N C A S  
DE  
FOLIE SANS DÉLIRE

**Par le Dr E. MARANDON DE MONTYEL**

Médecin en chef des asiles de la Seine.

---

La folie sans délire est aujourd’hui scientifiquement démontrée. Il est établi qu’on peut être aliéné et n’avoir ni hallucinations, ni conceptions délirantes, ni affaiblissement ou obtusion de l’intelligence ; la maladie frappe alors exclusivement les facultés affectives et morales. C’est un cas de ce genre que je voudrais faire connaître ; je voudrais aussi livrer à l’appréciation de mes collègues ma conduite dans cette circonstance. Les aliénés sans délire placent, en effet, les spécialistes dans une situation bien embarrassante. Ils ne sont fous que pour eux ; jamais un homme du monde, un magistrat, ne se convaincra de la maladie. Il pourra quelquefois s’en rapporter au médecin qui aura sa confiance, mais la conviction ne sera pas en lui. Que faire en pareille éventualité ? Si le malade est dangereux pour les autres, s’il a des tendances au meurtre et à l’incendie, sans nul doute il ne se rencontrera pas dans les asiles un homme de l’art assez oublier de ses devoirs pour approuver la sortie. Mais si le malade n’est dangereux que pour lui-même, si c’est par exemple une femme que ses tendances érotiques portent fatallement au mal, faut-il, dans

le cas, bien entendu, d'un placement d'office, faut-il se montrer aussi rigide ou, au contraire, ne pas s'opposer à la mise en liberté ? J'ai suivi le premier parti. Je crois que le médecin convaincu, comme je l'étais, qu'une jeune fille se livrera de toute nécessité au premier homme qui voudra d'elle, doit lutter, malgré son peu d'espérance d'obtenir gain de cause et sa certitude d'une lourde responsabilité à encourir vis-à-vis de l'autorité.

Dans le récit qui va suivre, je m'abstiendrai de tout commentaire ; je laisserai parler les faits.

M<sup>me</sup> Henriette B...., institutrice avec brevet supérieur, est née au Havre le 31 octobre 1859, d'un père très original qui a mangé toute sa fortune et qui est mort assassiné. Elle a un frère imbécile, presque idiot. Elle perdit sa mère à onze ans et apprit par hasard ce malheur qu'on lui avait caché. Une personne maladroite en parla devant elle. « A ce coup inattendu, » a-t-elle écrit, « un tremblement convulsif s'empara de mes membres, une sueur froide couvrit mon visage, je ne pus verser une larme ; en rentrant chez moi, je tombai sans connaissance et demeurai dans cet état pendant quelques heures. » Ce fut là le point de départ de phénomènes hystériques qui se prolongèrent durant plusieurs années. M<sup>me</sup> Henriette éprouvait souvent la sensation de la boule et était sujette à des syncopes. Son père ne tarda pas à la quitter pour se rendre à Paris ; elle resta en pension dans le Var. Cet abandon lui fut très pénible ; elle dit elle-même : « Je sais positivement que mes peines de famille, la privation des baisers maternels et de l'appui d'un père ont eu une grande part dans ma maladie. »

Très intelligente, frêle mais jamais malade, elle travailla avec ardeur et arriva au brevet supérieur après de brillantes épreuves. Elle entra alors dans une famille en qualité d'institutrice. On était en juillet

1879. Chargée de l'éducation de cinq enfants, elle se fatigua beaucoup. Un jeune homme se trouvait dans la maison, elle l'aima, mais fut bientôt privée de sa présence. Ce départ fut le signal d'une crise violente de lypémanie. M<sup>me</sup> B... raconte ainsi sa maladie dans une lettre en date du 30 juillet 1880.

« A partir de ce moment, j'eus toutes les difficultés possibles à supporter les enfants que j'aimais pourtant ; j'endurai des douleurs de tête affreuses, à la suite desquelles j'eus une quantité de boutons sur le crâne ; puis, quoique énormément couverte dans la journée et ayant à mon lit six couvertures, je grelottais constamment sans pouvoir réagir. Enfin, je tombai dans un tel état de mélancolie que toutes les personnes de la maison finirent par le remarquer, ce qui me mit dans telles gêne et prostration que chacun le déplorait et en appelait à ma gaieté franche d'autrefois. Je ne dis à personne le motif de ce changement subit. Je suivais toujours très exactement mes leçons et surveillances, mais j'étais tellement ennuyée de l'attention que j'attirais à table, parce qu'il m'était impossible de prendre la plus faible quantité de nourriture, que je pris le parti de ne plus m'y rendre. Je restai donc une huitaine sans manger. Mais quand venait le soir, je ne pouvais plus jouer de mai santé comme autrefois, c'est-à-dire veiller jusqu'à une heure du matin, occupée de lecture ou de correspondance, pour me lever à six heures et recommencer le travail de tous les jours, après un sommeil agité. Je me couchais à dix heures, et lorsque j'appuyais ma tête fatiguée sur mon oreiller, il m'était impossible de m'endormir. Je me sentais écrasée sous un poids immense de douleur, je ne pouvais verser une larme, pas même pousser un soupir, je perdais même parfois la respiration ; j'en étais venue à ces instants cruels où la parole expire sur les lèvres lorsqu'il s'agit de définir aux autres une souffrance qui semble absorber toutes les facultés, et qu'on ne sait plus se définir seulement à soi-même. Et j'entendais sonner toutes les heures et toutes les oscillations du balancier de l'horloge, jusqu'à celle où je reprenais mes occupations. Cette heure autrefois des plus agréables était devenue pour moi des plus difficiles. J'en étais arrivée à un tel état de contrainte que j'avais toutes les peines du monde à dire bonjour aux personnes qui me regardaient déjà comme leur enfant. Enfin, j'en vins à un mutisme

complet, et malgré toute la tendresse qui m'entourait, les pleurs que je vis verser et les baisers de M<sup>me</sup> S... et de sa sœur, rien ne put me ranimer ; on obtint de moi quelques paroles incohérentes, je ressemblais à un être complètement dépourvu de tout sentiment et je le comprenais sans qu'on me le dise.

« Je fus durant trois jours en proie à une sorte de torpeur, d'apprehension de la mort et comme, par un soir de fièvre, on me fit boire du chloral, l'idée que j'avais conçue qu'on voulait m'empoisonner fut confirmée et il s'ensuivit, durant toute la nuit et les jours suivants, un délire dans lequel je dis des absurdités que je me rappelle très bien. Depuis, je ne cessai de crier à l'assassin, de jeter sur tout le monde un regard méfiant, et je disais : « Que je suis malheureuse ; mes idées s'en vont, je deviens folle, etc. »

« Tout ceci se passait du 1<sup>er</sup> au 16 octobre 1879, jour où je quittai la famille X... chez laquelle j'étais comme institutrice.

« Alors le mal était tout à fait déclaré. A cette monomanie, cette sorte d'idiotisme qui n'était qu'extérieur, puisque j'ai eu l'amertume de pressentir d'instant en instant le triste sort qui m'attendait, que j'ai parfaitement senti s'en aller mes idées et tout raisonnement, avait succédé une telle exaltation qu'il fut impossible de me garder. Je retournai donc au couvent de Cuers que j'avais quitté trois mois auparavant ; on parvint à me faire prendre quelque peu de nourriture malgré que je disais je ne sais combien de fois à ma marraine : « Vous ne m'empoisonnez pas vous au moins, bien que ce soit ma destinée, ce n'est pas vous qui me ferez mourir, vous m'aimez trop pour cela ? » Et cette bonne sœur me répondait par des mots si tendres, que je versais des larmes, langage expressif de la douleur que je refoulais en mon âme depuis longtemps, mais je n'eus pas de parole. Enfin, on me coucha dans ce petit lit près de celui de la sœur infirmière, que l'on me destinait souvent lorsque j'étais élève, craignant pour mon tempérament affaibli le lever trop matinal des pensionnaires. C'est dans cette chambre que je suis demeurée jusqu'au 23 octobre, veillée nuit et jour par les religieuses et dans des accès de fièvre terribles, auxquels succédait un calme semblable au dernier instant qui précède la mort. De là on me transporta à l'hospice de Cuers, *oui, à l'hospice* dirigé par les mêmes religieuses. On me mit dans une salle de malade qui n'était point habitée ; j'y restai, je crois, jusqu'au 30.

« Mes maîtresses, qui m'y conduisirent, essayèrent de me

faire marcher dans le jardin, mais je fléchissais sur mes jambes et je me rappelle que je sentais sur moi une telle pesanteur et en même temps une telle attraction vers la terre que j'appréhendais en moi-même d'être atteinte de cette affreuse maladie presque sans remède qu'on appelle l'épilepsie.

« Je comprends à présent que j'avais une idée fausse, causée par la frayeur qui m'était alors naturelle ; mais je gardais pour moi toutes mes pensées, de même que j'ai retenu parfaitement toutes les appréciations sur mon état que faisaient devant moi les médecins, les gardes-malades, les personnes qui venaient me voir. On ne sait pas jusqu'à quel point on m'a désespérée !.., N'était-ce pas assez pour moi que de me trouver comme indigente dans cet hôpital que j'avais visité souvent, étant élève, faisant comme mes compagnes quelques gentillesses à ces pauvres créatures déshéritées du bonheur, que nous trouvions sur notre passage ? N'était-ce pas assez de me revoir à leur place, à *mon âge*, accablée par la maladie, n'ayant plus d'autre perspective, après quelques jours de félicité, après ces instants de parfaite jouissance où l'on ne demande qu'à vivre, *que l'oubli*, la mort cruelle, un tombeau !... Ou, ce qui est plus terrible encore, une vie d'isolement complet, comme celle de ces personnes que j'ai sous mes yeux, qui s'éteint dans les larmes loin de tout cœur ami !... Croirais-je que le bonheur existe, si je ne l'avais goûté ?

« Pour le jour de l'an, j'étais à l'Hôtel-Dieu de Toulon. J'y fus accompagnée par une personne de mes connaissances ; on me mit dans une espèce de chambre à grille de fer, fermée par une porte à triple verrou, puis on me laissa. Je demeurai quelques heures la tête appuyée sur mon lit, fatiguée que j'étais de la route en voiture durant laquelle j'avais cru entendre comme des chants, des voix plaintives mêlées au bruit des roues sur le sol.

« Je me demandais à moi-même ce que j'avais fait pour être mise en prison, pour être condamnée à la guillotine, à être enterrée vivante dans un trou que l'on venait de faire pour planter un arbre et que je croyais destiné à cet effet.

« Il y avait longtemps que je n'acceptais pour nourriture que des fruits, et, lorsqu'on essayait de me donner de la viande, je disais que c'était de la chair humaine ; si l'on m'offrait du bouillon ou de la tisane, je prétendais que j'avais vu une main y verser un poison violent ; enfin, je ne puis retracer ici des imaginations, toutes plus folles les unes que les autres.

« A ce moment, je ne gardais plus le lit, mais je rechutais tous les mois à la suite de ma fatigue d'esprit et des souffrances physiques, et je gardais durant huit jours des accès terribles durant lesquels j'étais tantôt d'une force incroyable, tantôt d'une faiblesse extrême. Je m'élançais de mon lit, et je courais dans ma chambre au point qu'on fût obligé de m'attacher fortement un drap en travers du corps pour me tenir couchée et empêcher que je me précipite de ma fenêtre. Un jour, il s'en fallut de bien peu que cela n'arrivât; l'infirmière eut juste le temps de me retirer pour fermer ensuite avec précaution.

« Mais je puis assurer à ce propos que je n'avais en cela aucune pensée de suicide. Bien qu'ayant alors complètement perdu la raison, je n'agissais jamais sans cause, sans idée positive, que mon état me faisait juger bonne lors même qu'elle était insensée.

« Ainsi, lorsque je montais sur cette fenêtre, je ne me serais pas jetée en bas; mais, comme j'ai toujours beaucoup aimé les enfants, j'en voyais dans mon délire que l'on précipitait de l'étage supérieur dans un gouffre et je voulais étendre les bras pour les arrêter dans leur chute.

« Chose extraordinaire, bien qu'ayant été abreuvée de déceptions, j'avais encore par moments de vagues mais forts pressentiments de bonheur : « Laissez-moi descendre au parloir, m'écriais-je; je sens qu'on m'y attend, j'entends qu'on m'appelle! »

« On me laissait alors m'habiller ou écrire. Mais je m'arrêtai subitement et reprenais, avec l'accent du désespoir : « Il est trop tard! »

Oui, j'avais bien, dans toute ma folie, un sentiment juste de ce bonheur fugtif, qui m'avait, en réalité, échappé souvent et malgré mon jeune âge.

« Un vide immense, un abattement complet succédait à cette joyeuse exaltation, et je restais abîmée dans mes souvenirs.

« Je n'étais restée que huit jours dans cette affreuse loge dont j'ai parlé plus haut. Dès que l'on eut compris mon genre de folie, on me plaça dans une jolie chambre située près de la salle des fiévreuses. Je n'y restais guère que la nuit et pour mes repas.

« Je passais ma journée avec les sœurs, occupée de musique, ou me promenant dans leur magnifique jardin, éloigné des salles de malades, où l'on respirait un air pur et sain.

« A cette époque, j'avais mes idées aussi lucides qu'à présent, et ce n'était que deux fois, puis une fois par mois, que je perdais la raison ; dans mon état normal, j'étais en proie seulement à quelques surexcitations nerveuses jointes à l'anémie qui réclamaient la distraction et surtout la gaieté. M. le docteur, l'ayant compris, permit, contre l'habitude, que mon amie d'enfance qui était à Toulon avec sa tante, pour la saison d'hiver, vint passer chaque jour une grande partie de la journée avec moi. Elle ne se retirait que vers six heures lorsque j'avais diné égayée par sa présence, et souvent après m'avoir fait mettre au lit lorsqu'elle me comprenait à bout de forces. A deux, la souffrance est moins cruelle. Cette bonne amie, ange de douceur et de bonté, l'avait si bien compris, qu'elle mettait toute son adresse à m'arracher des confidences que je n'avais faites à personne et qui s'enseveliront, je le sais, dans son cœur comme dans un tombeau. La nouvelle de mon départ pour Marseille, à laquelle notre docteur me préparait depuis une quinzaine, vint m'arracher aux charmes indicibles d'une tendre amitié.

« Et voilà comment je suis à l'asile Saint-Pierre depuis le 23 avril, refoulant dans mon âme une émotion toujours nouvelle et tâchant, après tant de mécomptes, d'envisager froidement la vie et ses événements, quelque tristes, quelque douloureux qu'ils puissent être.

« Je ne dis pas autre chose sur mon état présent, que toute personne assez physionomiste peut assez présumer, car pourquoi répéter ce mot de souffrance toujours nouveau, il est vrai, pour le cœur malheureux qui en ressent chaque jour davantage la signification ?

« Je termine donc ce récit qui finirait par devenir ennuyeux s'il était prolongé davantage. Je remercie la personne qui me l'a demandé, de sa délicate attention, et je m'excuse à elle du décousu qui règne dans ce récit, la priant en même temps, de ne pas m'en vouloir si j'ai mis du retard à répondre à un bienveillant désir plusieurs fois réitéré. »

Quel était l'état mental de M<sup>me</sup> Henriette B....., au moment où elle appréciait si bien son état passé et écrivait ce récit, curieux à tant de titres ? Les hallucinations de la vue et de l'ouïe avaient cessé, les conceptions délirantes hypémaniaques s'étaient dissipées, mais il

restait chez elle une perversion profonde de la sensibilité et des instincts, une vraie folie sans délire. Le rapport suivant, adressé à M. le préfet des Bouches-du-Rhône en date du 27 septembre 1880, fera connaître dans ses moindres détails la conduite de la malade.

« M<sup>me</sup> B... a été admise à l'asile public de Marseille à la suite d'une hypomanie aiguë avec hallucinations de la vue et de l'ouïe, idées d'empoisonnement et refus de s'alimenter. Depuis bientôt quatre mois que je lui donne des soins, je n'ai jamais constaté chez elle ni hallucinations ni conceptions délirantes, et je crois pouvoir certifier que ses facultés intellectuelles sont dans un état de santé parfaite ; il n'en est malheureusement pas ainsi de ses facultés affectives et morales. Elle ne délire point, c'est vrai ; mais, atteinte de folie hystérique à forme raisonnante, elle présente une perversion profonde des sentiments affectifs et moraux. A causer avec elle, à lire ses lettres, on la croirait la plus raisonnable et la plus sage des jeunes filles, et certainement toute personne étrangère à l'aliénation mentale, surtout aux formes raisonnantes de la folie, n'hésiterait pas à demander sa sortie. Pour apprécier l'état mental de cette jeune fille, nous ne saurions trop le répéter, il ne s'agit ni de la faire écrire ni de tenir des conversations avec elle, car dans l'un et l'autre cas elle ne donnera aucun signe de folie ; il faut vivre avec elle pour la connaître, c'est l'opinion des malades mêmes de son quartier. Égoïste, dans toute la force du mot, elle ne voit qu'elle, rapporte tout à elle. Elle veut être l'objet assidu de tous les soins et se plaint sans cesse qu'on n'a point pour elle les égards qui lui sont dus, alors que tout le monde dans la maison s'efforce d'adoucir sa situation. Le moindre mot la blesse et elle est portée à mal interpréter les intentions les meilleures.

Placée à la première division, elle était en guerre continue avec la sœur du quartier. Je la fis passer à la seconde division, et les querelles n'ont pas tardé à recommencer. Je lui ai prescrit de grands bains tièdes, dans l'espérance de calmer la surexcitation de son système nerveux ; elle a eu encore, avec la sœur chargée de ce service, des scènes d'une extrême violence. Elle employait vis-à-vis d'elle les expressions les plus ordurières et a porté contre elle les accusations les plus graves. Elle a dû faire un court séjour à l'infirmérie, et là, comme partout ailleurs,

elle a trouvé à se plaindre et à accuser. Elle met le désordre et la division partout où elle séjourne. Je dois ajouter qu'il n'en est pas toujours ainsi. C'est par crise que cet état se produit chez M<sup>me</sup> B... Elle restera tranquille quinze, vingt jours et au moment où je commencerai à espérer, les scènes et les plaintes se renouveleront. Il y a, dans cette intermittence des symptômes, un indice grave qui fait craindre pour la guérison et qui permet d'affirmer presqu'à coup sûr que, dans un milieu moins calme et moins discipliné que l'asile, dans le monde, la malade, sollicitée par mille causes actives, se laisserait aller à des écarts plus violents et aurait de véritables accès d'agitation.

« En outre de ces troubles déjà bien sérieux de la sensibilité et qui à eux seuls, à mon avis, justifieraient l'isolement, M<sup>me</sup> B... est en proie à des sollicitations très vives des instincts génitaux. Elle recherche comme sujets de conversation les choses qui devraient le plus effaroucher sa pudeur ; bien plus, ses propos obscènes indignent les malades elles-mêmes, et, dans le quartier où elle est placée, de nombreuses plaintes m'ont été adressées. Entraînée par la maladie, elle a été jusqu'à faire les ouvertures les plus nettes, par paroles et par lettres, à un membre du service médical. Repoussée et sévèrement admonestée, elle s'est vengée en répétant dans sa division que ce médecin l'aimait, qu'il l'avait prise dans ses bras, qu'il l'avait embrassée. Elle est capable des plus noires calomnies, et, en liberté, pourrait, par ses imputations mensongères, susciter les affaires les plus compromettantes.

Les sens parlent à ce point chez cette jeune fille, qu'elle simule des maladies pour se montrer dans son lit et se faire voir. Tout d'abord, elle se plaignit d'un point de côté au-dessous du sein droit, dans le but, évident pour tous, de se faire examiner et ausculter. On fit la sourde oreille, et le point de côté disparut aussitôt, ce qui ne l'empêcha pas de se plaindre d'être traitée avec le dernier mépris et de n'être l'objet d'aucun soin. Dans le courant du mois dernier, elle fut atteinte, comme il arrive souvent chez les hystériques, d'un besoin fréquent d'uriner ; elle profita de ce trouble purement dynamique pour alléguer une affection de la vulve et de l'urètre et chercher à se faire examiner les parties génitales. On l'engagea à se laisser voir d'abord par la sœur, elle refusa disant dans une lettre adressée au médecin et en soulignant les mots : « Je ne veux pas de la sœur ; j'ai mon idée à moi. » Devant l'indifférence, l'affection de la vulve et de l'urètre disparut comme le point

de côté, et il ne resta plus que le trouble nerveux de la miction, pour lequel je prescrivis des douches froides sur la région lombaire et sur la région vulvo-périnéale. D'ailleurs, M<sup>me</sup> B... a conscience de son état maladif.

Après ses scènes de violence, elle reconnaît ses torts et avoue qu'elle ne peut s'empêcher d'être ainsi. Elle a confié à une sœur que, livrée à elle-même dans le monde, elle se perdrait malgré elle, et a ajouté qu'elle désirerait aller à Rouen pour se faire surveiller par sa tante.

« Tous ces faits, extrêmement graves, qui prouvent le déplorable état des facultés morales et instinctives de M<sup>me</sup> B..., sont connus de son père. Je lui en ai donné connaissance par un bulletin médical en date du 17 avril. Je terminais ce bulletin par les lignes suivantes : « En présence de tels symptômes et « de tels faits, quelle doit être la conduite du médecin ? N'en- « gagerait-il pas sa responsabilité, plus encore sa conscience, « en sollicitant ou en approuvant la sortie d'une telle malade ? « Pour moi, je ne peux douter, et si le père adresse à l'autorité « administrative ou à l'autorité judiciaire une demande de « mise en liberté, je n'hésiterai pas à envoyer à M. le Préfet « ou à M. le Procureur de la République, les conclusions « suivantes :

« 1<sup>o</sup> M<sup>me</sup> B... ne présente aucune trouble intellectuel, mais « elle est atteinte de folie hystérique à forme raisonnante « caractérisée par une perversion profonde de la sensibilité et « des instincts avec de légers paroxysmes de sub-agitation.

« 2<sup>o</sup> Elle est incapable de vivre dans le monde, et il serait « très dangereux, au point de vue moral, de lui confier l'édu- « cation des jeunes filles.

« 3<sup>o</sup> Rendue à la liberté, elle ne tarderait pas, suivant toute « probabilité, à avoir des accès d'agitation qui nécessiteraient « un nouvel isolement.

« 4<sup>o</sup> Partout où elle sera, elle deviendra une cause de trou- « ble et de désunion et se laissera aller à des actes d'immo- « ralité, dont elle ne sera nullement responsable. »

« Ces conclusions sont encore celles auxquelles m'amène son état présent. Depuis le 11 août, l'état de cette malade n'a subi aucune modification sérieuse. Je lui accordais l'autorisation de sortir le dimanche avec son frère et j'ai dû suspendre ces promenades durant près d'un mois et demi : elle voulait se faire visiter par un médecin de la ville, puisque je refusais d'accéder à ses désirs. Le besoin de s'exciter, de calomnier, de

semer la division et le trouble existe comme par le passé. Je lui ai demandé d'être tranquille seulement deux semaines ; elle m'a déclaré me prendre au mot et, malgré la perspective de sa sortie, n'a pu rester plus de dix jours sans susciter dans son quartier des scènes regrettables. Son frère est pour elle plein d'égards et de prévenances, il vient la voir chaque semaine et est heureux de la faire sortir toutes les fois qu'il en peut obtenir l'autorisation, et, pour l'en remercier, elle lui a fait tout récemment une scène violente et injuste et l'a chassé de sa présence, se laissant aller en plein parloir et devant le public à des écarts de langage. Quant à ses tendances érotiques, elles sont les mêmes. Si elle n'écrivit plus au médecin des lettres d'amour, c'est qu'il lui a dit que ses déclarations étaient déposées à son dossier, mais elle continue à se livrer à mille extravagances, et j'ai été obligé, il y a peu de jours, d'enlever de sa division une autre jeune fille avec laquelle était *trop intimement liée* et avec laquelle elle tenait des conversations obscènes.

« Tel est, à mon avis, le très grave état pathologique dans lequel se trouve en ce moment M<sup>me</sup> B... Doit-elle guérir dans un avenir plus ou moins rapproché ? Dans un certificat de situation, réclamé par M. le préfet de la Seine-Inférieure, je répondais, le 13 août, en ces termes à cette question : « Je penche « ·rais plutôt pour la négative. Sans doute, l'affection dont elle « est atteinte n'est pas nécessairement incurable, mais si on « considère l'intermittence des symptômes et si on ajoute à cela « que le père est un original en qui réside en toute probabilité « un germe héréditaire transmis à la fille, on arrive à cette « conclusion que si la guérison définitive de M<sup>me</sup> B... est pos- « sible, elle n'est guère probable. »

« Depuis lors, j'ai eu des renseignements qui m'ont confirmé dans cette double idée que cette malade était sous le coup d'une influence héréditaire et que sa guérison n'est pas à espérer. Les sœurs qui l'ont élevée sont venues la voir à l'asile et m'ont appris que, depuis de longues années, M<sup>me</sup> B... était, quant aux sentiments affectifs et moraux, ce qu'elle est aujourd'hui. Par ses calomnies, elle semait la division et la haine dans le pensionnat. Ces dames ne l'ont gardée que dans un but de charité et de moralité, et elle a payé leurs soins en les accusant d'avoir pratiqué sur elles des tentatives d'avortement ! Son transfert à Rouen serait, en conséquence, la meilleure détermination à prendre.

« M. B..., comme je l'ai dit plus haut, a eu connaissance de

ces faits ; en réclamant sa fille, il a donc pu apprécier les conséquences de sa demande. Je n'ai pas à rechercher ici quelle surveillance il pourra exercer sur son enfant, ni comment, s'il la garde avec lui à Paris, comme il en a l'intention, il pourra se rendre maître de ses tendances érotiques et mettre un frein à ses calomnies, étant obligé de travailler toute la journée hors de chez lui ; mais ma conscience m'oblige à déclarer que mes conclusions du 17 août sont encore mes conclusions du 27 septembre. Si cette jeune fille est mise en liberté, la responsabilité de sa sortie incombera tout entière au père qui l'aura réclamée et à l'autorité qui l'aura ordonnée. »

Voici maintenant un spécimen de la nombreuse correspondance érotique de la malade.

« 14 août 1880. »

« Monsieur,

« Que vous ai-je fait pour me gronder ainsi ? Lorsque vous vous êtes approché de moi, je m'efforçais de sécher les larmes que versait mon amie, larmes bien permises et que je verserais à mon tour dans ce même endroit si la seule chose que j'appréhende devait arriver. Je n'en dis plus long là-dessus, vous m'avez compris, si toutefois vous n'ignorez pas le sentiment qui me fait vivre et mourir en même temps.

« Mais enfin, monsieur, j'en suis à vos gronderies incessantes dont j'ignore la cause, alors même qu'elles me vont jusqu'au fond de l'âme. Si vous croyez qu'elles me soient un remède, vous vous trompez de beaucoup. D'ailleurs, je vous le disais un jour : mon plus grand mal, celui qui me creuse une *tombe*, est un mal incurable. Et pensez-vous que j'aie le cœur bien satisfait durant le jour et la nuit qui suivent une telle secousse, lorsque je crois surtout avoir senti l'émotion qui dictait vos paroles de ce matin ? Lorsque vous me menacez, monsieur, de ne pas me laisser sortir le dimanche, de vous opposer formellement à mon retour dans ma famille, je ne puis dire que vous me fasciez plaisir, mais pourtant la perspective d'un prochain départ ne peut être par moi envisagée avec calme; me comprenez-vous au moins ?.. Je suis si malheureuse ! Vous m'obligeriez bien, monsieur, et je vous serais très reconnaissante si vous pouviez demain me donner une courte explication sur votre manière d'agir à mon égard. Je vous préviens d'avance de ne pas m'accuser de *jalousie* si je prends la liberté de vous faire

remarquer que vous avez régulièrement à votre visite une parole pour certaines malades qui ne sont pas en état de l'apprécier, et que vous passez à peu près comme auprès des piliers de l'arcade devant une créature qui ne sent que trop, hélas ! qu'elle n'existe que pour vous.

« Je vous quitte, monsieur, toujours reconnaissante et toujours malheureuse, point du tout satisfaite de ce que je viens d'écrire, car s'il est de ces accents du cœur auxquels on ne peut se méprendre, il n'est pas donné toujours d'être *compris*. »

Contrairement aux conclusions de mon rapport, M. le Préfet des Bouches-du-Rhône crut devoir décider que M<sup>me</sup> B.... serait remise à son père qui la réclamait sous sa responsabilité. Dès qu'elle apprit cette nouvelle, elle ne garda plus aucune mesure ni dans son langage ni dans sa conduite et je dus à plusieurs reprises me rendre dans la division qu'elle troublait sans cesse. Dans une lettre adressée à son père, elle le somma de venir la chercher à bref délai, le menaçant *de faire un coup à elle*, s'il n'obéissait pas de suite à son injonction. Sur ces entrefaites, M. B.... fut assassiné à Paris. Je pus constater à ce moment que chez la malade les sentiments de famille étaient complètement éteints. Elle expliqua son indifférence et sa gaieté par le vieux proverbe : les extrêmes se touchent.

M. B.... mort, aucun membre de la famille ne cru pouvoir se charger de M<sup>me</sup> Henriette ; tous furent effrayés d'une si lourde responsabilité. La conduite de la malade ne se démentant pas, je persistai dans mes conclusions. En conséquence, à la date du 14 décembre, M. le préfet de la Seine-Inférieure décida le transfert de cette jeune personne à Saint-Yon. Le 21 décembre, jour de son départ, elle me fit le matin à la visite une scène très vive, me reprocha ce qu'elle appelait mon ingratitudo et mon indignité, elle m'apprit que son père lui avait confidentiellement communiqué un bulletin médical très détaillé où je retracais sa vie à l'asile.

Le soir, je reçus d'elle la lettre suivante.

« Marseille, 21 décembre 1880. »

« Monsieur,

« Ce ne sont pas des reproches que je viens vous adresser, quoique j'ignore tout à fait s'ils vous toucheraient *tant soit peu*. Seulement, il me semble, Monsieur, qu'en quittant une malade que l'on a soignée pendant huit mois, on aime assez à recevoir d'elle la reconnaissance que mérite toujours le dévouement et surtout à songer qu'aucune rancune ne se mêle à cette reconnaissance dont toute personne de cœur ne peut se défendre au souvenir des bontés dont elle fut l'objet. Avant que de vous quitter pour toujours, Monsieur, je n'ai pas voulu vous laisser aucun doute sur mes bons sentiments. Toute personne qui serait au courant de ce que vous m'avez fait, et *qui connaîtrait à fond ma pensée présente*, m'accuserait de faiblesse de caractère, et même d'insensibilité ; je vous prie, Monsieur, de ne pas me juger ainsi.

« Je vous laisse sous ce pli le rapport médical que j'ai copié chez mon frère dimanche, de crainte que vous en ayez oublié le contenu.

« Pour moi, je l'ai gardé constamment dans ma poche de puis le jour que je l'ai reçu, et je ne vous en laisse que la copie, retenant l'original pour en faire des exemplaires à mesure que le temps usera le papier. Je vous demande, Monsieur, de ne pas accuser mon pauvre père de *légèreté* s'il m'a envoyé confidentiellement votre bulletin. Il est vrai que j'ai en tort de vous rappeler une parole échappée dans un moment d'impatience ; mais vous avez dû penser que j'étais aussi vexée que vous paraissez l'être, et que si mon père s'est permis de me donner connaissance de ces cinq pages *sublimes*, c'était d'abord qu'il me croyait capable de garder un secret jusqu'au moment voulu et que son cœur présumait de loin *les sentiments aveugles qui m'animaient alors*. Ce coup m'était nécessaire, Monsieur, car j'avais gardé jusqu'ici la confiance naïve de mon enfance, qui à mon âge n'est plus admissible, et peut faire tourner en dérision une jeune fille. Je conviens avec vous que les termes de votre rapport, termes que doit employer un docteur, n'étaient pas pour une jeune personne ; mais vous m'aviez montrée tellement pervertie à mon père qu'il ne craignait pas me pervertir davantage. La volonté de ceux qui ne sont plus étant chose sacrée, je la respecte. Mon

pauvre père m'avait défendu de discuter avec aucun des termes de votre rapport, et vous devez bien penser, Monsieur, que ce n'est pas avec vous que j'irai les discuter. Il est une seule chose que je ne puis passer sous silence : mon honneur le défend. J'ai compris, enfin, ce que vous entendiez par ma parole équivoque quand je vous écrivis de l'infirmerie à la suite d'un des affronts, — disons-le en passant, car, Monsieur, avant que d'*humilier* une jeune fille en présence d'un jeune étudiant et de trois sœurs, on doit avoir des preuves de ce qu'on avance; vous perdiez *grandement* de votre dignité ce jour-là, Monsieur! — *Je ne veux pas de sœur, j'ai mon idée à moi!* » voici mes paroles : Non Monsieur, je n'aurais jamais souffert qu'une sœur qui n'est pas plus médecin que moi, et qui avait osé me dire : « votre honneur veut que je m'assure par moi-même des choses », me servit de mère dans cette circonstance ! Et comme vous avez déclaré nettement ce que vous savez, je vous prie de rester bien convaincu que j'eusse *préféré mourir* que de recourir à vous pour une chose aussi *délicate*, tout en admirant votre science et rendant hommage à vos excellentes qualités, parce que je vous trouve trop jeune.

« Tant qu'avoir été malade, Monsieur, je l'ai été *réellement*. Je ne suis pas assez *dépravée* pour inventer une chose de ce genre ; j'ai souffert tout le temps de chaleurs, et j'ai vu le moment où cela se reproduisait lorsque la nouvelle de mon départ m'eût surexcitée au dernier point. Mais je pars en parfaite santé, grâce à vos bons soins, Monsieur, et c'est l'essentiel.

« Pourvu que vous ne disiez plus que je suis une jeune fille *dangereuse* sous le rapport de la *moralité*, ou *immorale* — c'est la même chose — je jette un voile sur le passé de bien bon cœur.

« D'ailleurs, soyez tranquille, je ne démoraliserai aucune jeune fille, car je n'ai plus à songer à ma position chez M<sup>me</sup> X., et comme vous m'avez aliéné mon oncle, il est très probable que je n'aurai pas la consolation de le voir à la gare de Rouen et qu'il ne se mettra guère en peine de me placer. C'est bien le cas de dire comme Abraham : Dieu y pourvoira!..

« Ne croyez jamais, Monsieur, que je vous ai calomnié. Je ne veux pas vous donner les affirmations qui vous prouveraient le contraire, par une *juste fierté*.

« Tant qu'aux lettres que je vous ai écrites, Monsieur, si votre conscience vous ordonne de les montrer, je ne m'en affligerai nullement, car on n'aurait pas en les lisant sujet de me

*mépriser.* Une personne de cœur sourira de ma naïveté, me plaindra et c'est tout.

« Puissiez-vous être heureux, Monsieur, toute votre vie, autant que je le souhaite ; c'est mon mot d'adieu : le vœu d'une malheureuse vous portera bonheur.

« Adieu donc, Monsieur, et à vous toujours ma profonde reconnaissance. »

Telles sont les pièces du procès. Elle prêteraient à de nombreuses réflexions. Il y aurait surtout à faire ressortir ce mélange de raison et de folie, d'exquise délicatesse de l'esprit et de dévergondage de la sensibilité, luttant ensemble et se contredisant sans cesse ; mais j'ai promis de m'abstenir de tout commentaire, et je m'en abstiens. A ceux qui me feront l'honneur de me lire, le soin d'apprécier et de juger. D'ailleurs, M<sup>me</sup> Henriette B..... n'est plus sous ma direction médicale, elle est sous celle de M. le Dr Roussel, et à ce point de vue, certes, elle ne peut que se féliciter de son transfert. Saura-t-elle les conseils que je lui ai donnés le jour de son départ ; la maladie lui permettra-t-elle de tenir sa promesse d'être, à Saint-Yon, toute différente de ce qu'elle a été à Saint-Pierre ? Je le désire, sans trop l'espérer. La lettre écrite quelques heures avant de quitter Marseille prouve qu'elle n'a nulle conscience de son état. Quoi qu'il en soit, si jamais cette jeune fille, contrairement à mon attente, revient complètement à la raison, elle ne saurait m'en vouloir des responsabilités encourues par moi et sans doute comprendra que mon opposition à sa sortie a empêché un malheur aujourd'hui inévitable.

# UN CAS D'ASPHYXIE

LOCALE SYMÉTRIQUE INTERMITTENTE DES EXTRÉMITÉS  
CHEZ UN LYPÉMANIAQUE

**Par le Dr TARGOWLA**  
Interne des asiles de la Seine.

Les troubles vasomoteurs variés chez les mélancoliques sont d'observation vulgaire. Les congestions céphaliques, les altérations du pouls : tricotisme et bicotisme des mélancoliques actifs et le monocrotisme, la faiblesse du pouls, le ralentissement de la circulation veineuse, les œdèmes des mélancoliques torpides sont décrites par tous les auteurs.

Chez le malade dont nous allons relater l'observation, le trouble vasomoteur a pris une forme peu commune de l'affection décrite par M. Maurice Raynaud sous le nom d'asphyxie locale des extrémités et qui est le premier stade de la gangrène symétrique des extrémités ; connue sous le nom de maladie de Maurice Raynaud (1).

**SOMMAIRE.** — Accès de mélancolie anxieuse. — Rhumatisme et syphilis. — Hérédité. — Asphyxie locale symétrique intermittente des quatre doigts des deux mains.  
Observation recueillie dans le service de M. Marandon de Montyel, à l'asile de Ville-Evrard.

G. . Offidi, trente-huit ans, garçon de pharmacie, entré au dépôt le 13 novembre 1890..

---

(1) M. Ant. Ritti a publié deux observations d'asphyxie locale des extrémités, dans la période de dépression de la folie à double forme. (V. *Annales méd.-psych.*, juillet 1882 et *Traité clinique de la folie à double forme*, Paris, 1883, p. 106 et suiv.).

## UN CAS D'ASPHYXIE LOCALE DES EXTRÉMITÉS 401

Le certificat du Dr Garnier mentionne : dépression mélancolique. Crises d'anxiété. Idées de ruine et de culpabilité. Impulsions au suicide. Insomnie.

A Saint-Anne, M. le Dr Magnan constate un délire mélancolique avec préoccupations hypocondriaques, tendances au suicide.

A Ville-Evrard, M. le Dr Marandon de Montyel confirme le diagnostic de lypémanie avec idées de suicide.

Réclamé par ses parents, il sort de Ville-Evrard, « guéri de troubles intellectuels ».

Il reste vingt-cinq jours en liberté et en profite pour faire deux tentatives de suicide en avalant des fortes doses de morphine et de sublimé, qu'il vomit instantanément ; ne tarde pas à être réinterné au Dépôt où M. le Dr Garnier constate : dépression mélancolique ; idées pénibles et obsédantes. Impulsions au suicide.

M. le Dr Magnan : est atteint de délire mélancolique avec préoccupations hypocondriaques, découragement, dégoût de la vue. Idées de suicide.

A Ville-Evrard, M. le Dr Marandon de Montyel : lypémanie. Idées de suicide.

Actuellement l'état mental du malade s'est légèrement modifié, l'anxiété a disparu et a fait place à une torpeur intellectuelle avec tristesse.

Au point de vue physique, le malade est un homme de petite taille, bien constitué, la coloration ordinaire de la peau est pâle.

Le pouls est petit et faible ; léger souffle systolique à la pointe. Les sens du goût, de l'odorat, de l'ouïe et de la vue sont normaux, rien au fond de l'œil. Le sens du tact mesuré à l'esthésiomètre ne dénote aucune anomalie. Température normale. Rien dans les urines.

Ses antécédents sont chargés. Le père a fait un séjour de six mois à Sainte-Anne, pour un accès de mélancolie. Une tante paternelle est morte à soixante ans en démence. La mère est morte à soixante-dix ans asthmatique. Une sœur a des crises de nerfs, est très impressionnable et pleure facilement.

A vingt ans, le malade eut un ictère généralisé qui a duré un mois. Depuis cette époque, ses yeux deviennent jaunes à la suite d'une contrariété quelconque. Un an après, une attaque de rhumatisme articulaire aigu qui dura deux mois.

Une seconde attaque de rhumatisme le tint au lit pendant un mois et demi. A vingt-neuf ans, il contracta un chancre

## 402 UN CAS D'ASPHYXIE LOCALE DES EXTRÉMITÉS.

syphilitique ; plaques muqueuses dans la gorge, éruption syphilitique, alopecie. Durée, quatre mois.

Le malade fait remonter le début de son affection mentale à trente-six ans.

L'asphyxie locale, qui a attiré notre attention, date de trois ans et est antérieure à la maladie mentale.

Son début est insidieux.

Sous l'influence d'une impression tactile quelconque, sous l'impression d'un froid, ou même sans cause provocatrice connue, les deuxième et troisième phalanges de l'index, médius, auriculaire et annulaire de chaque main deviennent livides, et, au bout d'un temps variable, passent à la coloration blanche, teinte cadavérique. Les extrémités des doigts sont froides, insensibles à la douleur et au toucher, les mouvements sont faibles et sans vigueur, le malade laisse tomber les objets qu'il tient dans la main, ne peut conduire une plume, etc...

Ordinairement l'accès survient sous l'influence du froid, d'un contact avec du verre dépoli, du fer, mais il survient aussi sans aucune de ces causes, dans une salle chauffée, au milieu du repos complet du malade. Les accès ont lieu deux ou trois fois et plus par jour, en tout moment de la journée, le plus souvent au lever du malade ; ils sont rares après les repas.

Les accès ne s'accompagnent d'aucune sensation douloureuse ni avant, ni pendant, ni après l'accès. Cependant, lorsque l'accès survient sous l'influence du froid, il est précédé de la sensation d'onglée.

Les deux mains sont atteintes simultanément, rarement l'une après l'autre ; ce sont les doigts de la main gauche qui commencent. Le pouce n'est jamais pris.

La durée de l'accès est variable ; il va de quelques minutes à une demi-heure, sa fin est annoncée par une coloration violacée qui remplace graduellement la coloration blanche cadavérique ; au bout d'un certain temps, les doigts prennent la coloration ordinaire de la peau.

En dehors des accès, les doigts ont un aspect normal, nul épaisseissement, ni œdème, aucune déformation, la sensibilité tactile est intacte.

Cette affection vasomotrice localisée, dont le siège symétrique et l'intermittence dénotent un trouble dans l'innervation centrale, a-t-elle un rapport avec l'affection mentale du malade ?

Sans pouvoir se prononcer, nous voulons faire remarquer que les accès de mélancolie anxieuse n'influencent nullement les accès d'asphyxie locale, et que ces accès ont débuté avant l'installation de la maladie mentale.

Les deux affections : l'asphyxie locale et les accès de mélancolie anxieuse se sont développés parallèlement sans paraître s'influencer mutuellement.

Peut-être pourrait-on ramener les deux affections à une seule et même cause : trouble vasomoteur.

Lorsque ce trouble survient dans la circulation encéphalique, il se manifeste par un accès de lypémanie ; le même trouble, localisé aux extrémités, produit l'asphyxie locale intermittente dont souffre le malade.

---

# MALADIE DE FRIEDREICH

ACCOMPAGNÉE DE

TROUBLES TROPHIQUES CHEZ UN IMBÉCILE ÉPILEPTIQUE

**Par le Dr SZCZYPIORSKI**

Ancien interne des asiles d'aliénés.

---

Le tableau clinique de l'ataxie locomotrice de Friedreich, quoique non arrivé encore à la perfection de la description de la maladie de Duchenne (de Boulogne), est néanmoins suffisamment mis à jour pour qu'on puisse placer l'affection dans un cadre autonome et la distinguer assez nettement de ses deux voisines, à savoir : de la sclérose en plaques d'une part et de l'ataxie de Duchenne de l'autre, auxquelles elle emprunte quelques traits saillants. C'est une maladie à début juvénile, de longue durée, parfois héréditaire et familiale, caractérisée entre autres par l'incoordination des mouvements, mais avec conservation de la force musculaire, par le nystagmus, l'embarras de la parole, la conformation spéciale des pieds, par l'absence de douleurs, de troubles de la sensibilité, de troubles trophiques, par l'intégrité de l'intelligence. Ce sont là ses symptômes principaux. Le fait que nous allons exposer présente quelques particularités qui élargissent les limites tracées à la sémiotique de l'affection.

SOMMAIRE. — Maladie de Friedreich. — Epilepsie. — Imbécillité. — Troubles trophiques. — Ataxie des mouvements généralisée. — Démarche tabétique. — Embarras de la parole. — Nystagmus. — Déformation des pieds. — Absence de douleurs. — Léger trouble de la sensibilité. — Conservation de la force musculaire. — Absence d'hérédité.

Jules G..., âgé de trente-sept ans, né de parents bien por-

tants ; accusait, dès son jeune âge, l'insuffisance marquée des facultés mentales et était sujet aux attaques épileptiques.

Les renseignements pris sont muets sur l'existence de l'hérédité directe ou collatérale.

Les crises épileptiques s'accentuant, on place le malade à l'asile de Saint-Dizier, à l'âge de dix-huit ans (en 1872).

Ici, à vingt-trois ans, apparition des ulcères à la partie antérieure des deux jambes, qui depuis persistent toujours.

Un an plus tard, la démarche devient désordonnée, sans que jamais les douleurs aient précédé ou suivi ce phénomène morbide. Cette ataxie s'accentue progressivement et, depuis cinq à six ans, met G... dans l'impossibilité de marcher seul.

Voici l'état actuel (mai 1891) :

Cérébralement, c'est un imbécile sachant cependant lire et écrire, tant bien que mal. Son unique occupation consiste à syllaber le livre de messe, ce qui, d'après lui, diminuerait le nombre de ses attaques. Il est bon camarade, pas méchant ; partageant avec d'autres compagnons de son infortune quelques friandises que les parents lui envoient de temps en temps. La mémoire n'est pas complètement éteinte, quelques faits restent bien présents à son esprit. Mais les nouvelles acquisitions ne trouvent pas de place dans le cerveau atteint d'infériorité définitive.

Au physique, il est de taille moyenne, bien musclé et très fort, digérant bien et ne souffrant jamais.

Mais examinons-le de la tête aux pieds, car chaque coin de son être révèle des particularités à noter.

Ce qui frappe d'abord c'est l'expression de la physionomie : le nez est difforme par suite de la fracture de sa charpente osseuse, la lèvre inférieure épaisse, la bouche large, aux commissures étirées. Crâne sans déformation ; oreilles symétriques.

Les yeux très enfoncés dans les orbites offrent des oscillations horizontales et parfois obliques quand ils fixent un objet (nystagmus), les pupilles égales réagissent bien à la lumière et aux autres impressions visuelles (absence de signe d'Argyll-Robertson).

La langue, une fois tirée, ne peut pas rester immobile, elle se meut tout d'une pièce dans différents sens.

La parole est traînante et comme empâtée ; on dirait que le malade a la bouche pleine quand il parle. Cet embarras de locution est encore augmenté par la pénurie de son vocabulai

Les extrémités supérieures ne sont presque jamais en repos ; ce sont des mouvements incomplets de supination ou de pronation des avant-bras ; des contorsions athétosiques des doigts. L'incoordination motrice est assez accentuée. Pour prendre un objet quelconque la main hésite ; elle le cherche d'abord en voltigeant, pour ainsi dire, autour ; les yeux fermés, le phénomène s'accuse davantage. Une fois en sa possession, elle le porte fidèlement, mais aussi avec une certaine gêne et exagération, là où la volonté l'ordonnait. Ainsi, pour porter à la bouche un verre rempli d'eau, le malade exécute ce mouvement compliqué avec double hésitation : d'abord, au moment de la saisie du verre, ensuite au moment de sa mise en contact avec les lèvres. Dans la première partie de l'acte, l'hésitation est moindre, la vue aidant de beaucoup son exécution juste ; tandis que la seconde moitié du geste, non contrôlée par les yeux, s'accompagne de recherches, de tâtonnements, qui, cependant, ne sont jamais assez accentués pour renverser, par exemple, le contenu du verre.

Les manifestations morbides les plus remarquables s'observent aux extrémités inférieures.

La station debout sans appui est impossible ; le malade tomberait, toujours en arrière, si on le laissait à ses propres efforts pour garder l'équilibre. Il a beau élargir les jambes de façon à avoir plus d'aplomb, effort vain. Pour marcher, il doit être soutenu par quelqu'un. Avec quelle furie il lance ses jambes à gauche et à droite, en zigzag ; cette titubation ressemble à la démarche des ivrognes ; les talons frappent toujours le sol les premiers ; parfois la démarche est propulsive : le malade paraît être poussé en avant par une force invincible ; modérer alors ses pas de polichinelle n'est pas chose aisée.

Les pieds présentent une cambrure très exagérée, et, par suite, le creux plantaire est considérablement excavé. Cette disposition paraît constante dans la maladie de Friedreich. Cela se remarque surtout lorsque le malade, assis sur le bord du lit, a les jambes pendantes ; alors les pointes des pieds descendent très bas, tombent pour ainsi dire, et la disposition indiquée s'accentue.

Les réflexes patellaires et plantaires sont normaux.

La sensibilité est partout conservée et non altérée, sauf dans les membres inférieurs où la sensibilité à la chaleur et au froid paraissent se confondre. En effet, nous ne pûmes pas produire

la différenciation de ces sensations termiques. Le froid et la chaleur provoquaient la même impression de froid.

C'est encore aux membres inférieurs que siègent, depuis quatorze ans, les troubles trophiques, sous forme d'ulcères inguérissables symétriquement disposés. Voici comment ces lésions se présentent aujourd'hui : Erythème diffus, sans intervalle de peau saine, à la partie antérieure des deux jambes, depuis le genou jusqu'au cou-de-pied. La coloration vineuse disparaît momentanément à la pression du doigt. A ce niveau la peau est épaisse, mais lisse. Par places, mais toujours sur ce fond érythémateux, croûtes épaisses, imbriquées à la manière du rupia syphilitique, en écaille d'huître jaune grisâtre. Elles recouvrent des ulcération larges comme une pièce de 2 francs, arrondies, disséminées irrégulièrement, à bords se réunissant insensiblement avec la peau environnante ; leur fond est rougeâtre, hérissé de papilles dermiques. Tous les traitements ont échoué contre ces ulcères chroniques (huile de foie de morue, iodure de potassium, mercure, différents topiques).

Pour compléter ce tableau bien chargé, nous devons mentionner les mouvements du tronc et de la tête qui se font en dehors de l'intervention de la volonté et qui consistent en balancements latéraux, assez réguliers, mais parfois de nature choréiforme.

La colonne vertébrale n'est pas régulièrement rectiligne ; elle est légèrement déviée latéralement dans la région dorsale, avec convexité tournée à droite (scoliose).

Les attaques d'épilepsie survenant plusieurs fois par mois n'offrent rien de bien spécial.

Les convulsions sont généralisées, la perte de connaissance constante, les émissions involontaires accompagnent l'accès qui est suivi d'un certain degré de stupeur.

Ainsi, chez G., en outre des symptômes généralement observés dans la maladie, nous trouvons encore les troubles trophiques et le degré marqué de la déchéance mentale. C'est à ce titre et eu égard au peu de banalité qu'offre encore l'ataxie de Friedreich, que nous ajoutons à son actif ce nouveau fait.

---

# Législation

---

## LE PROJET DE LOI SUR LES ALIÉNÉS

### DU CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

#### EXAMEN CRITIQUE SOMMAIRE

**Par le Dr Samuel GARNIER**

Directeur médecin en chef de l'asile de Dijon,  
Correspondant de la *Société médico-psychologique*.

Il est du devoir de tout aliéniste de concourir,  
dans la mesure de sa compétence, à l'œuvre qui  
remplacera la loi de 1838.

(Dr CHAMBARD, *Annales médico-psychologiques*  
janvier, 1890.)

---

Si, en général, il est permis de regretter la longueur de la filière par laquelle doit s'engager, en France, la matière de nos projets de loi, avant que ceux-ci n'aboutissent au degré de précision nécessaire à leur transformation en lois définitives destinées à satisfaire tous les intérêts en jeu, il serait toutefois excessif de ne pas reconnaître que la complication du travail législatif n'ait parfois son bon côté. C'est précisément ce qui arrive pour la révision de la loi de 1838, et l'inconvénient d'une procédure parlementaire compliquée s'est transformé pour elle en avantage. Depuis le dépôt du premier projet de loi gouvernemental sur la matière, dix ans se sont écoulés, et, aujourd'hui, successivement amendé par le Sénat, par une commission de la Chambre, par le comité

supérieur de l'assistance publique, ce projet primitif se trouve en posture de se présenter à nouveau devant la Chambre des députés avec les garanties de la triple épreuve qui l'a mûri.

Il ne me déplaît pas de constater qu'avant d'arriver à sa dernière formule, celle du Comité supérieur, le projet de loi en question s'est débarrassé en route de complications plus théoriques que pratiques, notamment de l'inspection départementale, du curateur à la personne, et de l'intervention obligatoire de la magistrature dans les placements, sous forme de décisions en chambre du conseil, ratifiant ces placements. Je ne veux pas revenir ici sur les raisons décisives qui combattaient ces innovations, et en particulier celle qui instituait la magistrature, juge de la validité des placements ; prérogative que repoussait le magistrat le plus éminent et le plus autorisé (j'ai nommé M<sup>e</sup> Barbier, ancien premier président de la Cour de cassation), il me suffira de dire que l'objectif avoué de ces diverses dispositions légales nouvelles était de fournir à l'opinion publique les satisfactions qu'elle paraissait impérieusement réclamer, et notamment la multiplication des obstacles à des séquestrations arbitraires, comme si ces séquestrations n'avaient pas eu déjà, avec les dispositions de la loi de 1838, un degré de fréquence tellement minime qu'on puisse le considérer comme tout à fait négligeable. Il est absolument inutile qu'on cherche à démontrer au public que, dans un asile départemental, une séquestration arbitraire est un mythe ; nos arguments ne pourraient jamais arriver à le délivrer de ce cauchemar périodiquement entretenu par la presse avec le plus grand succès. Aussi bien, quelles que soient les impossibilités professionnelles et légales contre lesquelles viendraient se heurter les séquestrations arbitraires, il se trouvera toujours quelqu'un disposé à affirmer leur réalité, et quel-

qu'un pour y croire. Passons donc condamnation sur ce point, et concluons que, pratiquement, toutes les dispositions de la loi de 1838 étaient si bien prises qu'on n'a pu en insérer, dans le projet actuel, qui puisse les renforcer en les complétant. Sans doute, dans celui-ci il y a certains cas où la chambre du Conseil interviendra ; mais ces cas sont limités et même on trouve trace de cette procédure dans la loi de 1838, notamment dans son art. 39 qui donne les plus larges garanties à la liberté individuelle.

Quant aux principaux points sur lesquels portent essentiellement les réformes apportées à la législation qui nous régit, dans le projet de loi du Comité supérieur, projet qui paraît être d'autant plus au point que M. Reinach, auteur d'une proposition de loi calquée sur le texte sénatorial et M. Bourneville, rapporteur du même projet de loi dans la dernière législation, faisaient tous deux partie de ce comité, j'ai le devoir de constater qu'ils visent, pour la plupart d'entre eux, des desiderata réclamés de longue date par les médecins aliénistes eux-mêmes. Et, en effet, n'est-ce pas la médecine spéciale qui a lutté depuis longtemps pour l'assistance des épileptiques ? n'est-ce pas elle qui, la première, a regretté de ne pouvoir, en présence du silence de la loi, admettre les aliénés majeurs qui demandent à entrer à l'asile, de leur plein gré ? La loi de 1838 ne prévoyait pas non plus les sorties des malades à titre provisoire ; qui a provoqué, de concert avec l'administration, et sous leur responsabilité, la mesure des congés, sinon les médecins aliénistes ? Les pouvoirs de l'administrateur provisoire dans la loi actuelle sont restreints ; qui a fait toucher du doigt les inconvénients de cette étroite limitation, sinon des médecins d'asile, qui voyaient chaque jour le dommage qui en résultait pour leurs malades ? Il n'est pas jusqu'à l'intervention de la magistrature qui ne soit,

dans la pratique même de la loi de 1838, fréquemment sollicitée par notre spécialité. Où est, en effet, le médecin traitant qui, pour mettre son caractère à l'abri de toute suspicion, n'a pas plus d'une fois, dans sa carrière, conseillé à des malades de son service de s'adresser, par une requête, au président du tribunal, afin d'obtenir sur leur cas, une décision de la Chambre du conseil ? Enfin, ne sont-ils pas médecins d'asile ceux qui demandent l'obligation de l'assistance pour les aliénés indigents, et veulent leur éviter, avant leur admission à l'établissement spécial, le stage qu'ils doivent faire dans les hôpitaux de province dépourvus d'un outillage cellulaire convenable ?

Je pense avoir, par ces remarques préliminaires, suffisamment marqué l'esprit qui guide la médecine aliéniste dans la pratique de sa spécialité ; je vais maintenant examiner l'ensemble du projet de loi, et formuler, sur les articles qui me paraissent devoir en comporter, les observations inspirées par leur lecture.

Des deux premiers articles, il n'y a rien à dire de spécial, l'art. 3 pourrait même passer sans commentaires si son paragraphe 5 ne contenait une disposition qui mérite de nous arrêter tout d'abord. Rien de plus légal et de plus juste à ce que plusieurs départements bâtissent un asile à frais communs ; là n'est point là difficulté ; mais il est dit « qu'il sera statué sur le mode d'administration d'un tel établissement par un décret rendu en conseil d'Etat ». Qu'est-ce à dire ? Le mode d'administration sera-t-il donc, ici, si différent de celui des autres établissements. Le conseil d'Etat interviendra-t-il pour fixer quel sera, parmi les conseils généraux syndiqués, celui qui devra voter le budget de l'asile, ou si tous devront le voter simultanément ? Ce budget sera-t-il même soustrait aux délibérations des corps élus de chaque département associé ? Ce sont autant de ques-

tions que l'article devait trancher et c'est une chose grave que de toucher aux prérogatives des conseils généraux.

L'article 4 institue une commission de surveillance composée de sept membres, mais, par suite de la suppression dans le projet de loi, du médecin-inspecteur et du curateur aux biens, il se trouve que la désignation de ces membres, au paragraphe 2, n'est faite que pour six membres au lieu de sept. C'est une lacune à réparer : aussi, je proposerais de faire élire le septième membre, non désigné, par le conseil municipal de la commune où est situé l'asile. Le ministre peut, d'après le paragraphe 3 du même article, augmenter le nombre des membres de la commission, après avoir pris l'avis d'un Comité supérieur des aliénés, institué par l'article 13. Pour ne pas laisser d'ambiguïté sur la portée de l'avis qu'on devra solliciter au préalable du Comité supérieur, il eût été logique de compléter le mot *avis* par le qualificatif de *conforme*.

Ce même avis conforme devrait être inséré dans l'article 5, au 4<sup>e</sup> paragraphe, édictant que le ministre peut ordonner la disjonction des fonctions de directeur et de médecin. Il paraît singulier, en effet, que le ministre puisse légalement, le Comité supérieur étant d'un avis contraire, ordonner cette disjonction, en passant outre à l'avis qu'il a lui-même sollicité.

L'article 6 a trait au recrutement du personnel médical-administratif. Tout d'abord, tel qu'il est rédigé, cet article présente une omission des plus graves, à mon sens ; celle du mode de recrutement des directeurs-administratifs. Je l'avais déjà signalée dans le projet de loi du Sénat (V. mon article sur la direction médico-administrative des asiles ; numéro de janvier 1891 des *Annales médico-psych.*) ; je constate qu'elle existe de nouveau dans le projet du Comité supérieur de l'assis-

tance publique ; je vais donc y revenir. En effet, comment admettre qu'on entoure de tant de garanties de savoir l'accès de la profession médicale aliéniste, lorsque pour diriger administrativement l'instrument de traitement des aliénés, c'est-à-dire l'asile, on n'exige aucune connaissance spéciale préalable des candidats aux fonctions de directeur-administratif ? N'est-il pas choquant de voir combien la sélection médicale est sévère, quand la sélection administrative l'est si peu, et faut-il croire alors, comme l'a dit M. Marandon de Montyel, que les directeurs continueront à être ramassés parmi les rebuts de toutes les professions les plus étrangères à l'assistance des aliénés ? L'opinion publique, de plus, solidarisant les directeurs, sans distinction d'origine, au point de vue de la moralité et de l'honorabilité, n'importe-t-il pas qu'il y ait entre eux le même niveau ? Pour ce faire, tout esprit impartial reconnaîtra que le recrutement futur des fonctionnaires purement administratifs a besoin d'une orientation nouvelle, toute différente de celle d'aujourd'hui. La solution pratique consisterait, comme je l'ai écrit ailleurs, en ce que la direction des asiles où la séparation des fonctions sera exceptionnellement maintenue, ne devrait être confiée qu'à des médecins de la carrière, qui se sentent attirés vers l'administration. (Voir *Annales médico-psych.*, tome XIII, n° 1 )

Les médecins en chef et médecins-directeurs sont choisis, dit le paragraphe 3 du même article 6, parmi les médecins-adjoints ayant au moins trois années d'adjuvat. Je critiquerai encore cette disposition, d'abord sur sa clarté. Sa rédaction maintient ouverte la porte d'une carrière qu'on a voulu fermer. Et, en effet, elle n'indique pas l'obligation rigoureuse de choisir le directeur-médecin parmi la catégorie des adjoints ; tout ce qu'elle impose, c'est que l'adjoint qui sera choisi, ait

accompli un stage minimum de trois ans dans ses fonctions, de sorte qu'il serait toujours licite de nommer d'emblée directeur-médecin, un docteur quelconque. J'estime que les adjoints verraient avec la plus légitime satisfaction leur droit, acquis au concours, absolument hors de toute atteinte, si le paragraphe visé disait textuellement : « Les médecins en chef et les médecins-directeurs devront toujours être choisis parmi les adjoints du cadre. » Quant à la disposition des trois années d'adjuvat seulement, elle consacre, selon moi, trop rigoureusement le principe du choix pour sacrifier totalement le principe de l'ancienneté. D'un excès il faut éviter de tomber dans un autre, et je crois qu'il serait, à cet égard, plus conforme à l'avenir même de la carrière, de trouver une formule pondératrice entre l'ancienneté et le choix. De plus, je proposerais de restituer au Comité supérieur des aliénés la prérogative que lui attribuait d'abord le Sénat, d'établir une liste de présentation. Cette liste, qui serait la liste officielle d'avancement, tenant compte du choix, de l'ancienneté, d'après des principes fixés dans la loi, serait dressée et revisée tous les six mois ; à l'administration à choisir ses sujets dans cette liste. Pour mettre le paragraphe que j'incrimine en harmonie avec ce qui me semble lui manquer, je le rédigerais de la façon suivante : « Les médecins en chef et les médecins-directeurs devront toujours être choisis parmi les médecins adjoints du cadre, et sur une liste de présentation dressée et revisée tous les six mois par le Comité supérieur des aliénés. » Il serait d'autant moins excessif de donner au Comité supérieur ce pouvoir de présentation, que ce même Comité est investi, à l'article 12, du droit de présenter, pour le poste d'inspecteur général du service des aliénés, tout docteur-médecin qui se sera distingué par son enseignement ou ses écrits sur les maladies mentales.

J'ai regretté ailleurs que le projet de loi sénatorial n'ait pas adopté la disposition première du projet de loi gouvernemental d'après laquelle les secrétaires de Direction, les économies, les receveurs, devaient être nommés par le ministre. N'ayant pas changé d'avis, je déplore que le projet du Comité de l'assistance maintienne, lui aussi, au préfet, la prérogative de nommer les receveurs et les économies, et ne parle aucunement du secrétaire de Direction. J'aurais voulu voir par exemple, pour des motifs exposés dans mon mémoire des *Annales* (auquel je renvoie), le cadre des secrétaires de Direction reconstruit, fournir exclusivement dans l'avenir, par une disposition insérée dans la loi, les titulaires de la Recette et de l'Économat. En ne fixant aucune base au recrutement de ces derniers fonctionnaires, qui sont et resteront alors inamovibles, ou à peu près, je redoute de voir continuer à les choisir en dehors du souci du bien du service.

J'arrive à la section II de la loi qui traite de la surveillance. L'article 10 stipule *qu'une ou plusieurs personnes nommées par le ministre exercent dans les établissements publics les fonctions d'administrateurs des biens*. Je n'ai vu figurer, dans l'énumération des personnes composant la commission de surveillance (art. 4), qu'un seul administrateur des biens ; qu'arrivera-t-il donc s'il y en a plusieurs ? Faudra-t-il qu'ils soient tous de la commission, et alors le nombre de sept sera dépassé, ou bien n'en choisira-t-on qu'un, et alors que diront les collègues sacrifiés ? Enfin seront-ils, parce qu'ils sont rétribués, d'un recrutement aussi facilement à l'abri de toute critique que l'administrateur des biens des aliénés de la loi actuelle ?

L'article 11 énumère les personnes qui doivent visiter l'asile ; la loi de 1838 n'était pas moins explicite, toute l'innovation consiste à imposer un devoir rigoureux aux

uns, et à laisser aux autres ce droit de visite facultatif. Où est l'avantage acquis de ce chef ? L'article 12 réorganise l'inspection générale des aliénés qui avait été supprimée depuis quelques années malgré les services rendus. Il faut féliciter le Comité supérieur d'avoir maintenu cette institution ; mais il eût été préférable qu'il délimitât, dans le dernier paragraphe de l'article, plus explicitement, l'objet de leurs tournées annuelles, en disant, par exemple : « Les constatations des inspecteurs généraux portent sur l'état des locaux au point de vue de l'hygiène générale de l'aliéné, des quartiers de classement, des améliorations entreprises et à réaliser, les quantités des allocations que reçoivent les malades pour leur nourriture, leur vestiaire et leur coucher ; la marche du service, la tenue du personnel de tout ordre, en un mot, sur l'ensemble de l'application des lois et règlements relatifs aux aliénés. Ils rédigent, pour chaque asile visité, un rapport mentionnant les remarques de cette inspection, et ce qui leur paraît devoir être proposé dans l'intérêt du service. »

L'article 13 désigne les personnes qui feront partie du Comité supérieur des aliénés, mais il omet d'indiquer le temps pour lequel sont nommés les membres autres que ceux désignés dans l'avant-dernier paragraphe. De plus, l'énumération des attributions du Comité supérieur devrait être complétée en faisant figurer toutes celles qu'on lui attribue en détail dans les articles divers du projet. En conséquence, après la phrase : « le Conseil supérieur est nécessairement consulté » ajouter : « sur la disjonction des fonctions de médecin et de directeur, sur le transfert dans leurs départements des condamnés devenus aliénés ou épileptiques et soignés jusqu'à l'expiration de leur peine dans un quartier spécial » ; — et avant la phrase : « présente chaque année », intercaler celle-ci : « il dresse et révise tous les six mois la liste

de présentation pour les postes de directeur, de directeur-médecin, de médecin en chef » ;... le reste comme au paragraphe mentionné.

L'article 14 est le premier de ceux qui visent les placements faits sur la demande des particuliers. Dans son paragraphe 7, cet article indique que le médecin certificateur doit produire dans le délai de deux jours un rapport détaillé, complétant le rapport sommaire fourni, faute de quoi il encourt l'une des peines de l'article 63. Or, cet article 63 n'indique comme possibles d'une pénalité, que les chefs responsables des établissements et les médecins qui y sont attachés. Est-ce un véritable oubli d'avoir négligé d'y faire figurer le médecin certificateur, comme l'article 14 l'indique dans son paragraphe 7 ? ou a-t-on prévu que la menace d'une pénalité possible pourrait faire refuser tout certificat d'aliénation mentale ? Dans ce cas, il faudrait effacer dans le paragraphe 7, la menace qui s'y trouve inscrite.

Le paragraphe 9 du même article nous paraît mal rédigé. C'est à la demande du directeur et du préfet, que les pièces énumérées dans l'article seront rectifiées dans un délai de quinze jours. Compléter un certificat sommaire est une rectification ; on comprend mal, dans ces conditions, pourquoi on donne pour cela quinze jours, et deux seulement au paragraphe 7, ce qui est une contradiction. Pourquoi, en outre, au paragraphe 9, charger deux personnes : le directeur ou le préfet, de demander le complément des pièces insuffisantes ? Il faudrait dire « l'un des deux », en indiquant comment celui qui en aura la charge devra s'y prendre pour obliger, par exemple le médecin certificateur, à déposer son rapport circonstancié en temps utile, d'autant plus que le temps de dépôt est variable, et qu'on ne sait pas exactement s'il est de quinze ou de deux jours.

L'article 15 régularise l'entrée d'une personne à l'asile,

ANN. MÉD.-PSYCH., 7<sup>e</sup> série, t. XV. Mai 1892

6.

27

quand elle doit s'opposer à son transport à l'établissement, en permettant de requérir le maire ou le commissaire pour assurer ce transport. Le fonctionnaire ainsi requis pourra-t-il à son tour requérir des agents de l'asile, intervenir auprès du préfet dans ce sens? Ce point aurait besoin d'être élucidé. Et, en effet, s'il arrivait un accident mortel à un des gardiens de l'asile requis, ce serait l'asile qui devrait une pension aux ayants droit, ce qui pourrait être très onéreux.

Les articles 18 et 19 énumèrent, en ce qui concerne les asiles publics ou privés, les différentes autorités auxquelles on doit adresser les pièces d'entrée de chaque aliéné, et fixent celles-ci. Mais comme dans l'article 19 il est dit que la notification préfectorale du placement au procureur de l'arrondissement de la personne placée, et au procureur de l'arrondissement de la situation de l'établissement dans un délai de trois jours à partir de la réception de l'avis de placement, est une disposition commune aux établissements publics et privés, on se demande alors pourquoi l'article 18 prescrit au directeur, dans les asiles publics, de prévenir également les deux procureurs dont il a été question. C'est une multiplication d'écritures bien inutile. Qu'arrivera-t-il, en effet, dès qu'un placement volontaire sera effectué? le procureur de l'arrondissement du malade et celui de l'arrondissement de l'asile en seront prévenus dans les vingt-quatre heures, et, quatre jours après, le préfet devra répéter la même notification aux mêmes personnes pour le même malade. Cette deuxième notification devenant ainsi une superfléitation, qu'on supprime alors celle que doit faire le directeur!

L'article 23 n'est pas assez clair dans le paragraphe visant l'opposition à la sortie notifiée au chef de l'établissement; il serait préférable de remettre au tribunal, en chambre du conseil, le soin de trancher le différend

existant entre les descendants et les descendants de la personne placée, au sujet de la maintenue ou de la sortie, car le conseil de famille peut être composé tout à l'avantage de l'ascendant qui fait opposition à la sortie, quand le gendre, par exemple, la réclame.

Nous arrivons maintenant à la section II, qui traite des placements d'office. L'article 28 n'est pas assez explicite sur ce qu'il entend par mesures provisoires à prendre en cas de danger imminent. Cet article existe déjà dans la loi de 1838, et on est loin d'être fixé sur le point de savoir, par exemple, si un maire peut prendre un arrêté qui ordonne de conduire le malade directement à l'asile. Dans certains départements il s'est établi un usage qui l'admet, dans d'autres on ne le tolère pas.

La section III consacre des dispositions totalement absentes dans la loi de 1838 relativement aux condamnés devenus aliénés, aux aliénés dits criminels et aux présumés aliénés soumis à expertise. Je n'ai rien à dire sur elles, sinon qu'au paragraphe 4 de l'article 35 je proposerais d'ajouter après le mot « avis » celui de « conforme ». Ensuite, à la rédaction de l'article 38 du comité supérieur, je préférerais celle de l'article 40 du projet sénatorial. Ce projet indiquait, en effet, qu'une expertise en vue de déterminer l'état mental d'un individu ne pouvait avoir lieu à l'asile que si un des experts, ou l'expert désigné, était médecin de l'établissement ; et cela était juste, tandis que la disposition écrite dans l'article 38 ne l'est pas. Et en effet, si cet article dit que l'expertise peut avoir lieu dans un asile sur la demande des experts, il ne spécifie pas qu'il faut que l'expert, ou l'un des experts, soit le médecin de l'asile désigné ; de sorte que, par exemple, il pourrait arriver que un ou plusieurs médecins étrangers à l'établissement auraient le droit de faire leur expertise en dehors du médecin dans le service duquel l'individu à observer est placé.

Cette situation aurait ceci d'incorrect : le médecin traitant n'aurait pas voix au chapitre, tout en étant responsable du malade et à même de l'observer mieux que personne. Pour ce motif, on devrait donc reprendre l'article du Sénat, en ajoutant la phrase : « Dans ces deux derniers cas, l'expert, ou l'un des experts, est le médecin en chef de l'établissement. »

La section IV traite des dépenses et des recettes du service des aliénés ; l'article 39 a le tort de maintenir sur un pied d'inégalité les aliénés dangereux et non dangereux au point de vue de l'assistance. La classification des aliénés en dangereux et non dangereux est surannée ; tout individu indigent qui est aliéné devrait pouvoir entrer à l'asile, sans qu'il soit besoin qu'on le déclare dangereux, si les parents sollicitent son admission. Laisser au conseil général le soin de régler les conditions de cette admission au lieu d'inscrire son obligation dans la loi, c'est continuer à lui maintenir la prérogative de n'admettre au secours du département et des communes que les individus déclarés dangereux, et c'est là une lacune grave qui va même à l'encontre de ses intérêts ; — faire de la police au lieu d'assistance, comme le disait Renaudin, n'est pas digne de notre siècle. — L'article 40 édicte que si le prix de journée alloué par le département est insuffisant, le ministre le fixera sur l'avis du Comité supérieur ; c'est encore là qu'il faut entrevoir un conflit possible entre le conseil général et le ministre ; que fera celui-ci si le conseil général refuse absolument de verser le prix fixé ?

L'article 43 s'occupe des dépenses du Comité supérieur, des fonctionnaires de l'inspection générale des aliénés, et de ceux qui appartiennent au personnel médico-administratif des asiles nommé par le ministre, en mettant à la charge de l'État leurs traitements et leurs retraites, sauf versement par chaque asile d'une

somme représentant les traitements des directeurs, directeurs-médecins en chef, etc. J'ai longuement traité, dans une communication au congrès de Rouen, le côté matériel de ce rattachement prévu par l'article 43, et, en particulier, les retraites du corps médico-administratif, aujourd'hui servies par les caisses départementales ; je ne puis que renvoyer à ce travail. Mais, ayant laissé dans l'ombre la portée de cet article au point de vue des droits des conseils généraux, je dois en parler à cette place. Si le conseil général ne vote plus le traitement du directeur, du médecin en chef, du médecin-adjoint de l'asile, on lui enlèvera une prérogative que lui accorde la loi ; il est douteux que cette disposition ne puisse pas soulever de difficultés devant un Parlement composé de nombreux conseillers généraux. Je ne veux pas en dire plus long, cela m'entraînerait à discuter à fond le principe même départemental de l'asile, et à poser cette question : à savoir s'il est bien légal, même au point de vue de la loi de 1871, qu'un conseil général vote un budget spécial, comme celui d'un asile, quand les recettes que celui-ci peut faire sur le département n'arrivent pas au tiers de celles qu'il peut réaliser. Il ne faut pas oublier, en effet, que la loi de 1871 est venue se heurter à des dispositions de la loi de 1838, et que le législateur d'il y a vingt ans n'a point songé à l'antinomie de ces deux lois. J'ai signalé le côté faible de la disposition adoptée dans l'article 43 ; cela me suffit pour le moment.

L'article 44 édicte que les avances faites par l'État pour les honoraires de l'administrateur provisoire sont, en ce qui concerne les aliénés indigents, recouvrées sur les établissements publics, et le troisième paragraphe ajoute que ces honoraires sont prélevés sur leurs biens. On suppose ainsi que les aliénés, quoique indigents, auront des biens ; mais le contraire peut se produire, alors

que des actes dispendieux sont à faire pour leur compte. Qui payera les frais de ces actes, l'assistance judiciaire ne détruisant pas le côté onéreux d'un acte notarié, par exemple ? Si c'est l'asile, je trouve qu'on met ainsi à sa charge des frais qui ne lui incombent point.

La section V est consacrée aux dispositions communes à toutes les personnes internées ; d'abord l'article 46 indique la procédure à suivre dans le cas de pourvoi devant le tribunal à fin de sortie. Cette introduction d'instance par une simple requête émanant de la personne séquestrée, et de toute autre personne étrangère, était déjà indiquée dans la loi de 1838, et les médecins d'asile ont plus d'une fois conseillé cette manière de faire, comme je l'ai déjà dit, dans certains cas particuliers.

L'article 47 régularise les sorties à titre d'essai. Dans les cas de congé, il faudrait que le règlement d'administration qui suivra la loi votée, sinon la loi elle-même, décidât si ces aliénés sortis provisoirement, continueront à figurer dans les décomptes, ce qui paraît rationnel puisque, d'après l'article 56, les pouvoirs de l'administrateur et de la commission de surveillance subsistent à leur égard pendant toute la durée du congé.

On peut se demander pourquoi, dans l'article 55 du projet, on exige, à peine de nullité, la signification, à l'aliéné lui-même, de pièces relatives à une instance en interdiction, en divorce, en séparation de corps, en désaveu de paternité, en maintenue ou en sortie de l'établissement, puisque cet aliéné est pourvu d'un administrateur payé pour le représenter, avec des pouvoirs notamment étendus. Comment se figurer un huissier signifiant une pièce de procédure à un dément ou à un agité, dans un quartier de classement ? Ce mode de procéder sacrifie ici à la forme, sans avantage connu.

Je termine là mon étude sommaire. Mes critiques

paraîtront, sans doute, toute de détail ; mais ces détails ont bien leur importance. La discussion du projet de loi au Conseil de l'assistance (1) s'est terminée par des vœux. Au sujet de l'application de l'article 43, j'en trouve un ainsi conçu : « Les médecins en exercice depuis six ans au moment de la promulgation de la loi, continueront à jouir de leurs anciennes prérogatives. » Si ce vœu était adopté, il faudrait que tous les médecins actuels renonçassent d'ores et déjà à poser leur candidature aux places d'inspecteurs généraux, attendu que passant d'un service départemental au service de l'État, ils devraient abandonner ainsi leurs droits acquis à une pension de retraite. Pour éviter cet inconvénient, il serait bon d'insérer dans la loi, que les services départementaux compteront pour la retraite quand le titulaire passera dans un emploi rétribué par l'État, et aussi que les versements antérieurs seront centralisés à la caisse des pensions civiles.

---

(1) Cet article était rédigé quand l'auteur a connu la décision de la Commission de la Chambre maintenant l'intervention de la magistrature, dans les placements, primitivement inscrite dans le projet de loi sénatorial.

---

---

# SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

---

SÉANCE DU 29 FÉVRIER 1892.

**Présidence de M. Th. ROUSSEL.**

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

*Correspondance et présentations d'ouvrages.*

La correspondance manuscrite comprend :

1<sup>o</sup> Des lettres de remerciements de MM. Marie et Paul Sérioux, nommés membres correspondants à la dernière séance ;

2<sup>o</sup> Des lettres de MM. Clémens Neisser, de Leubus (Allemagne), et Pachoud, de Bois-de-Cery (Suisse), sollicitant le titre de membres associés étrangers. Deux commissions composées de MM. Falret, Ritti et Chaslin et de MM. Christian, Charpentier et Moreau (de Tours), sont chargées de l'examen de ces candidatures.

La correspondance imprimée comprend :

1<sup>o</sup> Un atlas par Francesco Azzurri, comprenant le plan de l'asile de Sienne avec sa colonie agricole. Une commission composée de MM. Falret, Roussel et Chaslin est chargée d'examiner ce travail ;

2<sup>o</sup> Les n<sup>o</sup>s 5 et 6 du *Bulletin du Manicomio privé Fleurent*, à Naples ;

3<sup>o</sup> Le numéro de février de la *Revue de l'hypnotisme* ;

4<sup>o</sup> Les n<sup>o</sup>s 5 et 6 des *Annales de Psychiatrie*, 1892.

M. LE PRÉSIDENT annonce à la Société la mort de M. Alfred Maury, membre de l'Institut, qui a été un des membres fondateurs de la *Société médico-psychologique*, et de M. Prosper Depine, membre correspondant.

*Rapports de candidature.*

M. SAURY. — Messieurs, au nom d'une commission que vous avez désignée dans votre dernière séance, j'ai l'honneur de vous présenter le rapport suivant sur la candidature de M. le Dr Elie Nicoulau, au titre de membre correspondant de la Société médico-psychologique.

Depuis longtemps, M. le Dr Nicoulau se consacre à l'étude de l'aliénation mentale. Ses débuts dans notre spécialité datent de l'année 1882, époque où il entra comme interne, d'abord à l'asile de Cadillac, puis, après concours, à l'asile d'aliénées de Bordeaux. Ce fut là qu'il recueillit les éléments de sa thèse inaugurale : *Essai sur la mégalomanie*, soutenue en 1886. Deux ans plus tard, il était appelé à l'asile Saint-Yon, en qualité de médecin-adjoint, fonction qu'il occupe actuellement.

Vous connaissez, Messieurs, les asiles de la Seine-Inférieure. Ceux d'entre nous qui n'ont pas eu l'occasion de visiter ces établissements modèles, savent du moins tout ce qu'ils contiennent de ressources cliniques. On peut s'en remettre, à cet égard, aux statistiques annuelles de nos collègues de Saint-Yon et de Quatre-Mares, et pour Saint-Yon en particulier, aux trois rapports 1888-89-90) que M. le Dr Nicoulau a dressés lui-même, sous la direction de M. Giraud, son chef de service. Notre confrère a su interpréter ces nombreux documents et les utiliser en observateur habile, rompu aux difficultés de la pratique des aliénés. La plupart de ses travaux lui ont valu de hautes récompenses. C'est ainsi que l'Académie de médecine, après lui avoir accordé, en 1887, une mention honorable, le proclamait, en 1890, lauréat du prix Lefèvre, et couronnait son mémoire sur la mélancolie. J'ajoute que la Société française de tempérance lui a décerné, à deux reprises (1889 et 1891), une mention très honorable avec médaille d'argent, pour diverses études concernant l'alcoolisme. Dans cet ordre de recherches, il avait déjà publié, en 1884 (*in Revue sanitaire de Bordeaux*), une note sur un cas d'hystéro-épilepsie, chez une jeune fille dont l'état con-

vulsif reconnaissait pour cause l'influence congénitale de l'ivrognerie des parents.

Pour finir cet exposé, je rappellerai que M. Nicoulau fait partie de la rédaction des *Annales médico-psychologiques*, où il a signé plusieurs articles de critique et de bibliographie.

J'espère, Messieurs, vous avoir montré que la candidature de M. le Dr Nicoulau mérite vos suffrages. Je suis heureux de les solliciter en faveur d'un confrère qui joint à d'excellents titres scientifiques les meilleures qualités professionnelles.

Conformément à ces conclusions, M. Nicoulau est, à l'unanimité des membres présents, nommé membre correspondant de la Société.

M. PAUL GARNIER. — Messieurs, vous avez nommé une commission composée de MM. Falret, Ball et Paul Garnier à l'effet de vous présenter un rapport sur la candidature de M. Pactet.

Ancien interne des asiles de la Seine, chef de clinique de la Faculté, M. le Dr Pactet est bien connu de la plupart d'entre vous. Les fonctions qu'il remplit à Sainte-Anne, auprès du professeur des maladies mentales, le désignent suffisamment à vos suffrages et je pourrais m'abstenir d'appuyer par d'autres titres une candidature que vous êtes certainement disposés à accueillir avec faveur. Je veux, cependant, vous dire quelques mots de l'intéressant problème qui se trouve nettement posé dans son excellente thèse inaugurale intitulée : « *Les aliénés méconnus et condamnés par les tribunaux.* »

Pendant son séjour dans les asiles de la Seine et surtout pendant les deux années de ses études très consciencieuses à l'infirmerie spéciale de la Préfecture de police, M. Pactet a été frappé du grand nombre de condamnations qui venaient s'égarer sur de malheureux inconscients. A l'aide de faits, trop évidents, hélas! — car c'est là une vérité bien triste, — il a démontré que, le plus souvent, l'acte délictueux ou criminel ayant motivé une pénalité, n'était qu'une manifestation du délire ou de l'état de démence du malheureux ainsi atteint par les sévérités de la justice, état de démence qui ne tardait pas à se révéler à la prison et à provoquer le transfert à l'infirmerie spéciale. C'est à ce

moment qu'on s'assure que le fait incriminé n'a été qu'un épisode appartenant en propre à l'aliénation mentale.

Ai-je besoin de dire que de telles condamnations sont profondément regrettables ; elles le sont d'autant plus que, si le lendemain même, par exemple, de la condamnation encourue — comme je l'ai vu — l'individu se dénonce comme un aliéné, cette condamnation n'en reste pas moins un fait acquis, laissant sa trace sur un casier judiciaire.

N'y a-t-il aucun moyen, sinon de supprimer, — car l'erreur est dans l'humaine nature, — de restreindre au moins considérablement le nombre de méprises aussi attristantes ? Il est bien certain qu'une visite médicale, même sommaire, aurait pour résultat de signaler à l'attention des magistrats ces malheureux dont la plupart, vous l'avez deviné, sont des paralytiques généraux allant au délit avec une souveraine inconscience.

M. Pactet indique avec raison la nécessité de faire quelque chose dans ce sens. On peut discuter sur le meilleur mode d'intervention médicale, au sujet d'un examen rapide à travers ces *fournées* de délinquants qui s'amassent chaque jour au Dépôt de la Préfecture et parmi lesquels la folie a de si nombreux représentants. Ce qui paraît hors de toute logique, en tous les cas, c'est qu'il appartienne, en l'état actuel, à des magistrats et à des directeurs de maisons de détention de faire ce triage pour lequel un médecin aliéniste est seul compétent.

Il faut savoir gré à M. le Dr Pactet d'avoir traité, avec preuves à l'appui, cette grave question où se trouvent intéressées à la fois l'humanité et l'équitable distribution de la justice.

C'est avec un véritable empressement que votre commission vous propose de conférer à M. Pactet le titre qu'il sollicite.

M. A. VOISIN. — Il est bon que les membres de la Société se rappellent le rôle de M. Tardieu pour obtenir l'examen des inculpés par les médecins, examen médical qui avait été longtemps refusé, principalement sous l'influence de M. Troplong.

M. GARNIER. — M. Tardieu a fait beaucoup, en effet,

pour l'examen médical des inculpés. Les cas rapportés par M. Pactet dans sa thèse sont rares. C'est aux directeurs des maisons de détention de les signaler aux magistrats qui, ainsi avertis, peuvent faire procéder à un examen médico-légal.

Conformément aux conclusions du rapport de M. P. Garnier, M. Pactet est nommé membre correspondant à la majorité des membres présents.

M. BRIAND. — Messieurs, vous avez chargé une Commission composée de MM. Delasiauve, Magnan et Briand, rapporteur, d'examiner les titres de M. le Dr Colin, médecin-adjoint de l'asile de Sainte-Gemmes, qui demande à faire partie de la Société médico-psychologique en qualité de membre correspondant.

Après de solides études de médecine générale, M. Colin s'est senti plus spécialement attiré vers la pathologie nerveuse et mentale. Pendant deux années il est resté l'externe de M. le professeur Charcot, et, depuis, il a toujours continué à suivre l'enseignement à l'école de la Salpêtrière où il collaborait à la publication des leçons de son maître.

Nommé interne des Asiles de la Seine après un excellent concours, il a été attaché successivement aux services de trois d'entre nous, et nous a permis d'apprécier ses qualités de travailleur zélé.

M. Colin n'est pas d'ailleurs un inconnu pour la Société médico-psychologique.

A la séance du 19 mai 1890, il vous a lu, en effet, une communication intéressante avec quatre observations à l'appui, sur la folie communiquée. Il s'agissait, vous vous le rappelez, d'une femme en proie depuis vingt ans à des idées de persécution. Cette malade se croyait empoisonnée par son mari qu'elle considérait comme capable de la faire mourir, avec ses enfants. Elle parvint à communiquer ses idées délirantes à ses quatre filles, dont l'une se fit internier à la suite d'actes extravagants. Un fait était surtout à noter, et l'auteur n'y a pas manqué, c'est la longue durée de l'évolution de la maladie. Pendant vingt ans, la mère a pu déliter et faire déliter successivement ses quatre enfants, sans que ni le père ni le médecin de la famille n'aient songé à pren-

dre des mesures pour tâcher d'enrayer la folie à plusieurs.

Parmi les autres travaux de M. Colin, nous citerons en première ligne sa thèse inaugurale : *Essai sur l'état mental des hystériques*, 1890. C'est là un ouvrage important que M. le professeur Charcot a fait précéder d'une préface, et auquel l'Académie des sciences vient de décerner une mention honorable (prix Lallemand, 1891). Ce travail vous a d'ailleurs déjà été présenté par M. le Dr Paul Garnier dans votre séance du 29 décembre 1890.

Ayant pu observer les hystériques à la Salpêtrière d'abord, dans les asiles d'aliénés ensuite, M. Colin a divisé son œuvre en deux parties bien distinctes : une première où il étudie les malades dans la vie ordinaire ; et une autre où il envisage la névrose dans ses rapports avec l'aliénation mentale.

Pour lui, l'hystérie est une et conserve son autonomie dans la sphère psychique comme dans la sphère des symptômes physiques.

Les actes étranges, la fourberie, la simulation qu'on reproche aux hystériques, relèvent non pas de l'hystérie proprement dite, mais de la dégénérescence mentale avec laquelle celle-ci s'associe fréquemment.

M. Colin nie l'existence de la folie hystérique ; il démontre, avec preuves à l'appui, que toujours on a affaire, dans ce cas, à l'une des modalités de la folie des héréditaires dégénérés.

« Le délire hystérique, dit-il dans une de ses conclusions, présente une physionomie spéciale qui permet d'en faire aisément le diagnostic et de le séparer facilement du délire relevant de l'aliénation mentale. » Et plus loin : « Il n'existe pas, à proprement parler, de folie hystérique. Lorsque les hystériques deviennent aliénés, leur délire n'a rien de caractéristique. Il s'agit alors d'une combinaison de l'hystérie et de la dégénérescence mentale héréditaire. Ce sont deux maladies évoluant côté à côté, comme M. Magnan l'a établi pour d'autres affections mentales. »

M. Colin insiste sur l'importance de l'hérédité dans ces combinaisons morbides, et à l'appui de sa thèse il produit une trentaine de tableaux généalogiques. Il insiste également, d'une façon toute spéciale, sur ce qu'il

appelle la loi d'attraction qui détermine les actes privés de ce genre de malades et règle leurs relations.

M. Colin a mis à profit la méthode d'observation qu'il avait apprise à la Salpêtrière. Des planches ophtalmologiques hors texte nous fournissent des résultats intéressants et quatre-vingt-quatre figures viennent appuyer les cinquante-quatre observations, dont cinquante-deux personnelles, qui sont contenues dans ce travail.

Mais pourquoi ne pas vous lire ici l'opinion exprimée par M. le professeur Charcot dans la préface de la thèse de M. Colin ?

« Sous cette forme simple, écrit l'éminent maître, la proposition paraîtra sans doute trop absolue ; je crois cependant que, dans la majorité des cas, elle se justifierait par la discussion, et je dois déclarer que, pour mon compte, j'ai été depuis longtemps amené par l'analyse clinique à adopter des conclusions analogues. C'est pourquoi je crois devoir recommander la lecture de la thèse soutenue par M. Colin à tous les médecins qui s'intéressent aux progrès de la neuropathologie.»

Si nous relisons les autres travaux de M. Colin, nous voyons qu'il a écrit en collaboration avec un autre de ses maîtres, M. Paul Garnier, un article sur la *Monomanie homicide* pour le *Dictionnaire de médecine psychologique* de Hack Tuke.

Il a publié en outre, sous le titre de *l'Hystéro-Neurasthénie avec délire chez les dégénérés* (*Bulletin médical*, 30 mars 1890), un beau cas de dissociation de la sensibilité chez une femme de quarante-sept ans, hystéro-neurasthénique. Cette malade, qui était en proie en même temps à un délire mélancolique intense, présentait des troubles de la sensibilité simulant, à s'y méprendre, ce qu'on rencontre dans la syringomyélie.

Je rappellerai aussi deux observations d'*automatisme ambulatoire*, parues dans la *Gazette des Hôpitaux* (numéros du 29 juillet et du 12 août 1890). Dans la première, il s'agit d'automatisme ambulatoire alcoolique. L'auteur insiste sur les caractères presque identiques de l'accès d'automatisme dans l'alcoolisme et dans le mal comital. Les antécédents auront donc une grande importance au point de vue du diagnostic, et un signe différentiel excellent sera le retour progressif du souvenir des

événements et des actes accomplis, ce qui fait défaut dans l'épilepsie et dans l'hystérie.

Le second cas d'automatisme ambulatoire a été observé chez un hystérique. Il s'agit, dans ces faits, d'un genre d'attaques d'hystérie transformée.

M. Colin a été témoin au Dépôt d'une *tentative de suicide bizarre, par piqûre du cœur à l'aide d'une épingle*.

Il l'a relatée dans le *Progrès médical* (13 septembre 1890). La suicidée était une déséquilibrée arrêtée pour vol dans les grands magasins, qui essaya de se tuer en s'enfonçant dans la région du cœur une de ces longues épingles que les femmes emploient pour fixer leur chapeau. La tentative échoua d'ailleurs, le cœur n'ayant pas été lésé. M. Magnan avait publié un cas analogue qui s'était terminé par la mort.

Nommé médecin-adjoint en 1890, pour la région de Paris, après un brillant concours dans lequel les trois premiers candidats se suivirent à un point de distance, M. Colin est actuellement médecin-adjoint à l'asile de Sainte-Gemmes (Maine-et-Loire). L'année dernière, il a été élu membre titulaire de la Société de médecine d'Angers. Il prend une part active aux travaux de cette Société, devant laquelle il présente les malades de son service qui lui semblent intéressants au point de vue de la médecine nerveuse et mentale. Il a présenté entre autres, au mois d'octobre dernier, un petit malade qui passait aux yeux des autorités administratives et de plusieurs médecins pour un simulateur, qui, de ce fait, était placé en observation à l'asile, et qui, en somme, était un hystérique.

Tels sont, Messieurs, les titres du candidat qui vient de frapper à votre porte. J'espère que vos suffrages ratifieront les conclusions de votre Commission : elle vous propose de nommer M. Colin membre correspondant de notre Société.

Conformément à ces conclusions, M. Colin est nommé membre correspondant à la majorité des membres présents.

*Rapport sur l'ouvrage de M. Silvio Venturi : « Les dégénérescences psycho-sexuelles dans la vie des individus et dans l'histoire de la société. »*

M. MOREAU (de Tours). — Notre éminent collègue, le Dr S. Venturi, vient de publier un ouvrage des plus importants sur les *dégénérescences psycho-sexuelles*. Il y expose, avec le talent qu'on retrouve dans toutes ses œuvres, ses idées scientifiques qui, en certains points, diffèrent des données communément admises en psychiatrie.

La psychiatrie, envisageant les altérations fonctionnelles qui constituent les symptômes des maladies de l'esprit, ne les considère en rapport exact au fait pratique qu'autant que l'homme est malade et que ces altérations démontrent sa faiblesse dans la lutte qu'il doit soutenir contre la société et le milieu où il vit. Cette science regarde l'individu comme une entité inerte et ne tient pas compte de la valeur biologique de ces symptômes. Sans étudier l'homme malade, elle fait une entité abstraite des maladies elles-mêmes.

M. Venturi croit que les symptômes de la maladie mentale doivent être considérés sous le double rapport de la nature et du processus des altérations qu'ils ont causées, ainsi que du préjudice qu'ils apportent chez l'individu par l'altération des fonctions dans la lutte active ou défensive de l'existence.

La psychiatrie limite l'étude de l'homme au cours de sa vie, tandis qu'il n'est qu'un point transitoire, mais absolument nécessaire, dans la série animale où, luttant pour lui-même, il lutte aussi pour l'espèce entière à laquelle il appartient. Les maladies cependant ne sont pas envisagées sous le rapport de l'inaptitude qu'elles apportent dans la lutte pour la vie de l'individu et de l'espèce elle-même. L'auteur, considérant la nature et le processus des états psychopathiques, évaluant la valeur biologique des maladies mentales, étudie parallèlement la vie organique, psychique et sexuelle, et, dans les inévitables analogies des altérations respectives, trouve la raison d'être de la maladie, c'est-à-dire une incapacité

plus ou moins considérable à la lutte pour la vie chez l'homme comme dans l'espèce.

La psychiatrie étudie les individus en eux-mêmes, tandis que dans leur variété d'attitudes ou de tendances, ils sont partie intégrante et coordonnée d'un tout organique, le corps social ; d'où il suit que l'attitude d'un individu déterminé, proportionnée aux intérêts de l'individualité, peut être regardée comme un élément utile et nécessaire de la vie sociale. M. Venturi est convaincu que la psychiatrie doit nécessairement faire partie de l'étude de la sociologie de l'évolution anthropologique et civile de l'individu, de l'évolution phlogénétique et de l'histoire ou des mœurs du monde où il vit. La critique de l'histoire civile de la société atteint des critères biologiques qui ont leur base dans les analogies des changements de la vie sociale avec la vie individuelle, en tenant compte toutefois que l'organisme social est la résultante des variétés individuelles et non celles d'une moyenne. Ainsi, on appréciera à leur juste valeur civile et biologique, l'homme criminel et l'homme de génie, qui, considérés en eux-mêmes, constituent une entité privée, de vie, d'action, de contour.

La psychiatrie considère les maladies de l'esprit comme des déviations de l'état normal des facultés. En agissant ainsi, on suppose dans la folie un mécanisme nouveau d'action, hypothétique, en dehors des lois naturelles et qui, en réalité, n'existe pas. La folie, au contraire, répond à autant de variations qu'il y a de faits anormaux dans les différents moments de l'évolution parabolique ou des nécessités de la vie de l'individu ou du corps social. Seulement, dans quelques cas, la folie est un effet d'équilibre transitoire d'action dans les éléments psychiques. C'est pourquoi notre collègue est convaincu que toutes les maladies mentales peuvent être contenues dans une classification naturelle du premier groupe répondant à « l'immaturité de l'esprit ou aliénations mentales évolutives », comprendrait tous les degrés et toutes les formes de l'imbécillité. Un second groupe, sénilité de l'esprit ou aliénations mentales involutives, réunirait toutes les formes de la folie acquise ; un troisième enfin, « monstruosités de l'esprit ou aliénations mentales, de forme dégénérative, comprend la

criminalité et le génie, qui sont liés étroitement aux formes psychopathiques isolées de leurs bases, épilepsie, hystérie, immoralité ; outre ces états, il en est qu'on pourrait considérer comme des déséquilibrations de l'esprit, parce qu'ils résultent d'une désharmonie d'action passagère et anormale entre les éléments de la vie psychique, sans répondre à aucune variation naturelle dans le cours de la vie individuelle et sociale. Telles seraient les folies dites transitoires et réflexes, et leurs éléments, automatismes et réflexes psychiques.

La psychiatrie limite son étude des maladies à leur actualité et à leurs causes. L'auteur insiste sur l'évolution qui se produit dans leur terminaison, évolution par laquelle s'établissent les rapports de causalité et de consentement. Ce défaut de direction générale qu'on peut reprocher à la psychiatrie s'adresse en grande partie à l'anthropologie criminelle qui étudie l'homme délinquant dans ses rapports d'origine avec la philogénèse humaine et dans son action dans le milieu social où il vit : elle a pourtant, elle aussi, une idée des dégénérescences morales qui se rencontrent chez le délinquant comme chez l'homme de génie, et les font considérer comme des produits dégénératifs, comme des *capita mortua*.

L'ouvrage de M. Venturi est divisé en trois parties :

Dans la première, comme base de tout le travail, il développe la connaissance de l'évolution et du fonctionnement psychique de l'homme, dans la puissance directe des fonctions et des moyens à l'aide desquels l'individu lutte et se défend *dans le milieu social où il vit*. Puisque la vie psychique de l'homme est reflétée, dans les plus grandes circonstances de son évolution, dans son intensité, dans ses variations et dans ses désharmonies par la vie sexuelle, il admet que la connaissance des conditions dans lesquelles s'exerce la vie sexuelle, reflète les conditions dans lesquelles l'homme exerce la fonction psychique et la lutte qu'il a à soutenir dans son intérêt et sa conservation, organique et sociale. C'est pourquoi il intitule sa première partie : *Physiologie de l'amour*.

Dans la deuxième partie, l'auteur met en relief les différentes formes d'aliénation mentale dans lesquelles les altérations psychiques, tant sous le rapport des

fonctions que dans les moyens offensifs et défensifs des luttes respectives (moyens de la vie de relation), sont comme le miroir fidèle d'autres altérations de la vie sexuelle, dans ses fonctions directes et dans les moyens des luttes sexuelles. Cette seconde partie est intitulée : *Pathologie de l'esprit et de l'amour.*

Dans la classification qu'il adopte, M. Venturi établit seulement des distinctions générales, car il ne méconnaît nullement l'avantage des traités spéciaux où ces questions sont envisagées à un point de vue plus minutieux.

Dans la troisième partie, il s'occupe de la physiopathologie du corps social, spécialement au point de vue de l'évolution civile, de la nature et des variations de la vie, opposée à la vie de l'individu. La société, comme les individus, parcourt une courbe dont l'examen de chacune de ses manifestations sert à fixer l'âge. Appliquant le critérium du progrès des sciences à la connaissance de la physiologie et de la pathologie psychique individuelle, à la connaissance de la physiologie et de la pathologie de la vie sexuelle de chaque individu, l'auteur arrive à tracer, par une méthode analogue de critique de l'histoire des peuples, les bases d'un jugement sur les conditions actuelles de leur existence et à pronostiquer ce qui doit arriver. Cette troisième partie a pour titre : *Jugements biologiques de critique historique.*

Tel est, en quelques mots, le plan du travail de notre éminent confrère, travail qui sera lu avec le plus grand profit par tous ceux qui portent intérêt aux questions psychologiques.

#### *Les aliénés à séquestrations multipliées.*

M. CHARPENTIER. — Les séquestrations nombreuses d'un même individu dans un asile d'aliénés par des placements d'office, doivent être considérées comme un signe de vices bien plus que comme l'indice de folie ; telle est l'idée fondamentale de la communication que nous avons, messieurs, l'honneur de vous soumettre et dont nous vous prions de vouloir bien excuser les nombreuses réflexions qu'elle nous a inspirées.

Il nous arrive assez souvent de recevoir dans notre service de Bicêtre des sujets qui sont loin d'en être à

leur première séquestration. Avec un peu d'habitude on peut soupçonner, rien qu'à examiner leur manière de se présenter, de s'asseoir, d'attendre les questions et d'y répondre, que ce sont d'anciens habitués d'asiles. Nous avons même fini par remarquer entre eux comme un certain air de famille, sans vouloir faire allusion aux stigmates physiques ou psychiques devenus à la mode depuis quelques années. Préoccupés de cette similitude, nous avons examiné minutieusement leurs dossiers ; nous avons fait plus : nous avons dépouillé tous les dossiers des aliénés qui, depuis 1840, avaient été séquestrés à Bicêtre au moins cinq fois ; nous avons ainsi trouvé des dossiers contenant jusqu'à quatorze et même quinze séquestrations pour un même sujet.

Un premier examen rapide nous a facilement permis de remarquer que les aliénés qui faisaient l'objet de pareils dossiers se ressemblaient entre eux, grâce à un grand nombre de caractères communs et que ces caractères communs étaient les mêmes que ceux de nos sujets actuels qui ont été aussi l'objet de nombreuses séquestrations.

Malgré les changements nombreux qui sont venus modifier la population parisienne, les sujets qui nous occupent n'ont pas changé ; leur évolution est restée la même, à quarante ans de distance. Qui a lu vingt de ces dossiers les a lus tous. Les caractères communs qu'ils présentent sont très nombreux :

Le premier, qui est celui qui a fixé notre attention et dirigé nos recherches, c'est la multiplicité des séquestrations.

Le second caractère consiste dans la similitude du certificat déterminant à la préfecture de police la première séquestration. Qu'il soit signé Trélat, Chambert, Lasègue, Faure, Legrand du Saulle, J. Voisin, ou bien Garnier ou Legras, il mentionne avec quelques variantes de détails : délire épileptique ; excès alcooliques ou délire alcoolique ; hébétude, semi-stupeur, confusion dans les idées ; réponses vagues ; amnésie. Le motif de l'arrestation n'y est pas mentionné, sauf le cas de condamnation ou d'expertise.

A Sainte-Anne, depuis que Sainte-Anne fonctionne, le certificat immédiat est le même, ainsi qu'à Bicêtre ;

mais il n'en est pas ainsi du certificat de quinzaine de Bicêtre ; celui-ci, en général, peut être ainsi résumé : amélioration, le malade n'a pas eu de crises, ni de vertige ; la stupeur a disparu, le souvenir n'est pas revenu ; le malade est calme et demande à travailler ; parfois on note une crise les deux premiers jours. Au bout de six semaines, deux mois, le malade réclame sa liberté ; la famille se charge de le surveiller et la sortie est accordée par l'Administration.

Cela se passe ainsi depuis 1840.

Parfois, les certificats motivant les denxième, troisième, quatrième séquestrations sont encore conçus dans les mêmes termes à la préfecture de police et à Sainte-Anne. D'ailleurs, à Sainte-Anne, quand un malade en est à sa troisième séquestration, le bureau d'admission n'attend pas quinze jours pour l'observer et se hâte, dès les premiers jours, de l'expédier dans d'autres services ; et souvent à Bicêtre, le certificat immédiat constate l'absence de tout délire, dès le premier jour de l'admission. Cependant à la préfecture de police, le certificat motivant la deuxième séquestration, quoique conçu dans les mêmes termes que le précédent, indique en une courte ligne un détail qui n'en est pas moins extrêmement important, c'est le motif de l'arrestation : vol, coups et blessures, scandale ou vagabondage.

Nous avons toutefois rencontré quelques rares dossiers où, jusqu'à la septième séquestration, aucun délit n'était mentionné ; mais alors le huitième certificat indiquait treize condamnations antérieures, ce qui faisait compensation. Dans d'autres circonstances, c'était une lettre administrative qui révélait ces faits au médecin de Bicêtre, lorsque celui-ci venait proposer une huitième mise en liberté.

Séquestrations multiples, uniformité du certificat de première séquestration, nulle mention de délit dans ce certificat, amnésie des faits récents expliqués par un délire, réponses vagues expliquées par la stupeur consecutive, le tout imputé à l'épilepsie et à l'alcool, voici autant de caractères communs aux sujets qui nous occupent ; mais il en est d'autres encore : ce sont les délit relevés à propos des séquestrations successives, délit variés ou non, allant même souvent, par degrés,

de l'ivresse, du vagabondage ou de la mendicité aux rébellions et outrages aux agents, au vol, à l'escroquerie, aux outrages aux mœurs ou attentats à la pudeur, aux menaces de mort et aux tentatives d'assassinat.

Nous ne voulons pas dire que tous ces sujets commettent tous ces délits, ni qu'ils les commettent tous dans le même ordre de succession, quoique nos dossiers en contiennent des exemples. De même que tous les phthisiques, avant de succomber, ne présentent pas tous les symptômes de la tuberculose pulmonaire, ni non plus ceux-ci dans le même ordre d'apparition, de même nos sujets ne suivent pas tous une marche réglée d'avance dans les actes délictueux qu'ils commettent, ce qui n'empêche pas l'ensemble de ces délits, de constituer un caractère commun à ceux dont les séquestrations ont été très nombreuses.

D'autres caractères communs aux mêmes individus sont observables à l'intérieur de l'asile, d'autant plus marqués que le nombre de leurs séquestrations augmente. S'ils abandonnent vite les premiers jours leur stupeur apparente, on les voit se rechercher toujours entre eux et se grouper ; d'où, les complots et émeutes ; ils ont des mouvements subits d'irascibilité que l'on veut bien dénommer impulsions inconscientes ou irrésistibles, mais qui se traduisent par des menaces insolentes ou des brutalités exercées sur des infirmiers ou sur d'inoffensifs malades ; ils commettent des vols aux dépens des malades confiants ; ils sont volontaires, fantasques, capricieux ou très obséquieux ; ils sont toujours mécontents de leur salaire quand ils travaillent ; ils écrivent à certains de leurs parents, des lettres de menace ; aux fonctionnaires, des accusations calomnieuses ; au directeur de l'hôpital, des demandes pour être employés aux écritures ; au médecin, des lettres dans lesquelles ils manifestent le désir de s'expatrier et de recommencer, loin de la France, une vie honnête ; tout comme leurs pendant dans le sexe féminin rêvent toujours de se faire une nouvelle virginité.

Ils présentent encore un fait commun que nous avons retrouvé chez presque tous : c'est la tendance aux évasions et la fréquence de leurs évasions ; celles-ci sont prémeditées ordinairement ; elles coïncident avec les

premiers jours de l'année, avec des jours de fête, avec des jours promis par le médecin, comme jours de sortie définitive, pour leur faire prendre patience ou, à la suite de requêtes adressées par ces malades et suivies de certificats concluant au maintien ; elles sont rarement isolées et se suivent à quelques jours d'intervalle ; elles surviennent par séries ; leurs évasions sont plus fréquentes que celles des vrais épileptiques et que celles des persécutés.

Nombre de ces individus, même placés à la Sûreté, se sont évadés.

Nous avons encore relevé trois autres faits très fréquents chez ces mêmes sujets, et qui, au début de nos recherches, nous ont fort embarrassés. Ce sont, ainsi que l'indiquent les certificats, les tentatives de suicide, la déclaration volontaire à un poste de police qu'ils sont poursuivis par des ennemis qui les menacent, et leur arrestation dans la rue, criant, gesticulant, ou la nuit sur un banc en partie déshabillés. Pendant très longtemps nous nous étions habitués à considérer de tels actes comme caractéristiques de véritable folie et surtout de la folie alcoolique ou épileptique ; mais l'examen des dossiers des vétérans du vice, dont le nombre des séquestrations dépasse la dizaine, est venu jeter un jour nouveau sur ces actes souvent mentionnés dans les premières séquestrations. De même que l'observation attentive de l'évolution complète, du début à la terminaison, des maladies telles que la phtisie pulmonaire, le cancer de l'estomac, l'ataxie locomotrice, permet de mieux saisir les formes frustes, atténuees ou de début de ces mêmes maladies, de même les dossiers des séquestrations très nombreuses nous apparaissent comme l'évolution plus complète des dossiers à séquestrations limitées au nombre de trois, quatre ou cinq.

Le vice, chez ces sujets, ne reste pas stationnaire ; il évolue, il se développe et arrive à une période que nous appellerions volontiers période de cynisme, et qui pourrait, en quelque sorte, être comparée à la période de mégalomanie consécutive au délire systématisé de persécution, sans oublier toutefois que ce cynisme, tout comme ces idées de grandeur, remontent parfois à la jeunesse de l'individu. Quand nos sujets arrivent à cette période

de cynisme, ils déclarent ouvertement au médecin que leurs anciennes tentatives de suicide avaient été simulées, que ces déclarations d'ennemis imaginaires étaient de leur invention et fausses, que la folie incohérente qu'ils avaient imaginée n'était pas réelle. Ils n'avaient recours, et certains le témoignent dans des écrits qui sont restés consignés à leurs dossiers, à de tels moyens que lorsque, après un délit commis, ils craignaient d'être arrêtés, ou ils espéraient détourner la culpabilité qui leur serait imputée grâce à ces comédies qui leur réussissaient assez souvent.

La vérité est que, dans leurs dossiers, nous n'avons jamais trouvé mentionnée une mort par suicide, et que souvent le médecin traitant indique bien que le malade a tenté de se suicider, mais que la tentative ne lui a pas paru sérieuse, et il ajoute parfois que cette tentative déjouée permet de suspecter les tentatives mentionnées dans les premiers certificats. Nous avons remarqué que lorsque les certificats des médecins de la Préfecture de police mentionnent le genre de tentative de suicide, il s'agit, pour ces sujets, de breuvages phosphorés, de strangulation, pendaison, submersion ; très rarement l'emploi d'instruments tranchants ou d'armes à feu y est mentionné ; il en est de même de l'asphyxie par le charbon ; n'oublions pas que nos individus appartiennent au sexe masculin.

Legrand du Saulle avait le soin de découper et de recueillir dans les dossiers les extraits des faits-divers des journaux relatifs à ses aliénés. C'est ainsi que nous avons retrouvé souvent la même phrase prononcée par eux au moment de leur arrestation : « Je me moque de la police ; je me ferai, comme les autres fois, passer pour fou, et les médecins finiront bien par me mettre en liberté. »

Nous retrouvons chez ces mêmes individus, dans leurs certificats, un autre fait commun par sa fréquence et bien digne de remarque, en raison de son importance. Les certificats des premières séquestrations indiquent l'épilepsie et l'alcoolisme. A Bicêtre, l'épilepsie n'est pas constatée, à part une crise citée les deux premiers jours sur la foi des infirmiers ; mais le certificat de sortie est net à cet égard et exprime que le malade n'a présenté

ni attaque ni vertige depuis son entrée et parfois aucun trouble mental. A partir de la quatrième ou de la cinquième séquestration, les certificats de la préfecture de police continuent à mentionner : alcoolisme, excès alcooliques ou même alcoolisme chronique ; mais l'épilepsie n'y est plus représentée que par la mention : anciennes attaques épileptiques, ou bien : aurait été épileptique. Ce fait est très important, car il y aurait chez ces individus un développement contraire aux enseignements de la clinique ; la clinique, en effet, nous enseigne que l'alcoolisme agrave l'épilepsie, que celle-ci s'accentue si l'alcoolisme continue, et que la démence survient plus rapidement. Mais ces sujets ne deviennent jamais déments, l'épilepsie disparaît et l'alcoolisme persiste. Nos sujets à séquestrations multiples offriront donc ce caractère exceptionnel de devenir plus alcooliques et moins épileptiques. Ce que nous venons de dire n'a pas pour but de critiquer les certificats médicaux de nos collègues ; la possibilité de telles méprises est inévitable, étant données les conditions d'examen, au Dépôt de la préfecture ; le grand nombre d'individus à examiner dans un espace de temps restreint, avec renseignements souvent incomplets, parfois inexacts et quelquefois nuls. Si habile et si expert que l'on soit, la surprise est possible, si surtout on a affaire à des individus qui savent que la surprise peut avoir lieu. Notre but, au contraire, est de réclamer pour les médecins de la préfecture de police un véritable service d'hôpital, fonctionnant comme celui du bureau central d'admission de Sainte-Anne, et surtout fonctionnant mieux, car, comme nous le disions plus haut, à part la première séquestration, ce n'est que par exception que les sujets à séquestrations multiples y séjournent plus de trois ou quatre jours, ce qui explique l'uniformité du certificat de Sainte-Anne, qui est tellement stéréotypé qu'avant la deuxième ligne, nous avons deviné la signature. C'est pour de tels sujets que les quinze jours doivent être considérés comme un minimum d'observation et que le certificat de quinzaine doit être absolument exigé.

Félix Voisin a cité souvent dans ses certificats la simulation de l'épilepsie. Legrand du Saulle qui, parfois, voyait un individu au Dépôt de la préfecture et

quinze jours après dans son service de Bicêtre, s'est laissé prendre au piège plus d'une fois ; mais il ne craignait pas, après avoir certifié que son sujet examiné à la préfecture de police était épileptique, de déclarer que le même sujet n'en avait présenté aucun symptôme à son service, et, parfois, il ajoutait, en s'appuyant sur d'autres circonstances, que tout le portait à croire à la simulation de l'épilepsie. Nous n'avons jamais vu, dans les certificats de ces individus, indiquée la morsure de langue et nous savons avec quels soins ce signe est relaté chaque fois qu'il est constaté, du moins, à la préfecture de police.

Ces sujets simulent donc l'épilepsie, mais ils s'en lassent bientôt, car leur expérience des asiles ne tarde pas à leur montrer qu'il est plus facile de simuler l'incohérence, l'agitation, les idées vagues de grandeur et de persécution avec ou sans hallucinations ; en tous cas, ce qu'ils simulent aisément, c'est le refus d'aliments, le refus de tabac s'ils sont fumeurs et surtout le refus d'être mis en liberté. L'année dernière, M. Froment, dans un travail sur la simulation, citait l'exemple d'un de ses malades qui avait été autrefois dans notre service à la Sûreté, dans le même préau qu'un vieux persécuté aux hallucinations et interprétations délirantes systématisées ; son malade, qui était jeune et n'était qu'un vieillard, avait emprunté le délire du vieux persécuté, et c'est la jeunesse seule du sujet, contrastant avec un délire trop stéréotypé pour appartenir à cet âge, qui a permis à notre confrère de dépister la ruse et d'en reconnaître l'origine.

Avec l'expérience, ces individus simulent aussi des idées de grandeur, se disent inventeurs, inspirés par une mission divine, destinés à régénérer leur pays, c'est un pur délire fictif ; mais ce qui peut tromper l'observateur, c'est qu'à côté il y a chez eux une perversion morale remontant souvent à la jeunesse, se traduisant, d'abord, par la haine contre les sergents de ville, les commissaires de police et la Préfecture, puis, contre les magistrats, les médecins et les asiles d'aliénés, souvent alors ou plus tard, contre leurs parents, quoique ceux-ci aient réclamé vivement leurs sorties lors des premières séquestrations, et finalement, contre l'État, le gouver-

nement, la société. C'est le miséonisme dans sa période de complet épanouissement. Si l'observateur prend une telle perversion morale pour de la folie, tandis qu'elle n'est que le couronnement du vice, il tient alors pour vraies et réelles les divagations simulées et voulues de ces mêmes sujets sur les idées de persécution et de grandeur.

Mais, en réalité, il n'y a que l'union de mensonges et de divagations simulées à un état moral, qui n'a de pathologique que le nom qu'on veut bien lui donner. Nous l'avons déjà dit et on l'a bien longtemps répété avant nous.

Le vice, la passion et la folie peuvent se trouver réunis chez un même individu; mais le vice et la passion ne sont pas de la folie, et existent souvent sans folie.

Que deviennent ces sujets à séquestrations multipliées? Nous ne le savons pas; ce que nous pouvons dire, c'est qu'ils ne meurent pas dans notre service et il est plus que probable qu'ils ne meurent pas dans les autres services d'aliénés; ils finissent toujours par quitter notre service, ou mis en liberté, ou enlevés par les autorités administratives et judiciaires. Nous ne les voyons jamais figurer dans le contingent des déments séniles. Au contraire, souvent des jeunes vicieux tombent rapidement dans la démence précoce, comme M. Falret l'a très bien fait remarquer, ou encore sont enlevés par une phtisie rapide : les premiers, parce que leur capacité intellectuelle ne peut suivre les exigences du vice dans son développement; les autres, parce que leur capacité respiratoire ne peut continuer à subvenir aux combustions de l'organisme épuisé par les excès vicieux de tout genre.

On a dit que quiconque simulait la folie était déjà un peu fou. Si cette opinion pouvait être accréditée dans le monde des simulateurs, nous n'y verrions aucun inconvénient à l'admettre; mais comme la simulation n'est pas exclusive de l'intelligence, nous n'y pouvons souscrire.

En définitive, que sont les sujets qui nous préoccupent, en raison de la multiplicité de leurs séquestrations dans nos asiles? Sont-ce des aliénés?

A voir le nombre et la variété des dénominations contenues dans leurs certificats, l'embarras est grand pour

les classer ; tour à tour, ils figurent dans l'épilepsie, le délire alcoolique, l'excitation maniaque, la fureur, la mélancolie agitée ou dépressive, dans les idées confuses de persécution ou de grandeur. Il est même curieux, en parcourant leurs dossiers depuis 1840 jusqu'à nos jours, de voir que les noms qu'ils reçoivent reflètent la succession des efforts scientifiques tentés en pathologie mentale. Jusqu'en 1855, quand ils ont plus de trois séquestrations, ils sont désignés sous le nom de manie chronique ; avec Lasègue, ils reçoivent alors le nom de manie, folie intermitteuse, folie rémittente ; le même aliéniste en fait plus tard des cérébraux, ou bien il trouve qu'ils ont éprouvé autrefois des traumatismes craniens. Avec Legrand du Saulle, ils sont dénommés épilepsie larvée, délire vertigineux. Bourneville leur applique l'épithète d'instables.

C'est un côté incontestable de leur caractère, mais ce n'est qu'un côté. Morel, bien entendu, en avait fait des folies héréditaires ; Bigot les a fait entrer dans ses formes raisonnantes de la folie ; pour certains, l'alcoolisme s'est appelé dipsomanie. Avec Magnan, Garnier, Legrain, Saury, ils deviennent des dégénérés ; quand l'hystérie mâle a été mise au jour par Charcot, nous avons espéré que c'étaient des hystériques mâles ; nous avons essayé de les hypnotiser, ils simulaient le sommeil et quand nous leur témoignions qu'ils étaient des imposteurs, ils nous répondraient par un éclat de rire, un pied de nez ou quelque autre extravagance gesticulée ; la recherche des zones était toujours fort mal reçue ; beaucoup étaient anesthésiques parce qu'ils le voulaient bien et non par suggestion.

Nous leur avons donné souvent le nom de folie morale ; quand on songe aux discordances des psychologues sur la morale, si ces sujets ne sont pas atteints d'une variété de folie, ils présentent au moins une morale particulière, pourvu que ce ne soit pas la morale de l'avenir !

Si l'on remarque leur tendance à nier le bien, le mal, le vrai, à nier leurs délits et la justice de leurs condamnations, peut-être ira-t-on jusqu'à les faire figurer, à titre de variété, dans le fameux délire de négation, qui nous paraît en train de prendre son envolée.

Mais à quoi bon, comme disait Rabelais, se matagra-

boliser la cervelle à tenter de décorer d'un terme scientifique emprunté à la pathologie mentale un état qui, pour psychologique qu'il soit, n'est point pathologique du tout.

•Ce qu'ils ne peuvent nier, et là-dessus nous sommes tous d'accord, ce sont leurs habitudes alcooliques. Ceci est hors de doute, ce sont tous des ivrognes.

Et cependant combien d'ivrognes ont un domicile connu, un vrai nom, une profession réelle, ne causent aucun désordre dans la rue et rentrent tranquillement chez eux, sans éveiller ni leur concierge, ni même leur ménage ! Chez nos sujets, leur ivresse est toujours accompagnée de ces circonstances opposées qui constituent précisément les motifs de leur arrestation.

Ils ont l'ivresse mauvaise conseillère ; reste à savoir si, en dehors de l'état d'ivresse, ils sont accessibles aux bons conseils et surtout s'ils se les assimilent. Il y a beaucoup de préjugés et d'erreurs sur les effets de l'alcool. L'alcool n'a jamais fait parler hébreu un individu qui ne possédait aucun mot de la langue hébraïque. L'alcool intervient dans l'éclosion et le développement des germes des sentiments, des idées et des actes ; il reste étranger à la genèse de leurs germes mêmes. L'alcool ne fait pas naître des bonnes ou des mauvaises idées ; il se borne à mettre au jour ce qui était à l'état latent ; c'est l'engrais qui ne fait naître de plantes dans le sol qu'à la condition que les graines de ces plantes y soient déposées. Pour en revenir à nos sujets, ils sont vicieux même en dehors de l'ivresse, mais plus circonspects ; l'ivresse émousse leur circonspection, mais, même pour ceux qui admettent le libre arbitre, la circonspection et le libre arbitre sont deux états ou deux actes différents ; les termes qui les désignent suffisent pour les distinguer ; il est donc prudent de les reconnaître comme responsables, sinon comme punissables, car la punition, en dehors de son action immédiate, n'a pas sur eux d'effet sérieux ni durable. Elle ne les améliore pas.

La loi Bérenger nous a fait espérer qu'appliquée à de tels sujets débutants, elle remplirait avantageusement la première séquestration, celle où le certificat ne mentionne pas le délit et dispenserait de les envoyer dans

nos services. Certes, de tels sujets préféreront simuler le repentir et l'honnêteté plutôt que la folie, en présence du bienfait de cette loi, la liberté. Si, au contraire, ils étaient prévoyants, à longue portée, ce qui est peu à craindre en raison de leur tendance extrême à satisfaire immédiatement leurs désirs, ils préféreraient être considérés comme aliénés, car pour des délits ultérieurs, ils pourraient toujours exciper de leur première séquestration pour revendiquer l'irresponsabilité ; ils préfèrent l'asile à la prison, mais la liberté à l'asile. Si en prison ils simulent la folie, à l'asile ils simulent l'honnêteté ; tout trait morbide disparaît ; nous sommes obligés de les considérer guéris d'une maladie que trop souvent ils n'ont pas eue et, sous peine de violer la loi, de ne pas les garder ; nous savons pourtant bien qu'ils reviendront ; ces mises en liberté sont, en quelque sorte, des vacances qui leur sont accordées, mais quelles vacances pour la société à laquelle ils sont rendus ! D'ailleurs, ils sont presque toujours, en cas de délits nouveaux, considérés comme nos pensionnaires par les autorités administratives et judiciaires, qui ne se gênent pas pour nous les renvoyer.

N'y a-t-il donc pas moyen de faire autrement que de les séquestrer dans nos services ? Nous avons interrogé l'histoire et celle-ci nous a répondu que cela avait été possible. Quand nous disons que nous avons interrogé l'histoire, nous sommes très prétentieux, car nos recherches n'ont pas remonté au delà de 1776, époque la plus reculée que nous ayons trouvée dans les registres de Bicêtre relatifs aux aliénés qui ont été séquestrés dans cet asile.

C'est ainsi que nous avons trouvé que l'on a reçu à Bicêtre :

En 17 ans . . . . .	de 1776 à 1793	23 aliénés.
En 22 ans . . . . .	de 1793 à 1815	314 —
En 5 ans . . . . .	de 1815 à 1820	300 —
— . . . . .	de 1820 à 1825	819 —
— . . . . .	de 1825 à 1830	1,869 —
— . . . . .	de 1830 à 1835	1,828 —
En 3 ans . . . . .	de 1835 à 1838	1,449 —
En 1 an . . . . .	de 1838 à 1839	945 —
En 6 ans . . . . .	de 1838 à 1843	2,474 —
— . . . . .	de 1843 à 1848	2,940 —

C'est à partir de 1820 que l'on voit figurer les ivrognes, et de 1826 les hémiplégiques dans le service d'aliénés ; les ivrognes augmentent graduellement de nombre à partir de 1820, et en même temps on voit graduellement se multiplier les évasions et les réintégrations qui étaient nulles de 1776 à 1793, extrêmement rares de 1793 à 1815 ; les séquestrations multipliées progressent avec le chiffre des ivrognes enfermés comme aliénés. C'est vers l'époque de la loi tutélaire de 1838 que l'accroissement s'accentua le plus pour l'ivrognerie, les évasions et les réintégrations nombreuses.

C'est qu'en effet, l'article 64 du Code pénal visant l'irresponsabilité était plus net dans ses termes qu'on n'a bien voulu le dire depuis.

Étaient irresponsables, d'après cet article, ceux qui avaient été entraînés par une force à laquelle ils n'avaient pu résister. A ce moment, les esprits sages ne se laissaient pas hanter par l'hypnotisme, ni la magie, ni les impulsions irrésistibles ; au point de vue de l'état mental, le législateur n'admettait que la démence, termes sur lequel les juristes ont beaucoup ergoté depuis ; le législateur n'avait prononcé ni le mot ivresse, ni le mot passion, ni même le mot folie, et il avait eu raison ; il n'avait pas prononcé les mots imbécillité et fureur habituelle, expressions qu'on a voulu plus tard faire entrer dans la dénomination de démence ; cependant, il n'ignorait pas ces termes ni leur valeur, puisque, à l'article 490 du Code civil, il fait figurer non seulement la démence, mais aussi l'imbécillité et la fureur habituelle comme motifs d'interdiction, tandis qu'à l'article 62 du Code pénal visant l'irresponsabilité, il se borne à indiquer la démence seule.

Les ivrognes, les vicieux, les passionnés, les furieux, en tant que n'étant pas en état de démence, étaient donc, en cas de délits, enfermés ailleurs que dans les asiles d'aliénés ; il en était de même des aliénés persécutés et du délire de persécution, car ainsi que M. Falret le faisait remarquer, on ne trouve pas dans les écrits des anciens aliénistes de description de cette forme de folie. Que s'est-il donc passé de 1820 à 1838, époque de cette loi, destinée à satisfaire l'opinion publique ? Il s'est passé un phénomène inverse de celui qui

se passe de 1838 jusqu'à nos jours. De 1820 à 1838, les vicieux, les ivrognes détenus dans les prisons ont simulé de plus en plus la folie ; de plus, quand un persécuteur commettait un délit pour fixer l'attention publique sur lui, poussait des cris ou apposait des placards séditieux, on ne considérait que les délits et on les punissait. Au dehors, les ennemis de tout gouvernement, qui ont toujours existé et qui ont tant de caractères communs avec nos sujets à séquestrations multiples qu'ils les considèrent comme des frères, répandaient partout que les prisons étaient pleines d'aliénés. Depuis la loi de 1838, les mêmes plaintes se font entendre pour les mêmes individus, mais en sens inverse.

Comme ces mêmes individus ont passé de la prison à l'asile, leurs amis prétendent qu'ils ne sont pas fous, et que l'on enferme dans les asiles d'aliénés des gens qui ne sont pas aliénés, et souvent nous sommes tentés de leur répondre en songeant à nos sujets à séquestrations multiples : « Vous avez raison, ce sont des gens comme vous, ils ne sont pas fous ; ce sont des coquins et des imbéciles dont la place est ailleurs que dans nos asiles, dont ils viennent troubler la tranquillité et l'ordre si nécessaire au traitement des maladies mentales, mais leur place n'est pas non plus à l'état libre dans une société civilisée. » Ce sont donc les mêmes sujets vicieux et leur même coterie qui, après avoir fait taxer l'article 64 du Code pénal de cruauté, ont entraîné la loi de 1838 sur les aliénés, loi qu'ils tentent dès maintenant de faire passer pour loi illusoire, alors qu'on ne pourrait que lui reprocher d'avoir été trop bienfaisante pour ceux-là même qui l'ont attaquée.

Dans l'état actuel des choses, plus un individu mis en état d'arrestation a été un plus grand nombre de fois séquestré dans un asile d'aliénés, moindre est l'hésitation pour, en cas de délit nouveau, le considérer comme aliéné, comme irresponsable et pour le renvoyer à l'asile.

Si nous sommes parvenus à établir que les individus le plus souvent séquestrés étaient les plus sujets à caution au point de vue de l'aliénation mentale, que c'étaient des vicieux, des simulateurs, de véritables délinquants, il faut en conclure que les séquestrations nombreuses

doivent être considérées comme un véritable signe du vice, et les signaler aux autorités administratives et judiciaires comme une circonstance aggravante et non atténuante.

Si, au contraire, de pareils sujets doivent continuer à être considérés comme aliénés, ils doivent être placés dans une section spéciale, dans un service spécial et à n'en plus sortir. Les nouveaux projets de loi s'occupent des aliénés dangereux, mais ils ont oublié de préciser ce que c'était qu'un aliéné dangereux ; nous serions heureux de voir les sujets à séquestrations nombreuses être assimilés aux aliénés dangereux.

Toute absence de définition dans un texte de loi est certainement défectiveuse, et à cette occasion nous remarquons que si le Code n'a pas défini le mot démence, la loi de 1838 également n'a pas défini le mot aliéné, non plus que les nouveaux projets, et à cet égard le dernier rapport de 1892, déposé par M. Ernest Lafont, rapporteur, sur le régime des aliénés (séance du 21 décembre 1891), est loin de constituer un progrès en substituant le nom d'Établissements pour maladies mentales à celui d'établissements d'aliénés ; il serait nécessaire que dans le nouveau texte, le terme maladies mentales fut défini ou représenté par une énumération des maladies qu'il comprend. Avec les somnambules, les hypnotisés, les voleurs à l'étalage, les exhibitionnistes et les ivrognes, les vagabonds, les mendians et les criminels par passion, il est à craindre que le vice ne finisse par être considéré comme une maladie et que les sept péchés capitaux ne soient érigées en autant de maladies mentales. Il vaut mieux adresser des critiques à une loi avant sa promulgation, que de la dénigrer alors qu'il ne reste plus qu'à lui obéir.

M. CHRISTIAN.— Si on résumait en une seule proposition le spirituel travail de M. Charpentier, on arriverait à cette conclusion : tout aliéné qui a un grand nombre d'accès de courte durée, cesse d'être un aliéné. M. Charpentier semble, en effet, les considérer comme des simulateurs. Ce sont cependant ou des simulateurs ou des aliénés, il faut choisir. Il y en a, je le reconnaît, qui sont des vicieux, des simulateurs, mais ceux-là on ne les garde pas dans les asiles, on les élimine. Quant à

ceux qui ont des accès, des alcooliques, des épileptiques par exemple, et qui peuvent vivre chez eux, ils peuvent être pris à l'improviste d'accès qui déterminent leur arrestation, et on les amène alors au Dépôt. Si tous leurs certificats sont identiques, quel que soit le médecin qui les ait signés, cela prouve précisément qu'il s'agit bien là d'un cas morbide défini.

M. Charpentier s'étonne qu'on dise tantôt épilepsie, alcoolisme, ou délire de persécution. Mais il sait aussi bien que personne qu'un alcoolique peut, en effet, se présenter d'une façon toute différente suivant les cas, et la diversité des certificats ne prouve rien, sinon qu'ils ont été vus pendant qu'un symptôme prédominait sur tous les autres.

Pour le suicide, pourquoi croire toujours à la simulation ? Ne savons-nous pas combien les alcooliques, les épileptiques, font fréquemment des tentatives de suicide dans leurs accès ?

M. Charpentier s'étonne encore qu'à Bicêtre ces malades ne présentent plus de troubles morbides. Mais le propre de ces accès est justement d'être très courts. S'ils disparaissent, c'est que, lorsqu'ils arrivent à Bicêtre, ces malades ont déjà subi l'influence de quelques jours d'internement et de repos.

Comment M. Charpentier explique-t-il la folie circulaire, les folies périodiques ? Voilà des malades qui rentrent souvent dans les asiles, et toujours l'accès se présente de la même façon. Lorsqu'il dure peu, on les relâche et l'on sait bien qu'ils reviendront ? Faut-il les considérer comme des vicieux ?

Je désirerais donc surtout que M. Charpentier définit plus nettement les simulateurs et les aliénés. Parmi les premiers, je crois qu'il y en a beaucoup qui sont de vrais aliénés.

M. CHARPENTIER. — Je me suis adressé toutes ces critiques pendant que je faisais ce travail. Que M. Christian procède comme j'ai fait moi-même. Qu'il prenne en bloc tous les dossiers des aliénés à séquestrations multiples. Il s'agit très rarement de vrais épileptiques. Ceux-ci sont internés trois, quatre, cinq fois au plus, puis ils restent à vie dans l'asile.

Pour les épileptiques alcooliques, la morsure de la

langue n'est jamais signalée. Mais, de plus, avec le temps et la répétition des accès alcooliques, on devrait voir augmenter l'épilepsie. Or, c'est le contraire, et les certificats, après l'avoir mentionnée d'abord, cessent d'en parler.

Quant à la folie circulaire, je ne sais pourquoi, il n'y en a pas à Bicêtre. Pour la folie périodique, le caractère des accès est leur identité. Or, dans les cas dont je parle, il y a progression, puisque les malades, après avoir fait de simples menaces, commettent des délits pour lesquels ils sont de nouveau séquestrés.

Si on gardait les malades à Sainte-Anne, on n'aurait pas d'hésitation sur leur nature, et si rien ne se produisait dans les quinze premiers jours, on pourrait les renvoyer.

En somme, les séquestrations multiples pour délire alcoolique ou épileptique sont rares. Il y a toujours autre chose.

M. GARNIER. — M. Charpentier semble accuser les médecins de la Préfecture de méprise systématique. Le fait de se tromper huit et dix fois sur un malade paraît bien invraisemblable. On peut être dupe une fois, mais non dix, comme dans les cas de M. Charpentier. La divergence d'opinion tient à ce que nous ne voyons pas ces individus sous le même aspect, et à la même époque. En voici un exemple. Je mets souvent sur les certificats d'alcooliques : sueurs profuses, et cependant, on me dit ne pas les observer dans les asiles. Cela tient à ce que ce phénomène passe très vite.

Je m'étonne donc de voir M. Charpentier nier des symptômes qu'il n'a pas vus, puisqu'il n'a pas observé les malades, comme nous, au moment de la crise.

Pour les folies par accès, on sait que les malades ont des attaques sans que la morsure de la langue se produise nécessairement. Si les alcooliques n'ont plus d'accès épileptiques une fois à Bicêtre, c'est parce qu'ils ont déjà éliminé en partie leur alcool.

M. Charpentier dit qu'un jour ou l'autre, les médecins cessent de regarder ces alcooliques comme épileptiques. Cependant, si la simulation des accès épileptiques leur a réussi, pourquoi ne continueraient-ils pas à s'en servir ?

M. A. VOISIN. — Je me rappelle qu'autrefois, dans le

service de M. Delasiauve, on recevait des individus le lendemain même de leur arrestation, et M. Delasiauve nous faisait remarquer les sueurs profuses. Il a décrit des formes de crises alcooliques intenses avec ces grandes sueurs, et qui étaient mèmes quelquefois terminées par la mort. Le phénomène rappelé par M. Garnier ne saurait être mis en doute, quoiqu'il disparaîsse en effet très rapidement.

M. JOFFROY. — A la suite de la cessation d'accès épileptiques, un excès alcoolique peut les rappeler. En voici un exemple des plus caractéristiques. Il s'agit d'un homme de trente ans, épileptique, dont la mère et la sœur étaient également épileptiques. Soumis à un traitement bromuré, et jouissant du calme de la vie de campagne, cet homme ne présenta aucun accès pendant sept ans. S'étant mêlé malgré lui aux élections dans son hameau, il fut obligé de boire plus que de coutume pendant une quinzaine de jours, et sous cette seule influence il eut un nouvel accès d'épilepsie.

M. CHARPENTIER. — Je n'ai pas en l'intention de critiquer ni les médecins du Dépôt, ni celui de Sainte-Anne. Il y a des nécessités administratives devant lesquelles on est obligé de s'incliner.

Pour les délires d'accès, je ne conteste pas leur existence. Ce que j'ai essayé de faire ressortir, c'est qu'il y a des alcooliques délinquants et d'autres qui ne le sont jamais, et que certains alcooliques ne peuvent pas faire d'excès sans commettre de délits.

M. GARNIER. — C'est pour cela qu'on a le quartier spécial.

M. CHARPENTIER. — Mais il n'y a pas de distinction faite. Quant au cas de M. Joffroy, c'est un fait très admissible et d'ailleurs connu; mais ce qui ne l'est pas, c'est que, comme je l'ai montré, des alcooliques cessent au contraire avec le temps d'être épileptiques. Ce sur quoi j'insiste particulièrement, c'est sur les mauvaises conditions d'observation au Dépôt.

M. GARNIER. — Je ne crois pas qu'il y ait de méprises.

M. FALRET. — Ce sont, en effet, des cas fréquents que ceux d'accès courts et très intenses qui guérissent rapidement. Il manque quelque chose au travail de M. Charpentier ; c'est l'observation directe. Tant qu'il y aura

deux médecins dont l'un assiste au début et l'autre au déclin de l'accès, on ne pourra pas faire une étude clinique complète et scientifique de ces faits.

*Sur un délire névropathique avec dédoublement de la personnalité observé au Japon, le « kitsûne-tsûki » ou possession par les renards.*

M. BARET, médecin de la marine. — On observe au Japon une curieuse affection mentale accompagnée d'hallucinations internes et de dédoublement de la personnalité. Elle est connue sous le nom de *kitsûne-tsûki*, « possession par les renards », et frappe surtout les femmes et les jeunes filles, principalement celle des basses classes de la société japonaise.

Il faut dire d'abord, pour l'intelligence de ce qui va suivre, qu'au Japon les renards (*kitsûne*), les blaireaux (*tanûki*) et les chats (*neko*), mais surtout les premiers, sont l'objet d'une crainte superstitieuse de la part d'une grande partie de la population. La croyance populaire leur attribue le pouvoir de prendre la forme humaine, particulièrement la forme féminine, pour jouer aux pauvres humains toutes sortes de tours pendables.

Les contes et les légendes brodés sur ce thème forment, avec les histoires de revenants, le fonds de la littérature populaire japonaise.

Ces idées superstitieuses ont leur berceau en Chine, d'où elles paraissent avoir pénétré au Japon vers le xi<sup>e</sup> siècle de notre ère (1). Elles y sont encore vivaces à la fin du xix<sup>e</sup> siècle. Pas plus tard que l'année dernière, on racontait couramment l'histoire d'un renard tout à fait au courant des progrès de la civilisation moderne, qui avait pris l'apparence du chemin de fer de la ligne de Yokohama à Tôkyô, et s'amusait pour effrayer les mécaniciens à courir au-devant des trains ; au moment où la collision allait se produire, il s'évanouissait : une fois pourtant, il ne fut pas assez leste ; mais, ô stu-

---

(1) D'après M. B.-H. Chamberlain, de l'Université de Tôkyô, c'est dans un recueil d'histoires datant du xi<sup>e</sup> siècle, le *Uji-jûi* qu'est faite la première mention du pouvoir surnaturel des renards. (N. de l'auteur.)

peur, il n'y eut aucun choc, et lorsque le train fut passé on ne trouva, sur les rails, que le cadavre mutilé d'un renard (1).

Non contents d'usurper la forme humaine, les renards choisissent parfois le corps d'une personne vivante pour en faire leur demeure. C'est ici que la superstition confine à la folie ; la crédulité excessive des esprits faibles engendre les troubles psychiques : renards ou démons, c'est la même étiologie que pour les Possédés du moyen âge. Suivant l'opinion populaire, c'est parfois par les orifices naturels, par le mamelon, mais le plus souvent *par l'extrémité sous-unguéale des phalangettes* que le renard pénètre dans le corps de l'individu qu'il a choisi. Une fois dans la place, il y vit de sa vie propre, complètement indépendant de son hôte.

Il en résulte un véritable dédoublement de la personnalité, une double conscience : le possédé entend et comprend tout ce que dit et pense le renard. Parfois même, hôte et locataire se querellent violemment : le renard parle alors d'une voix étrange et tout à fait différente de la voix naturelle de la malade.

Les femmes presque seules, et surtout celles de la basse classe sont atteintes de ce délire ; les conditions prédisposantes sont : une intelligence bornée ; un esprit superstitieux ; les affections délirantes et particulièrement la fièvre typhoïde. Une condition absolument nécessaire est la connaissance par la malade de cas de possession et de croyance ferme à la possibilité de tels accidents.

Je résume ci-dessous, d'après le Dr Baelz (2), de l'Université impériale du Japon, une observation typique de *kitsûne-tsûki*.

(1) V. pour les légendes japonaises sur les renards et les blaireaux l'ouvrage intitulé : *Things Japanese*, par B.-H. Chamberlain, et surtout *Tales of old Japan*, de A.-B. Mitford.

(2) Je reproduis en l'abrégeant cette observation qui est la plus complète que j'ai pu trouver dans l'espèce. Personnellement, j'ai pu observer lors d'une visite à Akashi, petite localité près d'Hyôgô, un cas de *kitsûne-tsûki*, sur une jeune accouchée, relevée depuis peu. Son enfant était mort quelques heures après sa naissance, tué, affirmait-elle, par le renard. Pressé par le temps (car je devais rentrer le soir même à Hyôgô), j'essayai sur cette femme de l'hypnotisme et de la suggestion. Je dois avouer que je subis un

« Je fus une fois appelé, dit cet auteur, près d'une jeune fille atteinte de fièvre typhoïde. Elle guérit. Mais pendant sa convalescence, elle entendit des femmes causer entre elles d'une autre femme qui avait un renard et qui ferait sans doute tout son possible pour le passer à quelqu'un d'autre et en être débarrassée. A ce moment même, elle éprouva une sensation étrange : le renard venait de prendre possession d'elle. Tous ses efforts pour s'en débarrasser furent inutiles. « Il vient! il vient! cria-t-elle. » Et alors, d'une voix étrange, sèche, fêlée, le renard de répondre par sa propre bouche et de railler son hôtesse infortunée.

« Cet état de choses dura trois semaines, au bout desquelles on se décida à aller chercher un prêtre bouddhiste de la secte de Nichiren. Il interpella violemment le renard qui, toujours par la bouche de la jeune fille, répondit et conclut enfin : — « Je suis fatigué d'elle ; je ne demande pas mieux que de m'en aller. Que me donnerez-vous pour cela? » Le prêtre demanda ce qu'il voulait. Le renard demanda, toujours par la même voie, certains gâteaux et certains fruits qui devaient être placés tel jour, à quatre heures de l'après-midi, dans un lieu qu'il désigna. *La jeune fille avait conscience des paroles qu'elle prononçait, mais elle était incapable d'en dire d'autres.* Les objets indiqués furent portés à l'endroit désigné, et le renard quitta la jeune fille sans autres difficultés. »

Le Dr Baelz rattache cette curieuse affection à l'hystérie et aux faits d'hypnotisme et de suggestion. Il est certain qu'il y a, dans l'observation qui précède, une véritable suggestion de la possession par les commérages faits autour de la malade. Mais la véritable suggestion est faite par la malade elle-même : c'est une auto-suggestion. Quant au dédoublement de la personnalité, il n'est plus pour surprendre personne, aujourd'hui que l'indépendance fonctionnelle normale des hémisphères céré-

échec, dû surtout, j'imagine, à mon insuffisance en langue japonaise et aussi au manque de confiance de la malade qui fut cependant plus calme après cette séance unique, qu'à mon grand regret le départ de mon bâtiment m'empêcha de répéter. — Juillet 1890.

Dr L. B.

braux est généralement admise par les physiologistes. Fort curieuse néanmoins est la conséquence physiologique de ce dédoublement, je veux dire le fait, constamment observé du changement de timbre de la voix de la malade, suivant qu'elle parle pour son propre compte ou pour celui de l'hôte incommode qu'elle héberge.

Le rôle de la suggestion étant établi dans la pathogénie de l'affection qui nous occupe, on peut se demander si cette affection est de nature hystérique. Je ne le crois pas, et l'observation reproduite ci-dessus corrobore cette manière de voir. Sans doute l'hystérie est une cause prédisposante à la suggestibilité du sujet, mais au même titre que les causes débilitantes : conditions hygiéniques mauvaises, alimentation insuffisante, surmenage, maladies typhoïdes, etc. La maladie me paraît être un *délire névropathique* dont la forme s'explique par les idées superstitieuses spéciales au pays où on l'observe ; — la fréquence relative (*not uncommonly observed*, D<sup>r</sup> Baelz), par la prédisposition héréditaire — atavique — développée depuis neuf siècles ; — et la pathogénie par la suggestion : suggestion de la parole, suggestion de l'exemple, auto-suggestion, etc.

Le traitement doit être évidemment, suggestif. Le médecin, ou plutôt *exorciste*, doit être une personne de volonté énergique, ayant une certaine autorité sur la malade et possédant sa confiance. L'expulsion de la bête est parfois accompagnée de cris ou même d'une véritable attaque de nerfs ; mais le plus souvent elle se fait tranquillement. Elle laisse, dans tous les cas, après elle, une grande prostration qui persiste un ou deux jours. Il arrive même que la malade a perdu toute conscience des événements.

On trouvera sans doute ce petit travail bien incomplet. J'ai cru néanmoins qu'il était intéressant à présenter comme un exemple curieux des formes particulières que peuvent revêtir certains délires sous l'influence des idées et des superstitions ambiantes de pays très différents du nôtre. C'est pourquoi j'ai apporté cette humble contribution à l'histoire de la pathologie mentale exotique.

La séance est levée à six heures.

PAUL SOLLIER.

## SÉANCE DU 28 MARS 1892.

**Présidence de M. Th. ROUSSEL.**

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

*Correspondance et présentations d'ouvrages.*

La correspondance manuscrite comprend :

1<sup>o</sup> Des lettres de remerciements de MM. H. Colin, Nicoulau et Pactet, nommés membres correspondants à la dernière séance ;

2<sup>o</sup> Une lettre de M. Boubila, médecin en chef de l'asile de Marseille, sollicitant le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Delasiauve, P. Garnier et Marandon de Montyel, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1<sup>o</sup> La législation sur les aliénés dans les Iles Britanniques ; par le Dr René Semelaigne ;

2<sup>o</sup> Le n° 6 de la dix-huitième année du *Bulletin du manicomie privé de Fleurent* ;

3<sup>o</sup> Le numéro de mars des *Annales de psychiatrie* ;

4<sup>o</sup> Le numéro de mars de la *Revue de l'hypnotisme*.

M. CHRISTIAN. — J'ai l'honneur d'offrir à la Société un travail sur les *idées de grandeur chez les persécutés*. Basé sur l'étude exclusive des aliénés persécutés existant dans mon service au commencement de cette année, ce travail conclut que les idées de grandeur sont de règle dans le délire de persécution, qu'elles surviennent dans la majorité des cas. Cette opinion s'écarte notablement de celle que j'avais soutenue dans la discussion sur le *délire chronique*, et c'est ce qui me faisait un devoir de reconnaître mon erreur.

*Rapports de candidature.*

M. CHASLIN. — Messieurs, vous avez chargé une commission composée de MM. Falret, Ritti, Chaslin rapporteur, d'examiner les titres de M. le Dr Clemens

Neisser, deuxième médecin à l'asile de traitement provincial de Leubus, qui demande à faire partie de la Société. Ses travaux sont certainement connus de vous ; aussi me bornerai-je à vous en rappeler la substance en peu de mots.

Le premier travail de notre confrère porte sur la katatonie. Je n'ai pas besoin de m'appesantir beaucoup sur cette maladie spéciale qui a été l'objet des travaux déjà anciens de Kahlbaum. Comme vous le savez, même en Allemagne, de nombreux auteurs ont nié l'existence particulière de la katatonie. Le Mémoire de M. Neisser, qui constitue sa thèse inaugurale, fort long, fort bien fait, présente au contraire la défense des idées de Kahlbaum. M. Neisser rejette la description de Schüle, qui fait de la maladie en question, une forme de délire systématisé (Wahnsinn) ; pour lui, les troubles moteurs sont primitifs et fondamentaux, les modifications psychiques étant secondaires et subordonnées. La stupeur est un phénomène moteur essentiel qui fait partie de la katatonie seule. Il rapporte de nombreuses observations, et pour lui c'est l'ensemble de toute la maladie qui doit être pris en considération, si l'on veut établir le diagnostic de katatonie.

Kahlbaum a insisté beaucoup sur un symptôme de la katatonie, qu'il appelle verbigération. M. Neisser a consacré un mémoire spécial à ce sujet. Ce travail très important est rempli d'observations détaillées et minutieusement prises, qui permettent à l'auteur d'affirmer à nouveau l'existence de ce symptôme, qui doit être parfaitement séparé de tous les autres analogues. Ce symptôme a une très grande valeur, car l'auteur insiste sur ce point (p. 45), que dans tous les cas présentant de la dépression qu'il a pu voir, chaque fois qu'il existait à la fois le pathos et la verbigération, constamment un état de stupeur est apparu au bout de peu de temps. Cette verbigération trouve son origine dans un état d'inhibition qui s'oppose à l'impulsion motrice du langage.

Le but de M. Neisser est non seulement d'établir solidement l'existence de ce symptôme spécial, mais encore de montrer d'une façon générale toute l'importance qu'il y a pour les progrès futurs des maladies.

mentales à isoler soigneusement les unes des autres les différentes manifestations pathologiques. L'étude de la sémiologie en psychiatrie est encore bien peu avancée.

M. Neisser a montré à une réunion des neurologistes allemands des écrits d'un paralytique où le symptôme de verbigération était des plus frappants et, en opposition, une lettre d'un malade atteint d'hébéphrénie, contenant seulement la répétition à satiété d'un seul mot, un adjectif toujours le même, devant tous les substantifs de la lettre.

A cette même réunion il a aussi communiqué une observation de mélancolie typique qui a été suivie d'un état de délire systématisé (paranoïa), et une observation d'affaiblissement de la mémoire curable, consécutive à une psychose aiguë. Ce qu'il y avait de curieux dans ce fait, c'est que le malade avait déjà présenté dix ans auparavant les mêmes phénomènes à la suite d'une première attaque de folie.

Notre confrère, continuant à soutenir les idées de Kahlbaum, a rappelé dans la quarante-sixième réunion des médecins aliénistes de l'ouest de l'Allemagne, la classification que son maître avait proposé en 1863. Il insiste sur ce fait que déjà dans cette classification on trouve séparées les aliénations totales des aliénations partielles, même dans le sens que Wernicke a ultérieurement donné lorsqu'il a voulu introduire la notion des localisations cérébrales dans les maladies mentales.

Nous mentionnerons aussi un intéressant rapport médico-légal à propos de la simulation de la débilité mentale chez un condamné qui était d'ailleurs un aliéné persécuté persécuteur.

Sander a décrit, sous le nom de *Originäre Verrücktheit*, une forme de folie systématisée dégénérative dont l'évolution serait tout à fait caractéristique. Pour M. Neisser, ce qu'il y aurait de spécial dans ces cas, ce serait un délire fondé sur de nombreuses erreurs de mémoire. Il propose le nom de *paranoïa* ou *paranoësis confabulans*, dont les symptômes, une fois la maladie bien développée, sont :

1° De nombreuses erreurs des sens combinées, avec développement extrême du symptôme fondamental de la paranoïa (exagération de la personnalité);

- 2° De nombreuses erreurs de mémoire ;
- 3° Prédominance dans le système délirant des idées concernant la naissance et l'origine du malade.

A propos de la question des folies aiguës, M. Neisser admet l'existence de la paranoïa aiguë. Dans plusieurs observations, il croit pouvoir établir ce diagnostic par la constatation de l'autophilie qui, à elle seule, constitue, comme dans la paranoïa chronique, le fond de la maladie.

M. Neisser, dans les *Schmidt's Jahrbücher* de cette année non encore parus, fait le compte rendu de la traduction allemande des leçons de M. Magnan sur le « délire chronique ». Il admet bien des cas qui ont l'évolution schématique décrite par M. Magnan, mais il se refuse à voir là quelque chose de tout à fait différent des autres délires à évolution chronique, et il considère l'existence isolée du « délire chronique » comme absolument artificielle. Il croit seulement que les idées de grandeur ont une relation pathogénique étroite avec les idées de persécution, et il ajoute que sur ce sujet, depuis déjà dix à vingt ans, Snell, Sander, Westphal, Mercklin en Allemagne, sont de l'opinion de M. Magnan. Il n'admet nullement la terminaison par la démence. Et quant à ce qui touche les rapports du « délire chronique » avec la dégénérescence, il pense que c'est à de nouvelles observations prises sans parti pris, et par de nombreux travailleurs consciencieux qu'il faudra demander la solution du problème.

Notre confrère s'est aussi occupé du côté pratique des maladies mentales ; il a fait au Congrès international de Berlin, une communication sur le traitement des aliénés par le repos au lit. Ce procédé est d'une importance capitale dans tous les états d'excitation quels qu'ils soient. Il donne à la partie de l'asile où on l'applique, le caractère et l'extérieur d'un hôpital, ce qui devrait toujours être et ce qui a sur les malades une grande influence. Ce procédé est le couronnement des réformes apportées jadis au traitement des aliénés par les Pinel et les Conolly. Il donne pour les aliénés aigus et les chroniques dans leurs périodes d'agitation le même excellent résultat que l'on obtient chez les fous tranquilles et chroniques par le travail et la liberté relative.

M. Neisser entre dans des détails circonstanciés sur l'application du procédé qui, dit-il, est encore peu connu et non apprécié à sa juste valeur. Il est vrai qu'il y a des difficultés à surmonter, entre autres pour ce qui touche au personnel qui doit être assez nombreux et exercé, condition qu'il est difficile de remplir, du moins en France. Il n'indique pas si le malade doit être fixé dans son lit, dans le cas où il fait de l'opposition violente à son maintien au repos.

Messieurs, je n'ai pu que vous résumer en quelques mots trop courts les travaux de notre confrère allemand. Ce n'était pas ici la place de les discuter à fond, mais le peu que je viens de vous en dire vous montre leur importance aussi bien théorique que pratique. Aussi votre Commission pense-t-elle que la *Société médico-psychologique* ne peut que se féliciter d'admettre parmi ses membres correspondants étrangers, notre distingué collègue le Dr Clemens Neisser, de Leubus (1).

Conformément à ces conclusions, M. Clemens Neisser est, à l'unanimité des membres présents, nommé membre associé étranger.

M. MOREAU (de Tours). — Messieurs, vous avez chargé une commission composée de MM. Christian, Charpentier et Moreau (de Tours) de vous adresser un

(1) Travaux de M. Cl. Neisser : *Ueber die Katatonie*. In.-Diss. Leipzig, 1887. Stuttgart, 1887, Druck von Gebrüder Kröner.

*Ueber das Symptom der Verbigeration*, Separat-abdruck aus der *Zeitschrift f. Psychiatrie*. Bd 46.

*Casuistische Mittheilungen*. Separat-abdruck aus der *Zeitsch. f. Psychiatrie*. Bd 48.

*Kahlbaum's Gruppierung der psychischen Krankheiten* 1863. Separat-abdruck aus *Jahrb. f. Psychiatrie*. Bd VIII, H. I et II.

*Ueber die originäre Verrücktheit* (Sander). Separat-abdruck aus dem *Archiv f. Psychiatrie*. Bd XIX, H. II.

*Simulation von Schwachsinn bei bestehender Geistesstörung*. Separat-abdruck aus *Eulenberg's Viertelj. f. gericht. Med. u. off. Sanitätswesen*. N. F. XLIX, I.

Sonder-abdruck aus *Schmidt's Jahrb. der gesammten Medicin*. Bd CXXXII. S. 222.

*Erörterungen über die paranoia vom klinischen Standpunkte*. Separat-abdruck aus dem *Centralblatt f. Nerven- u. Psych.* Januar 1892.

*Die Bettbehandlung der Irren*. *Berl. klin. Wochenschr.*, n° 38, 1890.

rapport sur les titres que présente M. le Dr Pachoud à l'appui de sa candidature comme membre associé étranger de la Société médico-psychologique. Ancien interne de l'hôpital Cantonal de Genève, M. le Dr Pachoud est actuellement, à la tête de l'asile d'aliénés du Bois-de-Cery (Lausanne) ; notre confrère nous envoie une brochure intitulée *Recherches sur la sécrétion gastrique chez les aliénés atteints de mélancolie* et quelques rapports médico-légaux sur des cas d'aliénation et qu'il a présentés aux tribunaux du canton de Vaud pendant les années 1889, 1890 et 1891.

Dans le premier travail, il expose le résultat de ses travaux sur la question de la nutrition chez les mélancoliques et est amené aux conclusions suivantes :

1° L'acidité du suc gastrique chez les mélancoliques et les déprimés en général est augmentée dans une assez forte proportion ;

2° Cette acidité est presque exclusivement due à la présence de l'acide chlorhydrique libre, les acides organiques faisant presque toujours défaut ;

3° Cette hyperacidité n'est pas passagère, mais elle paraît durer aussi longtemps que les troubles psychiques déprimants ne s'amendent pas ;

4° Il n'y a pas hypersécrétion, mais simplement hyperacidité, c'est-à-dire que la sécrétion d'HCl en excès n'est pas continue et qu'elle n'existe que pendant le travail de la digestion ;

5° La digestion des mélancoliques est accélérée ;

6° Leur suc gastrique peut digérer des quantités considérables de viande et d'albumine en général ;

7° Il y a tout lieu de croire qu'un régime diététique approprié et basé sur la connaissance des faits qui précèdent deviendra un moyen thérapeutique des plus utiles dans le traitement de la mélancolie.

Les rapports médico-légaux présentés par notre confrère sont une preuve manifeste de l'étendue de ses connaissances en psychiatrie et sont marqués au coin de la saine clinique. Dans tous les cas, il a su faire partager au jury sa manière de voir et arracher à la prison les infortunés dont la place était à l'asile. Mais pourquoi faut-il qu'il y ait une exception ? Vous vous souvenez, Messieurs, de ce procès auquel je fais allusion et dont il

a été rendu compte dans les *Annales médico-psychologiques* (numéro de novembre-décembre 1890, p. 491). Il s'agissait d'un individu qui, dans un accès d'hallucination, avait tué trois de ses jeunes enfants. Cinq médecins, dont deux aliénistes, après expertise et contre-expertise, avaient déclaré l'accusé irresponsable. Or le jury, pour des motifs absolument étrangers à la question, et sous l'influence de la terreur que lui inspiraient une série de meurtres qui avaient été accomplis en fort peu de temps par des aliénés dans le pays, avait, par six voix contre trois, déclaré l'accusé responsable !

B... fut donc condamné à la détention perpétuelle, la peine de mort étant abolie dans le canton de Vaud.

Hâtons-nous d'ajouter que quelques semaines après, B... fut renvoyé à Cery par le médecin du pénitencier qui le déclarait atteint d'aliénation mentale incurable.

En s'attachant le Dr Pachoud, la Société médico-psychologique s'adjointra un collaborateur sérieux et dont les travaux répondent de son zèle pour l'œuvre commune. En conséquence, Messieurs, votre commission vous propose d'accorder à M. Pachoud, directeur et médecin en chef de l'asile cantonal des aliénés du Bois-de-Cery (Lausanne), le titre qu'il sollicite de vos suffrages.

Conformément à ces conclusions, M. Pachoud est, à l'unanimité des membres présents, nommé membre associé étranger.

*Rapports sur des ouvrages de MM. Morselli et H. Obersteiner.*

M. CHASLIN. — Messieurs, vous m'avez chargé de vous rendre compte de brochures (1) que M. Morselli a

(1) Sulla dismorphofobia e sulla tafeofobia, Genova, 1891.

La dismorphofobia e la tafeofobia, etc., estratto dalla *Riforma medica*, n° 185, Agosto 1891.

La Psichiatria moderna, nei suoi rapporti con le altre scienze, estratto dalla *Riforma medica*, n° 103, Maggio 1891.

Programma del Corso libero di Sociologia Criminale e di Psicologia forense, estratto dalla *Rivista di filosofia scientifica*.

Su alcuni effetti neuroe psicopatici dell'influenza, estratto dalla *Riforma medica*, Aprile, 1890.

envoyées en hommage à la Société. Les deux premières portent sur deux nouvelles formes d'obsessions appelées par lui dismorphophobie ( crainte de la déformation) et taphéphobie ( crainte d'être enseveli vivant). Vous connaissez trop bien le caractère des obsessions pour que j'aie besoin de vous décrire en détail les symptômes que présentent ces deux nouvelles formes d'idées fixes. Leur contenu est suffisamment expliqué par leurs noms. Dans le premier cas, le malade est poursuivi par l'idée qu'il a une déformation quelconque, le nez de travers, les jambes tortes, etc., etc..., il passe son temps à se regarder dans la glace, à s'examiner, à se mesurer, à comparer ses membres entre eux jusqu'à ce qu'il soit calmé.

Celui qui, au contraire, a la crainte d'être enseveli vivant est encore plus tourmenté que le précédent, car c'est dans l'avenir qu'il a placé l'objet de sa terreur et il n'a d'autre moyen de se rassurer que de faire testament sur testament, contenant les précautions les plus minutieuses et les ordres les plus précis sur ce qui devra être fait au moment de sa mort, afin qu'on soit bien assuré qu'elle est réelle. On devra recourir à des systèmes compliqués de sonnettes électriques, à des bières qui ne doivent pas être fermées par des vis, etc.

La description de ces deux nouvelles craintes particulières est l'occasion pour l'auteur de rappeler les symptômes qui accompagnent ces états. Il se demande aussi à quoi il faut rapporter ces troubles psychiques. Dès l'année 1882, au congrès de médecine de Modène, M. Morselli a communiqué des cas analogues, évidemment dus à la neurasthénie acquise : ainsi il pense que l'on peut trouver les idées fixes en dehors de ce qu'on appelle la dégénérescence, quoique, incontestablement, elles se trouvent ainsi dans cette dernière.

La neurasthénie acquise, sur le terrain de laquelle peut germer cette « paranoïa rudimentaire », se développe conséutivement au traumatisme, au choc moral, aux excès de tous genres, ou encore à la suite de la grossesse et de l'allaitement. M. Morselli a eu plusieurs de ces cas de folie du doute acquise, terminée par la guérison, et il en a publié un exemple typique, en 1886, dans la *Rivista di Freniatria*.

La troisième brochure est la reproduction de la leçon d'ouverture de la clinique psychiatrique, pour l'année 1890-1891, à l'Université de Gênes (on sait que M. Morselli était précédemment à Turin), dans laquelle brochure l'auteur se montre fervent partisan de la doctrine de l'évolution. Il fait bien voir aussi la grande importance de la pathologie mentale, qui, en réalité, doit être considérée comme le couronnement de la neuropsychiatrie, et, par suite, de la médecine tout entière.

Nous avons maintenant à signaler le programme d'un cours libre sur la sociologie criminelle et la psychologie médico-légale. Ce programme est fort vaste et représente à l'état condensé un travail considérable. Bien entendu, M. Morselli appartient à la nouvelle école de sociologie criminelle qui a, en ce moment, tant d'éclat en Italie. Nous ne pouvons, à la lecture de ces quelques pages, que souhaiter que ces leçons paraissent bientôt dans tout leur développement. M. Morselli est un travailleur infatigable, car il a encore en cours de publication un traité d'anthropologie générale, et il se propose en outre de faire un cours de psychologie positive et expérimentale.

Nous voudrions faire remarquer à ce propos que M. Morselli fait des cours complets, chose indispensable aux étudiants, et qui existe en Italie.

La dernière brochure s'occupe des suites nerveuses et mentales de l'influenza. Je relèverai seulement dans ce travail, le cas d'une femme de vingt-sept ans, prédisposée héréditairement, qui, dans la convalescence d'une très forte attaque d'influenza, a été atteinte de paranoïa rudimentaire, sous la forme du délire du toucher, avec crainte de prendre par le contact une maladie contagieuse. En même temps, cette malade fut prise de tératophobie, c'est-à-dire de la crainte d'avoir été déformée par la maladie qu'elle avait subie.

M. Morselli est depuis longtemps trop avantageusement connu de vous, pour qu'il me soit nécessaire d'insister sur ses travaux ; il me suffira de rappeler entre autres cet excellent manuel de sémiologie, dont nous attendons avec impatience le second volume.

Les nouvelles brochures que je viens d'analyser si rapidement devant vous, nous montrent que l'activité de

leur auteur ne se ralentit pas, la Société suivra, j'en suis persuadé, avec un grand intérêt, les nouvelles publications qui nous sont promises, et, en attendant, je crois qu'elle doit savoir gré à M. Morselli d'avoir bien voulu lui envoyer les derniers mémoires dont je vous rends compte aujourd'hui.

M. Heinrich Obersteiner a envoyé également à la Société la deuxième édition de son excellent livre sur la structure des centres nerveux (1).

Cette deuxième édition se distingue de la première, parce quelle contient les nouveaux travaux parus depuis 1888, et aussi par quelques modifications que les lecteurs apprécieront : ainsi, le nombre des figures a été augmenté et, à la fin de chaque chapitre, a été ajouté un index bibliographique fort utile pour ceux qui veulent approfondir un point donné ; et nous voyons avec plaisir dans cet index , figurer le nom de quelques auteurs français.

Vous n'attendez pas de moi, messieurs, une analyse de ce livre, car elle est impossible à faire, et d'ailleurs vous connaissiez sans doute la première édition.

Je me contenterai de vous donner un aperçu des chapitres, qui vous montreront que M. Obersteiner avait compris le titre de son ouvrage de la façon la plus large. Il commence par exposer les procédés de recherche qui sont au nombre de cinq : 1<sup>o</sup> le procédé qui consiste à suivre macroscopiquement les faisceaux nerveux ; 2<sup>o</sup> les coupes en série ; 3<sup>o</sup> l'examen du système nerveux central, en voie de développement ou modifié par la maladie ; 4<sup>o</sup> l'anatomie comparée, enfin, 5<sup>o</sup> l'expérimentation physiologique.

C'est à l'aide de ces différentes méthodes concourant toutes au même but, que l'on arrive à fixer les détails de la structure si compliquée du système nerveux.

Les chapitres suivants contiennent les résultats ainsi acquis. L'auteur examine successivement la morphologie et l'histologie des centres nerveux, puis il expose en particulier la structure de la moelle, du cerveau et du cerv-

(1) Heinrich Obersteiner. *Anleitung beim Studium des Baues der nervösen Centralorgane im ges. u. krank. Zustande.*

Zweite Aufl., 1872. Leipzig u. Wien, Franz Deuticke.

let. A chaque chapitre consacré à une partie des centres est adjoint un paragraphe concernant la pathologie. L'auteur a intentionnellement fait très court ce paragraphe. Il faudrait, dit-il dans sa préface, tout un volume, pour traiter de cette pathologie spéciale. Nous le regrettons et nous ne pouvons que souhaiter que M. Obersteiner nous donne un jour ce volume, fait dans le même esprit que celui-ci. Il faut en effet remarquer que notre éminent confrère a contrôlé par lui-même la plus grande partie des faits exposés par lui, ce qui donne une importance toute spéciale à son œuvre, dont il est superflu de vanter les mérites qui sont hautement reconnus par tout le monde.

M. Obersteiner nous a envoyé aussi un petit tirage (1) à part extrait du *Centralblatt für Psychiatrie* concernant un cerveau d'un poids énorme. On sait que Bischoff a donné comme minimum du poids du cerveau adulte et normal 820 grammes. J. Hess, dans le laboratoire de Obersteiner, a étudié un cerveau qui pesait 788 grammes. Parmi les cerveaux que Bischoff avait pesés, il n'y en eut qu'un de 1,770, et un autre, de 1,925 grammes. Le cerveau de Tourguenoff, examiné à Paris, pesait 2,012 grammes.

L'auteur a eu l'occasion d'examiner le cerveau d'un homme de taille moyenne, israélite, fils d'un millionnaire, qui n'avait jamais pu s'attacher à une profession et qui, ayant fini par perdre sa fortune, termina ses jours dans l'hospice de Vienne. Ce cerveau, sans malformation macroscopique ou microscopique bien apparente, était énorme et son poids d'environ 2,028 grammes.

M. Obersteiner conclut qu'il ne faut pas mettre en parallèle d'une façon trop générale le poids cérébral avec l'intelligence.

#### *De la mise en liberté des aliénés persécutés.*

M. P. SOLLIER. — Deux affaires récentes et regrettables à tous égards, celles de M<sup>me</sup> Dourches et de

---

(1) Heinrich Obersteiner. Ein Schweres Gehirn, etc. Sep. abdr. aus dem *Centralbl. f. Nervenh. u. Psychiatrie*.  
N. F. Bd I, August-H., 1890.

Lerudelier, ont attiré de nouveau l'attention sur les aliénés persécutés. Mon attention n'est pas de rouvrir un débat, qui a suffisamment duré, sur la question des variétés de délire de persécution, mais simplement de demander la discussion du point suivant : *Sur quels signes peut-on se baser pour autoriser la sortie d'un aliéné persécuté et dans quelles conditions peut-on le faire sans inconvénients pour la sécurité publique?* Je laisse de côté bien entendu les délires de persécution d'origine toxique.

La doctrine de la guérison possible des persécutés a été appliquée dans les deux cas que je rappelle ici. Dans le cas de Lerudelier, la guérison paraissant réelle, le malade fut remis en liberté. Quelques jours après, obéissant à ses conceptions erronées, il assommait plusieurs personnes. Cette circonstance semblait de nature à rendre circonspect en matière de sortie et de guérison des persécutés. Néanmoins, peu après, dans l'affaire Dourches, les journaux annonçaient, non sans triomphe, que les médecins experts eux-mêmes avaient reconnu que la malade, malgré l'aggravation de son état, causée par son second internement, guérirait certainement et serait bientôt rendue à la liberté, à la condition de l'emmener à la campagne.

Quand on sait combien sont fréquentes les périodes de rémission et plus encore peut-être les périodes de dissimulation chez les persécutés, combien sont tenaces les idées de persécution quelle que soit d'ailleurs leur systématisation, et à quelles violences elles peuvent conduire ceux qui les présentent au moment le plus inattendu, je crois qu'on doit être extrêmement prudent pour pronostiquer la guérison d'abord, pour l'affirmer ensuite.

Autoriser la sortie sous condition de certaines mesures de précaution et de surveillance, c'est avouer qu'on n'est pas sûr de la guérison. Demander à une famille qui proteste contre la maladie de son parent, de prendre à son égard des mesures de surveillance, me semble une illusion. S'il s'agissait de malades non dangereux, l'erreur, en ce qui concerne la guérison et le défaut de soins consécutifs, n'aurait relativement que peu d'inconvénients. Quand il s'agit d'aliénés qui peu-

vent toujours devenir dangereux et qui ne le sont pas tant en raison de l'étendue de leurs idées délirantes, que de leur tenacité et de leur caractère, on doit être très circonspect et n'affirmer qu'à bon escient.

Ma question se résume donc à ceci : La guérison des délires de persécution est-elle possible, et à quels signes alors la reconnaît-on ? S'il n'y a que des rémissions, quelle conduite faut-il tenir : mettre le malade en liberté ou le maintenir ?

En dehors du point de vue purement scientifique, je crois qu'il y a tout intérêt pour les aliénistes à se faire une règle de conduite aussi uniforme que possible en présence de ces cas où la presse et l'opinion publique interviennent malheureusement beaucoup trop aujourd'hui, et auxquelles on fournit des armes contre soi-même en formulant des théories qui, je le crois, sont en désaccord avec la clinique, en même temps que dangereuses pour la société dans leur application.

M. PAUL GARNIER. — M. Sollier demande quels sont les signes indiquant la guérison complète. Je crois qu'il se fait illusion, s'il admet la possibilité de conclusions semblables. Les persécutés forment une classe nombreuse, et, parmi eux, chaque cas particulier doit être l'objet d'un examen approfondi. Il me semble impossible de formuler une règle générale.

M. SOILLIER. — Je ne parle pas d'une formule fixe et immuable. Mais ne peut-on poser certaines règles générales applicables à tous les cas ?

M. PAUL GARNIER. — Quelle est la règle générale qui, jusqu'à présent, a conduit le médecin à autoriser les sorties ? C'est un examen sérieux, continu et attentif, qui permet de déclarer si le sujet est oui ou non guéri. Mais la guérison complète, absolue, est le plus souvent impossible à affirmer. Je rappelle à la Société le cas de Lerudelier, que j'ai été appelé à examiner huit jours après sa sortie de Bicêtre, à la suite de sa tentative criminelle. Il avait un aspect inoffensif, et il fallait le presser de questions pour lui faire avouer que jamais, durant son internement, il n'avait renoncé à l'idée de réclamer ses 50,000 francs. Sitôt en liberté, il mit son projet à exécution. Je répète encore une fois que je ne crois pas à la possibilité de formuler une règle générale.

M. SOLLIER. — Au cas où un véritable persécuté a proféré des menaces de mort à un moment donné, doit-on le mettre en liberté?

M. RITTI. — J'ai examiné Lerudelier avec soin ; il m'a affirmé qu'il ne songeait plus à ses 50,000 francs, et s'en irait à la campagne à sa sortie de Bicêtre. Malgré ses affirmations, et celles du personnel du service, j'ai eu certains doutes, car j'ai mis dans mon rapport : « Les idées délirantes du malade semblent avoir disparu. » Je n'ai pas conclu à la guérison de ce malade et je n'ai demandé sa mise en liberté que sur sa promesse formelle qu'il quitterait aussitôt Paris pour se rendre à la campagne.

M. CHRISTIAN. — Je crois, avec M. Garnier, qu'on ne saurait formuler une règle générale. Un malade dangereux devient inoffensif ; qui pourrait affirmer qu'il ne sera pas de nouveau dangereux à un moment donné ?

M. VALLON. — Les difficultés augmentent s'il s'agit de malades à délire très limité, qui arrivent à le cacher vis-à-vis du médecin, afin d'obtenir leur mise en liberté. Plus le délire est limité, plus on doit se méfier. Pour asseoir son opinion, on se basera surtout sur les faits qui ont amené le malade à l'asile.

M. BRIAND. — Je partage l'avis de MM. Garnier, Christian, Vallon et Ritti. Il est impossible d'établir une règle générale pour autoriser les sorties, mais on peut en poser une pour les prohiber. Un malade ne doit jamais être rendu à la liberté lorsqu'il est dangereux. Et il est toujours dangereux surtout lorsqu'il désigne son persécuteur. Les aliénés qui disent simplement qu'on les injurie, qu'on les électrise, sont généralement inoffensifs, en tout cas ne sont pas fatalement dangereux ; ceux qui en sont arrivés aux francs-maçons et aux jésuites sont déjà à moitié dangereux, car ils peuvent rencontrer un franc-maçon ou un jésuite, et avoir l'idée de se venger sur lui. Mais les aliénés qui désignent leur persécuteur sont toujours dangereux ; et le jour où ils n'en parlent plus, on doit les tenir pour suspects, car ils dissimulent leur délire afin d'obtenir leur mise en liberté. On doit donc poser en principe que les persécutés réticents sont dangereux ; ceux qui n'ont point d'idées de vengeance avouent volontiers leurs souffrances. Pour me résumer,

on doit rechercher, non pas quels sont les malades qui peuvent sortir, mais ceux qui ne doivent pas sortir.

M. ROUILLARD. — Nous sommes tous d'accord pour nous opposer en principe à la sortie des persécutés, et surtout des persécutés persécuteurs. J'appelle particulièrement l'attention sur les aliénés qui ont commis un crime ; ceux-là doivent rester séquestrés toute leur vie. Au moment où le Parlement va discuter une loi sur les aliénés, ne serait-il pas opportun de désigner une Commission, qui poserait à la Société un questionnaire sur les cas où il faut interdire absolument la mise en liberté de cette catégorie de malades.

M. CHRISTIAN. — Je ne crois pas que l'on puisse mettre dans une loi des propositions de cette sorte, qui sont absolument d'ordre médical. Il vaut mieux s'en rapporter à la sagesse et à la conscience du médecin traitant. Quant à la demande de M. Rouillard, de désigner une Commission qui poserait un questionnaire à la Société, je la considère comme inopportunne ; nous avons déjà confié à une Commission le soin d'examiner le projet de loi sur les aliénés.

M. JOFFROY. — On a dit qu'on ne pouvait mettre en liberté un malade tant qu'il est dangereux ; j'ajoute qu'on ne doit le mettre en liberté que si l'on est certain qu'il ne sera jamais dangereux. Mais existe-t-il de tels sujets chez les persécutés ? Je ne le crois pas. Leur état présente des oscillations. Après une poussée aiguë, survient l'accalmie ; le danger semble disparaître, mais il peut bientôt revenir. Au moment même où le malade paraît le plus tranquille et le plus inoffensif, on se trouve peut-être à la veille d'une poussée plus grave. Les prétendues rémissions ne sont souvent que des accalmies. Je conclus : un malade dangereux à un moment donné, peut-il être considéré comme guéri, et mis en liberté sans péril pour la société ? Avant de répondre, nous devons songer que nous prenons en quelque sorte la responsabilité du crime qu'il peut commettre.

M. PAUL GARNIER. — Il y a deux choses à considérer : le danger présent, le danger futur. Si un malade est actuellement dangereux, personne ne peut songer à le mettre en liberté. Quant au danger futur, la question est différente ; nous sommes régis par la loi de 1838, et

le médecin traitant est obligé de rendre à la liberté les malades qui ne présentent plus aucun symptôme d'aliénation. Sur ce point, une réforme me semble non seulement utile, mais indispensable. L'internement devrait être maintenu jusqu'au jour où une Commission médicale aurait proclamé la sortie exempte de péril.

M. SOLLIER. — J'en reviens à ma question : A quel signe reconnaîtra-t-on que le malade est guéri ?

M. JOFFROY. — Combien M. Garnier, dans le cours de sa carrière, a-t-il vu de persécutés persécuteurs guéris ?

M. PAUL GARNIER. — C'est l'éternelle question des guérisons et des rémissions.

M. CHRISTIAN. — La loi devrait décider que tout aliéné ayant commis un crime serait détenu dans un asile sa vie durant.

M. AUGUSTE VOISIN. — Un persécuté, même criminel, peut guérir, si on le soumet à une surveillance attentive et à un régime approprié, à l'abri de ceux qu'il croit ses persécutateurs. J'en citerai deux exemples. Dans le premier cas, il s'agit d'une femme qui tira un jour un coup de pistolet sur un abbé, sous le prétexte qu'il avait mal instruit son fils. Après une période d'excitation de trois mois, elle devint calme ; mais malgré ses suppliques et des influences puissantes, on la garda cinq ans à l'asile ; les trois dernières années, elle n'a présenté aucune trace de son délire de persécution. Retournée dans son pays, elle est, depuis sept années, absolument saine d'esprit. Ma seconde observation concerne un homme qui avait menacé de mort le directeur de la fabrique de Javel. Il fut successivement interné dans divers établissements, et chaque fois qu'il se sentait retomber, il venait me trouver, me suppliant de le faire placer. Aujourd'hui, il est absolument rétabli et nullement dangereux. Il y aurait, suivant moi, inhumanité à conserver à l'asile de telles personnes. Du reste, un magistrat exigerait bientôt leur mise en liberté.

M. JOFFROY. — Dans ce cas, ce serait le magistrat, et non le médecin qui assumerait la responsabilité. M. Voisin pense qu'il est inhumain de garder à l'asile de tels malades. On peut prendre un moyen terme, et les envoyer dans des colonies spéciales, où ils jouiront d'une

liberté relative ; ils auront l'espace devant eux, les illusions de l'indépendance, et seront néanmoins soumis à une surveillance suffisante pour les empêcher de commettre une action criminelle.

M. CHRISTIAN. — M. Joffroy admet qu'on n'est jamais sûr de la guérison. Il s'agit donc toujours d'aliénés, et dans ce cas, il est inutile de recourir à des colonies spéciales. Un asile suffira amplement. La pitié jusqu'ici semble uniquement réservée à ces malades ; n'est-il pas temps enfin de songer à leurs victimes ?

M. ROUSSEL. — M. Sollier demande une conclusion générale. On peut en poser deux. La première, c'est que la législation est imparfaite. La seconde, c'est que dans le monde ont cours des idées générales absolument fausses ; on s'imagine que les médecins portent atteinte à la liberté individuelle. En Angleterre, les aliénés criminels quittent très difficilement l'asile de Broadmoor où ils restent internés « suivant le bon plaisir de Sa Majesté ». Et on ne les laisse sortir que si, dans les conditions nouvelles où ils vont se trouver placés, il existe des garanties certaines de soins et surveillance. Ce que nous devons viser, c'est à obtenir dans nos lois un ensemble de conditions identiques. Il serait à désirer que le médecin n'assumât pas seul la responsabilité de la sortie. Mais il est absolument impossible de préciser dans une loi une formule générale pour la mise en liberté.

La séance est levée à six heures moins un quart.

RENÉ SEMELAIGNE.

---

# REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

---

## JOURNAUX ALLEMANDS

### **Neurologisches Centralblatt.**

ANNÉE 1889 (*suite et fin*).

III. — *Sur un symptôme observé dans les affections qui ont leur siège dans la fosse occipitale*; par le Dr H. Oppenheim (numéro de mars). — L'auteur a observé chez un malade des contractions rythmiques, isochrones du voile du palais et des cordes vocales, ainsi que des muscles innervés par la branche inférieure du facial. Ces symptômes étaient associés à de la céphalalgie, des vertiges, de la dysphagie, des vomissements, de la parésie et de la contracture dans la région du facial gauche sans troubles de réaction électrique. Les extrémités gauches étaient, en outre, en état de parésie et de contracture, le pouls était accéléré, il y avait de la surdité et de la tendance à tomber en arrière une fois les yeux fermés. Cet état était consécutif à une méningite cérébro-spinale épidémique.

L'auteur qui avait déjà observé des contractions rythmiques du voile du palais et des muscles du larynx pendant deux mois, chez un patient, chez lequel l'autopsie révéla l'existence d'une tumeur, grosse comme un œuf de poule, dans le cervelet avec aplatissement du pont de Varole et de la moelle, est porté, par la similitude des symptômes, à conclure chez son malade à l'existence d'un processus pathologique, ayant son siège dans la fosse occipitale, probablement une méningite chronique avec épaissement et adhérence des membranes entre elles et avec la substance cérébrale et les nerfs qui en émergent. De plus, en raison de l'hémiplégie alternante et de l'hémiataxie, il estime qu'il faut admettre une interruption de la transmission dans la partie gauche du pont de Varole, interruption due vraisemblablement à l'existence d'une encéphalite, d'un foyer purulent : la marche de l'affection et l'absence de lésion

ophtalmoscopique permettent d'exclure l'existence d'une tumeur.

IV. — *Un cas de paralysie alcoolique avec lésion centrale*; par le Dr Karl Schaffer (numéro de mars). — On a vu jusqu'à présent dans la paralysie alcoolique une névrite périphérique parce qu'on a trouvé dans cette affection une moelle saine et des nerfs périphériques dégénérés. Une observation de l'auteur semble infirmer cette manière de voir.

Chez une femme atteinte de paralysie alcoolique des membres inférieurs, il a constaté l'atrophie des cellules nerveuses trophiques de la moelle, surtout à la région lombaire, les parties supérieures étant intactes ; d'autre part, les racines des nerfs n'étaient pas atrophiées, mais les nerfs périphériques n'ont pas pu être examinés. La localisation de l'atrophie aux cellules nerveuses trophiques de la région lombaire, alors qu'il s'agit d'une paralysie alcoolique des membres inférieurs, autorise à voir là une relation de cause à effet. Peut-être, la névrite périphérique n'est-elle, comme le veut Strumpell, qu'une conséquence de la lésion centrale, et l'intégrité des racines motrices observée dans le cas rapporté par l'auteur, ne permet pas de nier cette corrélation ; car, d'après Erb, l'influence des cellules trophiques étant centrifuge, la résistance à sa transmission augmente avec la distance, et ce sont les parties les plus éloignées du centre qui doivent être les premières atteintes. Sans trancher la question, l'auteur se rattache à l'opinion de Leyden, qui estime que, dans la polynévrite, les altérations de la moelle et celles des nerfs périphériques coexistent.

V. — *Résultats obtenus par la suspension dans le tabes dorsalis et dans d'autres affections nerveuses chroniques*; par les professeurs Eulenburg et Mendel (numéro de juin). — Après les résultats obtenus par Charcot, au moyen de la méthode indiquée, il y a six ans, par Motchutkorresky, les auteurs ont cru devoir essayer le traitement par la suspension dans leur policlinique des maladies nerveuses. Leurs expériences ont porté sur 40 cas, dont 34 de tabes, et 6 d'autres affections nerveuses. La suspension a eu lieu en tout 975 fois, avec un minimum de deux séances et un maximum de soixante séances par individu. L'application de la suspension a été tri hebdomadaire et, pour quelques individus, quotidienne ; sa durée a varié d'une demi-minute à trois minutes, sans aucun inconvénient. Les sujets soumis à ce traitement avaient tous été traités par d'autres moyens, notamment par l'électricité ; mais toute autre médica-

tion fut arrêtée. Sur les six malades non tabétiques, une myélite chronique et une névrose traumatique ne furent pas influencées par le traitement; une sclérose disséminée s'améliora d'une manière très sensible, et sur 3 cas de paralysie agitante, il y eut chez un malade une amélioration assez marquée pour lui permettre de marcher, exercice dont il était incapable auparavant.

Quant aux 34 tabétiques, 5 renoncèrent au traitement; 6 n'en retirant aucun bénéfice furent de nouveau soumis à l'électrothérapie; 2 furent très améliorés : un maçon qui, après 39 suspensions, a pu reprendre son travail et un autre malade qui a quitté le service. Sur les 21 autres tabétiques qui ont continué le traitement, 5 furent très améliorés; 11 ou 12 éprouvèrent une amélioration légère des symptômes tabétiques; chez 5, les résultats furent nuls.

Les auteurs estiment que leurs expériences, qui comprennent une durée de trois mois, ne sont pas assez concluantes pour servir de base à une opinion définitive, mais que la suspension n'a cependant pas été sans effet, et qu'elle constitue un moyen de traitement qui peut occuper une place honorable à côté des autres traitements, notamment de l'électrothérapie. Ils estiment que le mode d'action pourrait être recherché dans l'allongement du corps et notamment de la colonne vertébrale, et aussi dans la tension des artères et l'augmentation de la pression sanguine. Peut-être aussi faut-il attribuer un rôle à l'influence psychique ; mais les auteurs estiment que ce facteur n'aurait pas été favorable à leurs expériences, vu le peu d'enthousiasme que leurs malades montraient pour ce nouveau traitement et le scepticisme naturel aux Berlinois, avec lequel ils s'y soumettaient; mais peut-être, ajoutent-ils, y avait-il parmi ces malades quelques optimistes auxquels cette remarque n'est pas applicable.

**VI. — Une névrose traumatique avec autopsie;** par les Dr<sup>s</sup> Sperling et Kronthal (numéro de juin). — Dans un tamponnement, un garde-frein, âgé de quarante-deux ans, est projeté contre la paroi de sa loge. Contusion du front, de l'abdomen et de la poitrine avec syncope. L'employé n'apprend que quelques heures plus tard, d'un de ses collègues, qu'il a une érosion au front. Il n'a pas d'hérédité, n'est ni alcoolique, ni syphilitique. Quelques semaines après l'accident, arrivent de la dépression, de l'anxiété, des hallucinations nocturnes terrifiantes, de la céphalalgie, des fourmillements, des bourdonnements d'oreilles, de l'affaiblissement physique, du tremblement.

Après six mois, on observe de l'affaiblissement de la mémoire et des facultés intellectuelles en général, de la fixité du regard, de la diminution de la force musculaire, de l'incertitude de la démarche. Le réflexe du genou est presque nul, les réflexes cutanés sont diminués ; il y a de l'apepsie et de l'impuissance, en outre des troubles circulatoires et respiratoires. Traité par la suggestion hypnotique, le malade va rapidement mieux et paraît guéri, après quinze séances. Cinq ans après l'accident, il mourut subitement.

L'autopsie révéla un épanchement pleurétique double, de la dilatation du ventricule gauche, un état laiteux de la pie-mère sur les deux hémisphères avec épaississement et oedème, mais sans adhérence.

L'examen microscopique révéla l'existence d'une sclérose très marquée du système artériel, surtout dans l'axe cérébro-spinal, avec dégénérescence hyaline et graisseuse disséminée. De plus, dégénérescence du sympathique, de la substance blanche de la moelle, avec altération des cellules ganglionnaires d'une partie de la moelle dorsale, et petits foyers hémorragiques dans la partie médiane de la moelle à la même région.

Les auteurs estiment que ces altérations de la moelle sont consécutives aux lésions vasculaires, et que les manifestations psychiques et physiques, observées durant la vie, sont également liées à ces altérations. Il leur paraît également vraisemblable, que les lésions vasculaires observées sont le résultat du traumatisme, soit que celui-ci les ait provoquées directement ou ait simplement hâté leur évolution. Quant au *modus agendi*, ils se demandent si un changement brusque de la circulation, soit par contraction, soit par dilatation des vaisseaux, ne peut pas amener des lésions consécutives de ces organes ; et si la paralysie générale, liée à une hyperhémie chronique de l'encéphale, et l'épilepsie survenue à la suite d'une frayeur et devant, dans la suite, affection organique, ne présentent pas une certaine analogie avec le cas cité.

Quant à l'action bienfaisante de la suggestion hypnotique, dans une affection dont l'autopsie a démontré le caractère organique, les auteurs disent qu'on peut l'expliquer en admettant l'existence de « cellules de réserve », dont l'action compensatrice se ferait sentir à la place de celles des parties lésées à la suite d'une excitation spéciale.

VII. — *Le strabisme dans la contracture infantile spastique est-il une preuve de l'origine cérébrale de l'affection ?* par

le Dr Ziehl (numéro de juillet). — Schültze a observé la contracture spasmique limitée aux membres inférieurs chez trois enfants de la même famille : les deux aînés étaient strabiques, l'intelligence était normale, le langage également. L'accouchement, lent et pénible, semblait, chez tous les trois, être la cause de l'affection. Schültze estime que, dans les cas consécutifs à un accouchement difficile, le siège de la maladie doit être cherché dans le cerveau, et que ces cas se compliquent souvent de symptômes cérébraux, dont les principaux sont le strabisme, le trouble du langage et l'affaiblissement intellectuel.

Quoique Schültze n'aille pas jusqu'à nier qu'à côté des cas consécutifs à des accouchements difficiles ou prématurés, il ne puisse exister des cas de contracture infantile spasmique imputables à un vice de développement de faisceaux médullaires, l'auteur attire l'attention sur le danger qu'il y aurait à considérer le strabisme, comme étant toujours un phénomène d'origine cérébrale, et à conclure de là à l'origine cérébrale de la contracture spasmique. Il rapporte, en effet, plusieurs observations de contracture spasmique infantile, compliquée de strabisme dû à la myopie monocaire, ainsi que l'a révélé un examen spécial des yeux. Il importe donc dans chaque cas particulier de se livrer à un examen minutieux de l'appareil oculaire, avant de considérer le strabisme comme ayant une origine cérébrale. Enfin, il indique comme pouvant aider au diagnostic différentiel de l'origine cérébrale ou spéciale, la galvanisation de la moelle qui, dans plusieurs cas, lui a donné d'excellents résultats.

VIII. — *Un cas d'épilepsie partielle*; par le Dr Roller (numéros d'août et de septembre). — Une femme K..., née en 1831, héréditairement prédisposée aux affections nerveuses, — elle est petite-fille, fille, sœur, nièce et tante d'aliénés et de suicidés, — est prise, en 1884, d'une attaque caractérisée par de la perte de connaissance avec contractions musculaires durant plusieurs heures. En 1887, elle présente de l'affaiblissement intellectuel et, le 18 novembre de la même année, surviennent des convulsions générales mais bien plus marquées à droite, accompagnées de perte de connaissance, d'aphasie amnésique, et suivies de dépression et d'anxiété, nécessitant le placement dans une maison de santé. A partir de ce moment, il y a à peu près tous les mois des crises convulsives limitées à la moitié droite du corps, accompagnées de perte de connaissance.

sance et suivies de paralysies passagères du côté droit. Quelques mois plus tard (juin 1888), les crises convulsives, toujours limitées au côté droit, n'entraînent plus de perte de connaissance. Ces crises sont quotidiennes du 27 au 30 août. La malade qui n'a pas perdu connaissance, demande qu'on écarte de son côté droit le sang qui s'y trouve et d'autres objets. Elle fait de la main droite des gestes comme pour se débarrasser d'objets gênants, parle de bagues qu'elle vient de jeter, etc. Priée de montrer la langue, elle ne peut la sortir de la bouche, ou croit l'avoir tirée quand cet organe est resté dans la cavité buccale. Le décès a lieu le 3 septembre.

Les lésions remarquables constatées à l'autopsie sont : un état laiteux des méninges au lobe antérieur du cerveau; un kyste du volume d'un haricot, dans la troisième circonvolution frontale gauche, avec un petit foyer scléreux en avant et en arrière de ce kyste; épaississement des méninges au-dessus de l'insula du côté gauche et, dans l'insula, deux foyers d'une coloration foncée de 2 centimètres de long; athérome très prononcé, surtout dans l'artère sylvienne gauche.

L'alcoolisme et la syphilis ayant été écartés comme causes de l'affection, on a recherché s'il y avait eu intoxication saturnine, la malade s'étant servi, pendant douze ou quinze ans, d'une matière colorante des cheveux à base de plomb. L'examen clinique a fait rejeter cette cause étiologique, et l'auteur ne voit dans l'affection que le produit d'une disposition héréditaire avec athérome précoce qui aura été la cause des lésions observées. Il estime que si les centres moteurs corticaux et, plus spécialement, les circonvolutions centrales et le lobule paracentral ne présentent pas de lésions anatomiques, il y a lieu d'admettre une irritation de ces foyers, émanant des points malades de la circonvolution de Broca et de l'insula.

Quant à l'impossibilité de tirer la langue ou à l'inaptitude de juger si cet organe est sorti ou non de la cavité buccale, l'auteur veut y voir un trouble du sens musculaire. Il explique de la même manière les gestes de la main droite et la croyance à la présence d'objets divers, tels que sang, bagues, etc. Il se refuse à voir, dans ce dernier phénomène, des hallucinations visuelles, parce que, dit-il, la malade désignait les objets dans un endroit situé en dehors de son champ visuel. Il conclut en disant que le cas rapporté rappelle l'épilepsie Jacksonnienne, par l'étendue des convulsions à une moitié du corps seulement, par les paralysies consécutives passagères, par la conservation

de la conscience pendant les crises convulsives, par la déviation conjugée des yeux, qui a également été observée, et par l'aphasie. Mais il ajoute que d'autres symptômes différencient le cas qu'il rapporte avec l'épilepsie Jacksonnienne : ces symptômes seraient la perte de connaissance observée dans les crises convulsives du début, la durée plus longue (plusieurs heures au lieu de plusieurs minutes) des crises convulsives, l'absence d'aura et de contractions musculaires isolées précédant la crise. Il s'agit donc, dit l'auteur, non d'épilepsie Jacksonnienne ou corticale, mais d'épilepsie partielle, et il admet des états intermédiaires, établissant une gradation insensible de l'épilepsie Jacksonnienne vraie et l'épilepsie partielle.

IX. — *De quelques variétés qualitatives du phénomène du genou*; par le Dr Benedikt (numéros de septembre et d'octobre). — Il ne faut pas rechercher seulement si le réflexe rotulien est augmenté ou diminué ; il y a plusieurs variétés de ce réflexe que l'auteur signale. D'abord, la variété clonique dans laquelle plusieurs secousses rapprochées se produisent après la percussion du tendon ; elle s'observe aussi bien dans les formes médullaires que dans les formes cérébrales de paralysie et dans les affections médullaires spasmodiques. Une seconde variété est désignée sous le nom de réflexe paradoxal, et est caractérisée par la production d'un mouvement de flexion au lieu du mouvement d'extension. L'auteur l'a observée dans un cas de tumeur cérébrale avec dépression mélancolique, vertige et surdité. Une troisième variété est caractérisée par l'irradiation du réflexe sur le corps entier, même aux membres du côté opposé à celui où a lieu la percussion du tendon. L'auteur estime que cette variété indique souvent une irritation de la moelle allongée. Enfin, la quatrième variété est la variété tonique : la jambe s'étend et reste étendue. Ce phénomène s'observe surtout, dit l'auteur, dans les cas de sclérose latérale très prononcée, décrits à tort sous le nom d'ataxie spasmodique. Il fait remarquer encore que souvent le réflexe rotulien est retardé et que le phénomène d'épuisement s'observe fréquemment. Le réflexe d'abord augmente, diminue vite et disparaît même complètement ; cela est surtout vrai pour le réflexe irradié.

A propos d'une question de priorité soulevée par les considérations émises ci-dessus par l'auteur, celui-ci revient sur la question, cite les travaux de Schuster et de Simarro, et signale un travail publié par lui en 1864 (*Deutsche Klinik*, n° 30), dans lequel il avait déjà étudié les réflexes par d'autres procé-

dés que la percussion. Il fait remarquer que les contractions musculaires spéciales qui accompagnent les mouvements volontaires et qui se produisent, soit dans les muscles sur lesquels la volonté agit directement, soit dans leurs antagonistes ou dans d'autres groupes musculaires, contractions auxquelles il voudrait donner le nom de *Subcontractures*, se produisent également dans la maladie de Thomsen, mais diffèrent beaucoup des crampes provoquées par les mouvements volontaires dans la sclérose latérale, la sclérose en plaques, l'athétose, la paralysie agitante, la chorée, etc.

X. — *Névrite multiple avec paralysie faciale double et ataxie des membres inférieurs*; par le Dr Strümpell (numéro de novembre). — Un homme de trente-six ans, ni alcoolique, ni syphilitique, après avoir été piqué par une « mouche » en octobre 1889, a eu des accidents inflammatoires du bras n'allant pas jusqu'à la suppuration, et qui ont duré plusieurs semaines. A la même époque, on signale un peu de glycosurie passagère. Sur ces entrefaites, il se déclare, le 29 décembre, des douleurs aux tempes, qui, le 2 janvier, s'étendent aux oreilles. En même temps, le malade ressent des douleurs dans les membres, et le lendemain il se réveille avec une ataxie complète des membres inférieurs et une paralysie des muscles de la face innervés par les nerfs faciaux. L'immobilité des muscles des lèvres rendent la parole difficile; le réflexe rotulien a disparu des deux côtés.

Les muscles des membres inférieurs réagissent normalement contre l'excitation électrique; les muscles innervés par les nerfs faciaux présentent la réaction de dégénérescence. Sous l'influence de frictions mercurielles, de la galvanisation et de l'hydrothérapie, il se produit une amélioration rapide en ce qui concerne l'ataxie, plus lente en ce qui concerne la mobilité des muscles de la face. Celle-ci n'est rétablie complètement qu'après plusieurs mois.

L'auteur estime qu'il s'agit d'une névrite multiple primaire: il n'est pas d'avis qu'il faille attribuer l'affection à la piqûre de mouche (névrite infectieuse). Il estime que la participation du facial dans la névrite multiple est assez rare pour mériter d'être signalée.

Quant à l'ataxie qui, fréquente dans les névrates alcooliques et postdiphétiques, est rare dans la névrite primaire, l'auteur l'impute à l'altération de fibres centripètes chargées de transmettre l'excitation périphérique aux centres coordinateurs

de l'axe cérébro-spinal, altération qui a sans doute été moins profonde que celle des nerfs faciaux, ce qui explique la disparition plus rapide du symptôme ataxie. La fugacité même de ce symptôme milite également, selon l'auteur, en faveur d'une origine périphérique du mal. Quant à la glycosurie passagère qui a été observée, elle n'est peut-être pas sans avoir des rapports avec la névrite multiple, l'auteur ayant déjà observé antérieurement un cas de névrite qui avait été précédé de glycosurie.

XI. — *Névrite multiple et ataxie*; par le Dr Jendrassick (numéro de décembre). — L'auteur s'élève contre les conclusions données dans le numéro de novembre par Strümpell, relativement à l'origine périphérique de l'ataxie. Il n'admet pas la nature périphérique de l'ataxie, et déclare comprendre difficilement comment une affection qui, d'après le fait cité par Strümpell, a frappé *in toto* les nerfs faciaux, aurait atteint dans les nerfs des membres uniquement certaines fibres chargées de la transmission centripète de l'excitation à des centres coordinateurs de la moelle, alors surtout que l'existence de ces fibres est tout à fait hypothétique et non prouvée par la vivisection. Que si on admettait que ces fibres fussent confondues avec d'autres fibres sensitives ou motrices, on comprendrait encore moins comment elles pourraient être atteintes isolément. En fait de localisation, ajoute l'auteur, les faits bien circonscrits, à lésion bien définie, peuvent seuls servir de base à une argumentation, et la névrite multiple mal étudiée encore a vraisemblablement une origine infectieuse, par conséquent diffuse. Et si, d'une part, l'examen complet des centres nerveux est impossible en fait, d'autre part, le perfectionnement quotidien des méthodes d'investigation, autorise à admettre que plus tard on pourra constater des lésions qui actuellement nous échappent. Toutes ces considérations doivent entrer en ligne de compte et imposent une certaine réserve. Aussi l'auteur est-il surpris du caractère affirmatif de la conclusion de Strümpell, relativement à l'origine périphérique de l'ataxie dans la névrite multiple. Oppenheim et Erb reconnaissent que cette origine périphérique n'est pas démontrée, et Strümpell, lui-même, a admis antérieurement la possibilité d'une origine centrale de la névrite multiple. Comme preuve que des lésions peuvent exister dans les centres nerveux sans changement macroscopique, l'auteur rapporte qu'ayant examiné récemment l'encéphale d'un tabétique, il a découvert

dans le cerveau, des bacilles. Leur présence lui a été expliquée par un érysipèle phlegmoneux que le tabétique avait eu quelque temps avant sa mort. Pour lui, dans le cas de Strümpell, il y avait lieu de diagnostiquer : 1<sup>o</sup> en raison de la réaction de dégénérescence, une affection périphérique des nerfs faciaux; 2<sup>o</sup> en raison de l'ataxie limitée aux membres inférieurs, une affection du système nerveux central.

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

## BIBLIOGRAPHIE

*De la législation sur les aliénés dans les Iles Britanniques*; par le Dr René Semelaigne. 1 vol. in-8. Paris, Steinheil, 1892.

Le livre du Dr René Semelaigne a pour but de faire connaître la nouvelle législation anglaise sur les aliénés, et ce travail arrive d'autant plus à propos qu'on discute chez nous le projet de modifier la législation française. La loi anglaise n'est plus ce qu'elle était quand Foville a publié en 1884 le mémoire figurant aux annexes du grand rapport de M. Théophile Roussel. La publication de M. René Semelaigne ne fait donc pas double emploi avec celle de Foville et nous montre les réformes accomplies récemment chez nos voisins.

L'ouvrage débute par un historique des lois et règlements sur les aliénés en Angleterre et dans le pays de Galles, depuis 1324 (Act d'Édouard I<sup>e</sup> confirmé par Édouard II), jusqu'au *Lunacy Act* du 29 mars 1890, ou Act consolidé, complété par le *Lunacy Act* du 5 août 1891.

Nous savons que, dans les Iles Britanniques, la législation n'est pas commune à l'Angleterre, l'Écosse et l'Irlande. La législation sur les aliénés n'ayant pas varié dans ces dernières années en Écosse et en Irlande, l'étude de M. René Semelaigne s'applique surtout à l'Angleterre et au pays de Galles. Les aliénés s'y répartissent en trois grandes classes : les *private patients*, soignés à leurs frais, les *pauper patients* ou indigents, les *criminal lunatics*, aliénés criminels reçus dans des asiles spéciaux appartenant à l'État. Les *private patients* se subdivisent en plusieurs catégories suivant qu'ils sont ou ne sont pas sous la tutelle du Lord Chancelier, et suivant qu'ils sont internés dans un asile public ou privé, ou soignés dans une maison particulière.

Les *private patients* ne sont reçus dans un établissement spécial que sur un ordre émanant de l'autorité judiciaire, et la demande de placement adressée au juge doit être appuyée de deux certificats médicaux sur feuilles séparées. Tout aliéné a droit de réclamer l'examen par le juge et s'il n'a pas été vu par celui qui a donné l'ordre d'admission, il peut exiger d'être exa-

miné par un autre juge, sauf le cas où le médecin traitant a déclaré dans les vingt-quatre heures que l'exercice de ce droit est préjudiciable au malade. Les juges chargés de rendre les ordres d'admission sont choisis chaque année par leurs collègues. La loi a prévu les ordres d'urgence lorsqu'un traitement immédiat est nécessaire (ces ordres ont force pendant huit jours), et les ordres sommaires d'admission lorsqu'un individu, indigent ou non, donnant des signes de folie, erre en liberté dans la paroisse ou le district.

L'admission des indigents a lieu dans les asiles ou les *work-houses* sur l'ordre des commissaires ou sur l'ordre du juge, et sur le vu d'un certificat médical. Un malade ne peut pas être détenu contre son gré plus de quinze jours sans un ordre du juge. Les aliénés dits criminels appartiennent à deux catégories : les prévenus dont la Cour a ordonné l'internement sur la déclaration du jury qu'ils ne jouissaient pas de leurs facultés mentales à l'époque de l'acte délictueux ; les condamnés transférés à l'asile sur l'ordre du secrétaire d'État après expertise médicale.

M. René Semelaigne a fait l'exposé de la loi anglaise d'une manière très claire et très détaillée ; son livre rendra service à tous ceux qu'intéresse l'étude des législations comparées et qui n'ont pas à leur disposition une bibliothèque anglaise ou ne connaissent pas la langue anglaise. Il y a, en tous cas, une œuvre de vulgarisation à laquelle nous ne pouvions qu'applaudir. Nous n'avons qu'une critique à formuler : M. René Semelaigne expose les dispositions prescrites par la loi anglaise sans nous donner aucune appréciation sur le bon fonctionnement de cette législation qui diffère de la nôtre, puisque nous y voyons l'intervention du juge pour l'admission dans un asile, et puisque les aliénés soignés dans une maison particulière sont surveillés. Nous aurions été heureux de trouver un reflet de l'opinion du Dr Hack Tuke qui a reçu l'auteur avec sa bienveillance habituelle.

Comme nous l'avons dit en débutant, la législation sur les aliénés en Écosse et en Irlande est présentée d'une manière beaucoup plus sommaire puisqu'il n'y a pas été apporté de réformes récentes.

Le livre de M. René Semelaigne se termine par le relevé des principaux *Acts* sur les aliénés, classés par ordre chronologique pour l'Angleterre et le pays de Galles, pour l'Écosse, pour l'Irlande.

Ceux qui voudront approfondir la question trouveront avec plaisir des indications destinées à faciliter leur travail.

A. GIRAUD.

*Contribucion al estudio de las enfermedades mentales en Chile.*

— *Movimiento de poblacion de la Casa de Orates de Santiago, en 1890* (Contribution à l'étude des maladies mentales au Chili. — Mouvement de la population traitée en 1890 dans la Maison de santé de Santiago) ; par M. Beca, médecin résident et titulaire de l'établissement. — Brochure grand in-8 de 50 pages, avec graphiques en couleurs. Santiago du Chili, 1891.

Ce travail, présenté dans sa séance d'avril à la Commission administrative de l'asile, n'est autre chose, dans ses grandes lignes, qu'un rapport médical, analogue par la matière, les divisions et les considérations émises, à ceux que nous publions annuellement en France. Officiellement, c'est le premier qui ait encore été livré au public, « trop ignorant, comme la classe médicale elle-même, de l'organisation, de la marche et du mouvement de beaucoup d'institutions de bienfaisance, qui gagneraient à être connues, non seulement par les médecins et les autorités, mais encore de la société tout entière ». Faire l'analyse d'un semblable ouvrage qui est purement statistique, c'est se borner à citer des chiffres, ou à peu près. L'intérêt n'y perd rien, grâce aux points de comparaison qu'il est, de la sorte, facile d'établir entre les asiles de la France et celui du Chili.

Dans ce dernier, l'année 1890 vit séquestrer pour aliénation mentale un total de 513 individus : soit 328 hommes et 185 femmes. Les sorties s'élèverent à 474 unités : hommes, 284; femmes, 190. Les courbes annexées à ces deux tableaux permettent de remarquer d'un coup d'œil, la fréquence des entrées dans le premier et les trois derniers mois de l'année, avec une ascension intermédiaire en mars, avril et mai. Pour septembre et décembre, la chose s'expliquerait par l'ardeur avec laquelle les deux sexes croient devoir fêter, le verre en main, les « jours patriotiques » ; en ce qui concerne mars et avril, la raison est la même, le prétexte seul diffère : c'est l'abondance de la *chicha* (1) qui cause tout le mal à cette épo-

---

(1) *Chicha*, sorte d'eau-de-vie extraite généralement du maïs ; par extension, il s'agit ici d'alcool de marc (raisin).

que. Le résultat ne varie en aucune façon ; c'est l'envahissement de l'asile par les alcooliques. Comme, chez la plupart de ces ivrognes, la guérison survient à brève échéance, c'est aussi vers le même temps que la courbe des sorties se montre élevée. Le facteur *alcoolisme* mis à part, M. Beca croit et affirme, d'après son expérience personnelle, que les saisons ont sur l'aliénation mentale une action évidente. Les entrées seraient en nombre plus considérable durant les chaleurs de l'été, les sorties plus fréquentes vers l'automne et dans le cours de l'hiver.

L'examen des causes attribuables à la folie, dans le peuple chilien, vient démontrer encore une fois combien, entre toutes, l'abus des spiritueux tient de beaucoup le premier rang. L'action de ce facteur étiologique, en prenant pour base le chiffre des entrées, se révèle dans la proportion de 57 p. 100 chez les hommes ; chez les femmes, il ne vient guère qu'en seconde ligne, les causes morales tenant, comme presque toujours, la première ; ici, l'influence de l'alcool ne s'exerce plus que dans le rapport de 7,5 p. 100. Au fond, ces résultats n'ont de vrai que l'apparence, en réalité, ils doivent être doublés ou peu s'en faut. Sur 185 femmes admises, en effet, 80 figurent sous la rubrique : *Causes inconnues*. Cette fraction, chez les hommes, est moins importante, mais elle est encore de 62 individus entrés sans renseignement aucun, sur 328 admissions. Il faut donc, pour la rectitude des calculs, retrancher du nombre des entrées 80 unités d'une part et 62 de l'autre ; car il n'est pas soutenable que ces 142 malades puissent, par le fait seul de l'ignorance où l'on est sur leur compte, figurer de droit parmi les abstèmes. Aussi, nous séparant de M. Beca sur ce point, évaluons-nous à 70,3 p. 100 la proportion des alcooliques hommes entrés dans son asile, et à 13,3 p. 100, celle des alcooliques femmes. Il suffira, pour vérifier notre dire, de savoir que ceux-là sont au nombre de 187 sur (328 — 62), et celles-ci au nombre de 14 sur (185 — 80).

En ce qui concerne l'influence de l'âge sur la production ou la guérison des troubles mentaux, au Chili, comme partout, c'est dans la moyenne de la vie, — trente à quarante ans, — que les entrées et les sorties se montrent le plus fréquentes. A leur tour, les recherches sur l'état civil témoignent, une fois de plus, combien est élevé le tribut que payent à la folie les célibataires, et en particulier les hommes. Dans l'état de veuvage, au contraire, le beau sexe est plus éprouvé que le laid. Enfin, ce

dernier, comparé à l'autre en prenant pour base un groupe de 100 malades, figure pour un chiffre supérieur dans les entrées aussi bien que dans les sorties ; la différence est même notable, et, réduite à son expression la plus simple, peut se formuler ainsi : pour 1 femme on reçoit 3 hommes, et on en libère 2. Les professions les plus fréquemment représentées sont celles de journaliers, cultivateurs, employés, couturières, laveuses, servantes, etc. A ce propos, M. Beca fait remarquer que, dans les pays tels que la France, l'Angleterre, l'Allemagne, ce sont les marins et les soldats qui fournissent aux établissements d'aliénés la majeure partie de leur population, chose qui n'arrive pas au Chili, les militaires de terre ou de mer formant à peine les 2/100<sup>es</sup> du chiffre des entrées. Sur ce point, M. Beca nous semble seulement avoir commis une légère omission : c'est de comparer, d'une part, la valeur numérique des troupes chiliennes et celle de la population totale de son pays ; puis, de faire ensuite le même travail pour les nations européennes qu'il cite. En France et en Allemagne, tout le monde est soldat ; en Angleterre, la masse des marins est considérable. En est-il de même au Chili ? — De plus, ce pays est assez souvent en guerre avec ses voisins pour que, d'abord, l'appréhension des événements et les mille inquiétudes qu'ils suscitent influent d'un manière funeste sur l'équilibre mental de la population civile, et que, d'un autre côté, les balles, les obus, et tous autres projectiles quelconques, diminuent notablement, pour le soldat, ses chances d'entrée à l'asile.

Étudiant les statistiques de l'Ancien et du Nouveau Monde, l'auteur fait ressortir ce fait, tout à l'avantage de sa patrie, que : la France, comptant 1 aliéné pour 440 habitants ; — l'Angleterre, 1 pour 365 h. ; — la Suisse, 1 pour 927 h. ; — l'Autriche, 1 pour 1,003 h. ; — les États-Unis, 1 pour 622 h. ; — le Chili, plus heureux, compterait à peine 1 fou pour 2,000 citoyens. La région du Centre serait plus abondante en malades que celles du Nord et du Sud, qui la suivraient dans l'ordre où nous les énumérons ; la part de chacune d'elles dans les entrées de 1890 serait de 85, 12 et 3 p. 100. — Parmi les causes d'affections mentales, l'hérédité, soit directe, soit collatérale, se rencontre positivement 119 fois sur 513 personnes des deux sexes ; mais notons qu'il en est 249 dont on ignore tout à fait les antécédents, et qui, sans doute, viendraient dans une certaine mesure grossir le chiffre énoncé. — Le nombre des guérisons est, basé sur le chiffre des entrées

seulement, de 141 pour les hommes, de 44 pour les femmes ; cette énorme différence tient à la quantité de fous alcooliques reçus dans l'année (160 sur 513) : ceux-ci mis à part, ce seraient, au contraire, les femmes qui l'emporteraient en résultats favorables sur l'autre sexe.

Entre toutes les formes d'aliénation, la paralysie générale progressive est, jusqu'à présent, une des plus rares au Chili ; et encore, est-ce une particularité à signaler, que la moitié des paralytiques reçus à l'asile étaient des étrangers : Français ou Allemands. Leur nombre, par rapport à celui des entrées, a été de 4.5 p. 100. Inutile d'ajouter, après les chiffres énoncés plus haut, que la folie alcoolique tient, au contraire, le premier rang parmi les affections traitées au Manicome de Santiago.

C'est justement parmi les individus adonnés aux spiritueux que se recrute, pour la bonne part, un groupe d'entrants au sujet desquels M. Beca émet quelques considérations judicieuses. Dame Police, plus zélée encore au Chili qu'en Europe, *coffre* volontiers comme irraisonnables, certaines gens tout au plus coupables, en général, d'avoir célébré avec trop de fougue bachique la fête patronale du jour ou quelque autre solennité non moins obligatoire. En 1890, 9 personnes sont venues de la sorte à la maison de santé, sans qu'aucun trouble intellectuel justifiât leur séquestration. M. Beca, déplorant de telles erreurs, exprime ses vœux pour la création, *hors de l'asile*, d'un lieu de passage destiné à l'examen des mentalités suspectes : les individus et les familles y trouveraient certainement leur compte. De même, est-il regrettable que les pensionnaires puissent, de par la loi et malgré l'avis contraire du médecin traitant, être retirés par les familles, trop enclines souvent à écouter les revendications de leurs proches : les sorties de cet ordre atteignent le dixième des entrées totales de l'année. Qu'en advient-il le plus souvent ? Placé dans un milieu très mal disposé pour sa guérison, privé des moyens spéciaux qui assurerait celle-ci, le malade, désormais libre de ses actes qu'il est incapable d'apprécier, ne saurait, comme la société tout entière, que perdre à son élargissement. A ce point de vue comme à bien d'autres, la loi chilienne, calquée d'ailleurs en partie sur la loi française, aurait à bénéficier de quelques modifications.

Les maladies incidentes furent, à l'asile de Santiago, les mêmes que nous observons en général dans nos asiles. La grippe a particulièrement sévi, ainsi que les troubles gastro-

intestinaux. A la dysenterie et à la « diarrhée paralytique », sont dus le plus grand nombre de décès (ensemble, 18) ; le ramollissement cérébral et la congestion viennent ensuite avec 17 unités à leur actif. Sur 513 malades entrés en 1890, 56 sont morts de différentes affections, soit un peu plus du dixième. La *diarrhée paralytique*, nous l'avons vu, a contribué pour sa part à ce total de mortalité. L'auteur appelle ainsi un flux intestinal abondant que rien ne peut arrêter, toujours fatal, par conséquent, et qui frappe surtout deux catégories de malades : les déments et ceux atteints de manie aiguë ou de folie inflammatoire, » paralysie générale ou autres affections du même genre ». Ce dérivation énergique amènerait chez le patient une débilitation rapide, avec, le plus souvent, une véritable amélioration de l'état mental. D'accord avec M. Beca sur l'action débilitante de la diarrhée en question, peut-être le sommes-nous un peu moins sur le chapitre des rémissions qu'elle détermine ; l'apaisement se fait, certes, chez les agités, car il est difficile de passer d'une extrême surexcitation au marasme le plus absolu, sans traverser une sorte de zone neutre qui peut faire illusion ; mais, ce qui peut être vrai, lorsqu'il s'agit de réactions purement physiques, ne nous semble plus aussi exact en ce qui touche à l'élément intellectuel. Du moins, est-ce un fait qui ne nous a pas frappé aussi souvent que l'indique M. Beca. Au point de vue étiologique, notre confrère voit dans cette diarrhée une affection d'origine nerveuse ; c'est une paralysie légère des vaso-moteurs, et particulièrement des vaso-constricteurs de l'intestin qui la déterminerait. Ces nerfs ayant perdu tout ou partie de leur action, et leurs antagonistes ayant conservé ou accru leur énergie, cette modification donnerait lieu à un afflux, une transsudation véritable des éléments liquides du sang dans la cavité intestinale. D'autre part, les sphincters seraient également atteints, à quelque degré, de la même paralysie ; d'où, évacuations involontaires, nombreuses et abondantes. L'inefficacité des agents mis en œuvre pour obtenir la guérison de cette diarrhée semble, ajoute M. Beca, donner gain de cause à l'explication proposée.

Plusieurs tableaux, répartis par formes mentales, nous montrent ensuite l'état de la population au 31 décembre 1890. Ils nous apprennent que c'est particulièrement la manie chez la femme (38 p. 100), la démence chez l'homme (28 p. 100), qui sont le plus fréquemment représentées à l'asile, — la proportion générale étant, pour la démence, de 28 ; pour la manie, de

26 p. 100. Quant à l'issue probable des affections traitées, les deux tiers au moins seraient incurables, parmi les malades présents ; leur nombre, en effet, est, au bas mot, de 239 unités sur 364 hommes, ce qui équivaut à 65.65 p. 100, et de 225 sur 328, chez les femmes, soit 68.5 p. 100.

Un peu plus loin, se présente un graphique dont la courbe, éloquente dans sa marche uniformément ascensionnelle, démontre combien le Nouveau Monde est comparable à l'Ancien quant à l'augmentation progressive des cas de folie. De 1864 à 1890, le nombre des séquestrés a presque quadruplé au Chili : ils étaient deux cents tout d'abord ; ils se comptent aujourd'hui par un peu plus de sept centaines, — trois fois et demie le chiffre primitif, — et, dans cet intervalle, la courbe reste constamment ascendante, sauf un plateau de cinq années (1876-1880), et deux inflexions insignifiantes. Les causes de cet accroissement régulier sont multiples évidemment, et ne diffèrent guère, d'après ce qu'en dit l'auteur, de celles invoquées chez nous en général. Ajoutons que le Manicomio de Santiago est unique pour le Chili, et qu'il a été construit pour deux cent soixante-douze malades seulement ; il est donc plus que comble à l'heure présente.

Entre les moyens curatifs ou palliatifs mis en œuvre dans le service du Dr Beca, — et qui se rangent sous quatre chefs : pharmacologie, hydrothérapie, hygiène et traitement moral, — signalons tout particulièrement l'emploi de l'opium : « La méthode du savant aliéniste Voisin a produit des résultats admirables... dans maintes formes d'aliénation présentant des caractères d'incurabilité. Les sels de morphine par le système d'injections hypodermiques sont ceux qui ont donné les résultats les meilleurs, les plus précis, les plus immédiats. Grâce à eux, des guérisons inespérées se sont produites en divers cas de folie mélancolique, de délire hallucinatoire, de délire des persécutions, et d'autres variétés mentales... » L'auteur énumère ensuite rapidement les différents modes thérapeutiques employés à l'ordinaire dans les asiles : douches, bains, travail manuel, écriture et lecture, conversations particulières de médecin à malade, etc., et les donne comme ayant eu leur part indiscutable dans l'amélioration de ses clients. Enfin, et surtout, il appelle l'attention sur l'opportunité de combattre énergiquement la constipation, cause si fréquente d'insuccès dans le traitement, ou d'aggravation dans l'état mental des aliénés.

Tel est le rapport de M. Beca, qui nous a paru des plus

intéressants à étudier, et dont cette analyse un peu sèche ne peut donner qu'un reflet bien atténué.

D<sup>r</sup> NICOLAU.

---



---

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Rapport fait au nom de la Commission chargée d'examiner la proposition de loi de M. Joseph Reinach sur le régime des aliénés ; par le D<sup>r</sup> Ernest Lafont, député. 1 volume in-4° de 242 pages. Paris, imprimerie de la Chambre des députés, 1891.

— Note sur une anomalie musculaire unilatérale chez un épileptique, dont les convulsions prédominaient du côté de l'anomalie ; par le D<sup>r</sup> Ch. Fétré. Broch. in-8° de 8 pages. Extrait de la *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*. S. l. n. d.

— Épilepsie ; sa nature, son traitement ; par le D<sup>r</sup> Alex. Pâris, médecin en chef de l'asile de Maréville. 1 vol. in-8° de 78 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1892.

— De l'influence des accès isolés d'épilepsie sur la température ; par les D<sup>r</sup>s Mairet et Bosc. Broch. in-8° de 57 pages avec planches. Paris, Georges Masson, 1892.

— Rapports de la commission du nouvel asile des aliénés du canton de Genève ; par les D<sup>r</sup>s Long et P. Ladame. Broch. in-8° de 28 pages. Genève, impr. Ch. Zollner. S. d.

— Recherches sur la toxicité de l'urine normale et pathologique ; par les D<sup>r</sup>s Mairet et Bosc. 1 vol. in-4° de 138 pages. Paris, Georges Masson, 1891.

— Étude sur la contagion de la folie ; par le D<sup>r</sup> Ernest Prosnier, médecin-assistant à l'asile du Bois-de-Cery. Mémoire couronné par la Faculté de médecine de Genève. Broch. in-8° de 91 pages. Lausanne, imprim. Ch. Pache et C<sup>ie</sup>, 1892.

— De la législation sur les aliénés dans les Iles Britanniques ; par le D<sup>r</sup> René Semelaigne. 1 vol. in-8° de 136 pages. Paris, G. Steinheil, 1892.

— Ueber die Anwendung von Duboisinum sulfuricum bei Geisteskranken (De l'emploi du sulfate de Duboisine dans les maladies mentales) ; par le D<sup>r</sup> Max Lewald, médecin de la maison de santé privée de Liebenbourg. 4 pages in-8°. Extrait du *Neurologisches Centralblatt*, 1891, n° 19.

— A contribution from Brain surgery to the study of the localisation of the sensory Centres in the cerebral cortex (Contribution à la chirurgie du cerveau pour l'étude de la localisation des centres sensoriels au sommet du cerveau) ; par le

D<sup>r</sup> Ph. Coombs Knapp. Broch. in-18 de 12 pages. Extrait du *Boston medical and surgical Journal*, numéro du 22 octobre 1891.

— Considérations sur l'hématome de l'oreille et sur sa pathogénie; par le D<sup>r</sup> Victor Parant. Broch. in-8° de 12 pages. Toulouse, imprimerie J.-M. Pinel, 1891.

— Two Cases of trephining for traumatic epilepsy (Deux cas de trépanation pour épilepsie traumatique); par les D<sup>r</sup>s Ph. Coombs Knapp et Abner Post. Broch. in-18 de 20 pages. Extrait du *Boston medical and surgical Journal*, numéro du 7 janvier 1892.

— Syphilis du système nerveux; par le D<sup>r</sup> W. Gajkiewicz, médecin des hôpitaux de Varsovie. 1 vol. in-8° de 210 pages. Paris, J.-B. Bailliére et fils, 1892.

— Accidents from the electric currents. A contribution to the study of the action of currents of high potential upon the human Organism (Accidents des courants électriques. Contribution à l'étude de l'action des courants de grande puissance sur l'organisme humain); par le D<sup>r</sup> Ph. Coombs Knapp. Broch. in-8° de 43 pages. Extrait du *Boston medical and surgical Journal*, numéros des 17 et 24 avril 1890.

— Contribution à l'étude anatomique et clinique de l'acromégalie et en particulier d'une forme amyotrophique de cette maladie; par le D<sup>r</sup> G. Duchesneau, ancien interne des hôpitaux de Lyon. 1 vol. in-8° de 208 pages. Paris, J.-B. Bailliére et fils, 1892.

— Astasia-abasia. With the report of a case of paroxysmal trepidant abasia associated with paralysis agitans. (Astasie-abasie. Compte rendu d'une observation d'abasie trépidante paroxystique avec paralysie agitante); par le D<sup>r</sup> Ph. Coombs Knapp. Broch. in-8° de 31 pages. Extrait du *Journal of nervous and mental Disease*, novembre 1891.

— De l'élimination des phosphates dans les maladies du système nerveux et de l'inversion de leur formule dans l'hystérie; par le D<sup>r</sup> André VouGRE, médecin stagiaire du Val-de-Grâce. Broch. in-8° de 75 pages. Paris, J.-B. Bailliére et fils, 1892.

— A Case of tumor of the cerebellum, in which trephining was done for the relief of increased intra-cranial pressure (Cas de tumeur du cervelet dans lequel la trépanation fut faite pour diminuer la pression progressive intra-cranienne); par le D<sup>r</sup> Ph. Coombs Knapp. Broch. in-8° de 10 pages. Extrait du *Journal of nervous and mental Disease*, février 1892.

## VARIÉTÉS

### NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

— *Arrêté du 24 février 1892* : Disjonction des fonctions de directeur et de médecin en chef de l'asile de Vaucluse. Suppression des emplois de médecins-adjoints. Création d'un emploi de directeur et de trois emplois de médecin en chef;

M. le Dr BOUDRIE, médecin-directeur de l'asile de Vaucluse, est nommé médecin en chef de cet établissement, et maintenu à la 2<sup>e</sup> classe de son grade (6,000 fr.) ;

M. le Dr KÉRAVAL, médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard, est nommé médecin en chef de l'asile de Vaucluse, et maintenu à la 3<sup>e</sup> classe de son grade (5,000 fr.) ;

M. le Dr RAMADIER, médecin-adjoint de l'asile de Vaucluse (emploi supprimé), est nommé directeur-médecin de l'asile de Rodez (Aveyron), en remplacement de M. le Dr Campan, décédé, et placé dans la 3<sup>e</sup> classe de son grade (5,000 fr.).

— *Arrêté du 26 février 1892* : M. le Dr PACTET, chef de la clinique des maladies mentales, est nommé médecin-adjoint de l'asile Sainte-Anne, et placé dans la 2<sup>e</sup> classe de son grade (2,500 fr.) ;

— *Arrêté du 16 mars 1892* : M. BAUDARD, ancien directeur de l'Institution nationale des sourds-muets de Chambéry, est nommé directeur de l'asile de Vaucluse, et placé dans la 2<sup>e</sup> classe de son grade (6,000 fr.).

— *Arrêté du 28 mars 1892* : M. le Dr LÉGRAIN, médecin-adjoint à l'asile de Vaucluse (emploi supprimé), est nommé médecin en chef à l'asile de Ville-Evrard, et placé dans la 3<sup>e</sup> classe de son grade (5,000 fr.).

### PRIX DE L'ACADEMIE DE MÉDECINE.

L'Académie de médecine a, dans sa séance du 1<sup>er</sup> mars 1892, reçu communication de la liste des mémoires et ouvrages envoyés pour concourir aux prix à décerner à la fin de cette année; dans la même séance, elle a procédé à la nomination des commissions de ces prix. Nous donnons ci-après les renseignements concernant la médecine mentale et nerveuse :

**PRIX ALVARENGA DE PIAUHY (BRÉSIL).** — Ce prix sera

distribué à l'auteur du meilleur mémoire, ou œuvre inédite (dont le sujet restera au choix de l'auteur) sur n'importe quelle branche de la médecine. Dix-sept mémoires ont été envoyés, parmi lesquels nous relevons :

N° 2. Le cervelet et ses fonctions, par le Dr Courmont, de Paris.

N° 13. Du nerf pneumogastrique (physiologie normale et pathologique), par les Drs Arthaud et Butte, de Paris.

N° 15. De l'appareil nerveux de l'olfaction. — De l'appareil veineux des artères encéphaliques, et diverses brochures, par le Dr Trolard, d'Alger.

Commission : MM. Laboulbène, Labbé, Chatin (Joannès).

**PRIX BARBIER.** — Ce prix sera décerné à celui qui aura découvert les moyens complets de guérison pour les maladies reconnues incurables, comme la rage, le cancer, l'*épilepsie*, les scrofules, le typhus, le choléra morbus, etc.

N° 4. Épilepsie ; sa nature, son traitement, par le Dr Alexandre Pâris, de Maréville, près Nancy.

N° 6. Recherches sur les essences, sur l'eau de mélisse des Carmes. — Contribution à l'étude de l'alcoolisme, par MM. C. Cadéac et A. Meunier, de Lyon.

Commission : MM. Empis, Sée (Marc), Leblanc.

**PRIX HENRI BÜIGNET.** — 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° 4. Album stéréoscopique des centres nerveux, par les Drs Ch. Debierre et Doumer, professeurs à la Faculté de médecine de Lille.

Commission : MM. Riche, Schützenberger, d'Arsonval.

**PRIX ADRIEN BUISSON.** — Ce prix sera décerné à l'auteur des meilleures découvertes ayant pour résultat de guérir des maladies reconnues jusque-là incurables dans l'état actuel de la science.

N° 4. Anatomie pathologique de la moelle épinière, par les Drs Paul Blocq et Albert Londe, de Paris.

Commission : MM. Sée (Germain), Jaccoud, Lannelongue.

**PRIX CIVRIEUX.** — Question : *Établir, par des recherches cliniques et anatomo-pathologiques, la nature des pseudo-paralysies saturnine et alcoolique.*

N° 1. Devise : « En toute chose, il faut considérer la fin. » (La Fontaine.)

N° 2. Devise : « En fait de pseudo-paralysie générale, il y a surtout des pseudo-diagnostic. » (Pierret.)

Commission : MM. Lancereaux, Blanche, Mesnet.

**PRIX FALRET.** — Question : *Accidents nerveux de l'urémie.*

N° 1. Devise : « Fais pour le mieux, et laisse dire. »

N° 2. Devise : « Les notions pathogéniques multiples sont utiles, posséder une seule notion pathogénique condamne à l'impuissance. » (Bouchard.)

Commission : MM. Charcot, Le Roy de Méricourt, Luys.

**PRIX VÉRNOIS.** — Décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

N° 13. Leçons sur l'alcoolisme faites à l'Hôtel-Dieu de Marseille, par le Dr A. Villard.

Commission : MM. Guéneau de Mussy, Nocard, Ollivier.

**LA QUESTION DES ALIÉNÉS EN HOLLANDE.**

La France n'a pas le privilège des attaques violentes contre la législation sur les aliénés. Des pays étrangers nous arrive de temps à autre l'écho de récriminations dont l'apréte ne le cède en rien à ce que certains de nos journalistes savent inventer sur un sujet qui prête si facilement aux exagérations mélodramatiques. C'est que partout se trouvent dans les asiles de ces fous raisonnants, de ces aliénés persécuteurs, processifs et insupportables, qui, rendus à la liberté, se plaignent de leur séquestration et, pour attendrir l'opinion publique, font le tableau le plus sombre des « bagnes de fous » et un portrait des moins flatteurs des médecins aliénistes, les geôliers de ces bagnes.

Tout récemment, la Hollande, ce pays aux mœurs tranquilles, au caractère flegmatique, a été vivement ému par des attaques passionnées contre le régime de ses asiles d'aliénés. Le correspondant du *Journal des Débats* s'est fait l'écho de cette émotion, dans sa lettre de La Haye, en date du 23 février dernier (V. numéro du 27 février 1892), dont nous reproduisons le passage suivant :

« Le sujet de tous les entretiens à la Haye et dans le pays, c'est la question des aliénés. Déjà, il y a quelque temps, des plaintes s'étaient fait entendre ; on avait dit que l'admission dans les hospices d'aliénés n'était pas entourée en fait de garanties suffisantes, que les dispositions tutélaires de la loi étaient trop souvent regardées comme de simples formalités ; à la suite d'incidents particuliers, quelques journaux avaient entrepris une campagne ; mais tout cela semblait oublié, quand une brochure dirigée contre la maison de santé de la Haye, où la commune place ses malades, est venue passionner l'opinion. Une dame Stutten, qui y était allée de son propre mouvement pour se faire soigner d'une agitation nerveuse, a été témoin et victime de traitements tels qu'elle n'a pas hésité à publier à sa sortie le récit de ce qu'elle avait vu et enduré. La brochure :

*Mes expériences*, a été euelevée chez le libraire, elle a passé dans toutes les mains.

« Il a été constaté par d'autres témoignages que les malades étaient livrés à des surveillants impitoyables, enfermés la nuit dans des cellules glacées, raillés, frappés, traités comme des bêtes furieuses. Impossible de réclamer, de se plaindre ; les régents, les régentes passaient distraits, sceptiques pour ces paroles de fous ou de détraqués. Une domestique, dont l'esprit s'était dérangé chez ses maîtres, a été conduite au poste de police, retenue là vingt-quatre heures et enfin envoyée à la maison de santé, avant que ses parents eussent été prévenus de son état. Et l'on s'est demandé comment de pareilles choses étaient possibles, et un journal n'a pas craint de dire que c'était une honte pour la résidence et pour le pays. Le Conseil municipal a ordonné une enquête qui a été confiée aux inspecteurs de l'État ; mais l'on s'est aperçu, depuis, que ces fonctionnaires, à plusieurs reprises, avaient formulé dans leur rapport annuel des réserves dont il n'avait été tenu aucun compte. Il faudra se féliciter si l'unanimité qui se manifeste dans la presse en cette circonstance a pour résultat de mettre un terme à des abus d'autant plus tristes qu'ils s'exercent contre des êtres sans défense. Comme point à noter, la surveillante générale, avant même la fin de l'enquête, a quitté l'établissement. »

Nous avons cru devoir soumettre cet article, avant de le publier, à l'appréciation de notre savant collègue, le Dr Sweens, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Vorburg, à Vucht, près Bois-le-Duc, qui, avec une grande obligeance, nous a envoyé une réfutation complète, qu'il est intéressant de reproduire.

La première partie de la correspondance concernant le manque de garanties suffisantes pour l'admission dans les hospices d'aliénés, est, écrit notre confrère, en tout point contraire à la vérité. Le correspondant fait preuve d'une complète ignorance de la législation sur les aliénés. En effet, dans notre pays, l'admission aussi bien que la réclusion dans les asiles sont, de la part de la Justice, l'objet d'une sollicitude qui rend imaginaire toute atteinte à la liberté.

Voici, d'ailleurs, les dispositions édictées par la loi hollandaise pour la séquestration des aliénés ; nous les empruntons au rapport communiqué par M. le professeur Ball au Congrès international de médecine mentale de 1889 : « Le placement d'un aliéné se fait sur la demande d'un parent ou tuteur, adressée au juge du canton. Mais l'officier de justice près le tribunal d'arrondissement peut lui-même prendre cette initiative (placement d'office). À cette demande est joint un certificat médical. Si le juge ne trouve pas de motifs suffisants pour accorder l'autorisation de placement, l'affaire est jugée en der-

nier ressort par le tribunal d'arrondissement. Dans les quatre semaines, une demande nouvelle, signée par un procureur, avec observation du médecin traitant, conclut à la maintenue de l'aliénée pour une durée d'un an au maximum. Ce délai expiré, les mêmes formalités sont renouvelées. » (*V. Comptes rendus du Congrès*, etc., p. 220.)

« Quant à la brochure de la dame Stutten, ajoute M. Sweens, elle a eu un grand retentissement dans tout le pays, et donne lieu à une polémique passionnée dans les journaux. Il faut avouer que si la moitié des faits qui y sont relatés, était vraie, l'indignation ne serait que trop fondée. La lecture attentive de la brochure laisse l'impression que son auteur n'est pas tout à fait indemne du délit de persécution. Sur l'ordre du ministre de la justice, une enquête sévère a été ordonnée et, aussi long-temps que ses résultats ne seront pas connus, il sera prudent de garder une sage réserve. »

Le conseil de notre confrère est excellent; mais nous ne doutons pas que l'enquête établira que les violentes accusations de M<sup>me</sup> Stutten sont fausses, ou du moins entachées d'une exagération pathologique, et qu'une fois de plus, dans cette question des aliénés, on pourra répéter : Beaucoup de bruit pour rien.

A. R.

#### LE MARTYROLOGIE DE LA PSYCHIATRIE (Suite).

*Assassinat d'un infirmier par un aliéné.* — Le *Journal d'Indre-et-Loire* raconte ainsi le meurtre d'un gardien de l'hospice d'aliénés de Tours par un des pensionnaires de l'établissement:

« Ce pensionnaire portait la camisole de force; il demanda tout à coup au gardien de bien vouloir dégager une de ses mains pour satisfaire un besoin naturel.

Le gardien, comme c'est l'usage, délivra la main et s'éloigna un instant.

Il n'était pas plus tôt revenu auprès de l'aliéné que celui-ci, qui avait pu dégager l'autre bras, se jeta sur lui, le serra vigoureusement et le jeta contre un arbre.

Un second gardien se trouvait à proximité. Aux cris poussés par son camarade, il accourut, put à grand'peine maîtriser le fou et s'approcha de l'arbre.

Le gardien avait cessé de vivre, »

## SOUSCRIPTION AU BUSTE DE BAILLARGER.

## Quatrième liste.

	fr.
Asile de Bordeaux . . . . .	25
MM. les D <sup>r</sup> s Delaporte. . . . .	20
— Garnier (Samuel) . . . . .	5
— Maret. . . . .	10
— Pichenot . . . . .	10
— Caillau . . . . .	10
— Planat. . . . .	10
— Bellat. . . . .	10
— J. Dagonet . . . . .	20
 Total de la quatrième liste. . . . .	 120
Total des trois premières listes . . .	2.775
 Total. . . . .	  2.895

## TRIBUNAUX.

*L'affaire Dourches. — L'enlèvement de Villejuif.* — Les *Annales* ont publié, dans le numéro de janvier 1892 (p. 174), les circonstances de l'enlèvement de M<sup>me</sup> Dourches, en traitement à l'asile de Villejuif. Le parquet a poursuivi les deux principaux agents de cet enlèvement, pour violences et voies de fait commis sur les infirmières. Le procès a eu lieu le 7 mars dernier ; comme il intéresse à plus d'un titre nos confrères, nous croyons devoir le reproduire dans ses détails :

Le 19 novembre 1890, une femme Dourches, couturière, accompagnée de son propriétaire et d'un voisin, se présentait au commissariat de police du Père-Lachaise et sollicitait l'internement, dans un asile d'aliénés, de sa fille Louise, âgée de vingt-six ans, qui, depuis plus d'un mois, donnait des signes non équivoques de maladie mentale.

Louise Dourches, au dire de sa mère et des témoins, tenait des propos incohérents, s'imaginait qu'une cartomancienne lui enfonçait des épingle dans le cœur, qu'elle était sous une influence magnétique, etc...

Ces troubles cérébraux avaient été déterminés, disait sa mère, par des chagrins d'amour. Elle s'était éprise, dans un bal où ses parents l'avaient conduite, d'un saltimbanque nommé Lucien, qu'elle avait voulu épouser. La mère s'y était opposée. Lucien s'était marié ; de là, la crise au cours de laquelle Louise avait perdu la raison.

Sur un certificat délivré par M. le Dr Ardouin, médecin de la famille Dourches, la pauvre fille fut envoyée à l'infirmerie spéciale du Dépôt de la préfecture de police, où M. le Dr Legras l'examina et conclut : « Cette malade est dans un état mental qui exige son placement dans un asile d'aliénés. »

Conformément à ces conclusions, le 20 novembre 1890, le préfet de police prenait un arrêté aux termes duquel Louise Dourches devait être admise et maintenue dans un établissement spécial.

M. les Drs Magnan et Briand, chargés successivement de soigner la malade, constatèrent qu'elle était atteinte de dégénérescence mentale et d'hallucinations.

En septembre 1891, la Préfecture de police, saisie par les parents de Louise d'une demande de mise en liberté, provoquait un nouvel examen. Le Dr Vallon déclarait, après examen, que la malade « ne pouvait être mise en liberté sans danger pour l'ordre public et la sécurité des personnes ».

C'est alors que la famille, exaspérée des résistances qu'elle rencontrait auprès de l'administration, conçut le projet d'obtenir par la violence la mise en liberté qu'on lui refusait.

Le 16 novembre dernier, la femme Dourches allait voir sa fille et la prévenait du projet d'enlèvement fixé au dimanche 22. Ce jour-là, en effet, à neuf heures du matin, au moment où les pensionnaires, surveillés par quatorze infirmières, se rendaient de l'asile à l'église de Villejuif, la femme Dourches, son fils Achille, âgé de dix-neuf ans ; Eugène Dourches, son cousin ; Vincent Ardizon, camarade de celui-ci, et Wellinger, loueur de voitures, se tenaient au coin de la rue Moustier, attendant le moment favorable pour intervenir et arracher Louise Dourches aux surveillantes qui en avaient la garde.

Toutes les dispositions étaient prises : une voiture stationnait rue Moustier, préparée pour recevoir la fugitive et la ramener rapidement à Paris. Le plan fut exécuté comme il avait été conçu. Lorsque Louise Dourches arriva près du groupe, elle chercha à s'enfuir et à le rejoindre ; une infirmière la retint par sa robe pour l'empêcher de sortir des rangs. Alors Louise, appelant son frère : « Achille, fit-elle, ne me lâche pas ! » Achille Dourches saisissait alors sa sœur d'une main, tandis que de l'autre il distribuait des coups de poing aux femmes qui cherchaient à lui faire lâcher prise. Louise Dourches se dégagea pendant qu'Eugène, son cousin, frappait également avec vigueur les infirmières qui tentaient de retenir leur pensionnaire. Onze d'entre elles furent assez sérieusement blessées.

A la suite de ces faits, une instruction fut immédiatement ouverte. Quant à Louise Dourches, elle ne fut retrouvée que dans les premiers jours de janvier. Interrogée par le magistrat instructeur, elle reconnut l'exactitude des faits, puis elle se mit

à divaguer lorsque celui-ci demanda : « N'avez-vous pas des ennemis ? »

Elle fit alors le récit des persécutions dont elle se croit l'objet, notamment de la part d'une famille Schmitt, ses anciens voisins, qu'elle accusa de lui frapper la langue de paralysie et de l'électriser à travers la rue...

L'administration, avertie que cette pensionnaire était retrouvée, prescrivit aussitôt un nouvel examen médical. Le Dr Garnier, après l'avoir interrogée, conclut à ce que la malade fût réintégrée dans un asile d'aliénés. Conformément à ce rapport, M. le préfet de police, à la date du 9 janvier, prenait à l'égard de Louise Dourches un arrêté de réintégration.

C'est à la suite des violences et voies de fait exercées contre les infirmières lors de l'enlèvement qu'Achille et Eugène Dourches comparaissaient en mars devant la 10<sup>e</sup> chambre correctionnelle.

Interrogé par M. le président Richard, Eugène, le cousin de Louise Dourches, déclare qu'on l'a trompé sur la nature du rôle qu'on lui avait attribué. On lui avait dit qu'il suffirait d'embrasser sa cousine pour qu'elle sortît des rangs ; c'est ce qu'il a fait, et aussitôt, dit-il, « quatre-vingts femmes m'ont entouré, étranglé, étouffé. En frappant, je n'ai fait que me défendre... J'étais mort... »

M. LE PRÉSIDENT : Pas tout à fait. (*Rires.*)

EUGÈNE DOURCHES : Je voyais ma cousine, M<sup>me</sup> Dourches mère, si malheureuse que je n'ai pas voulu refuser de l'aider...

Achille, le frère, répond que sa mère avait tenté toutes les démarches pour faire sortir sa fille, et que voyant qu'on les repoussait, il avait cru de son devoir d'agir comme elle le lui avait conseillé.

De nombreux témoins sont entendus.

La mère déclare que sa fille était guérie : que, chaque fois qu'elle est allée la voir, elle causait raisonnablement, et que depuis son enlèvement elle n'a donné aucun signe de folie.

On entend plusieurs infirmières qui ont assisté à la scène, puis une internée, sortie de l'asile de Villejuif le lendemain de l'enlèvement.

EUGÈNE DOURCHES (se levant et la montrant au président) : Tenez, Monsieur le président, cette fille-là était enfermée comme folle ; la scène de l'enlèvement lui a donné une commotion ; depuis ce temps-là, elle est guérie. (*Hilarité.*)

Les deux prévenus ont un passé qui ne les recommande guère.

Achille, le frère de Louise, a été récemment condamné à quinze jours de prison pour vol à l'étalage. Quant à Eugène, le cousin, celui qui, s'il faut l'en croire, aurait été assailli par quatre-vingts *femmes!* et frappé par elles, alors que c'est lui,

au contraire, qui a joué du poing de si bon cœur, c'est un gaillard des mieux découplés, dont le casier judiciaire porte également une condamnation pour coups et blessures.

M. le substitut Trouard-Riolle a expliqué, dans son réquisitoire, que, lorsque M<sup>me</sup> Dourches mère et d'autres témoins viennent déclarer que Louise Dourches possède actuellement toute sa raison, ils peuvent être sincères. Cela tient à ce qu'ils n'ont entretenu la malade que de sujets étrangers à sa monomanie, à son délire de la persécution. En réalité, chaque fois qu'elle a été questionnée sur ce dernier point, avant, pendant son internement, et même depuis sa réintégration dans un asile, la pauvre fille n'a cessé de divaguer.

Il requiert pour les voies de fait une condamnation relativement sévère contre les deux prévenus.

Le tribunal, après plaidoiries de M<sup>es</sup> Fontaine, de Rambouillet ; et Maupoix, a condamné Eugène Dourches à trois mois de prison et Achille à quinze jours de la même peine.

*L'affaire Cros.* — On écrit de Perpignan au *Temps* (numéro du samedi 27 février 1892) :

« Dans la nuit du 7 au 8 décembre dernier, un nommé Cros, âgé de trente-cinq ans, originaire de la Tour-de-France, enfermé comme fou à l'hospice civil de Perpignan, tenta de s'évader de son cabanon. Il passa la moitié du corps à travers les barreaux de la grille, mais ne put aller plus loin ; il voulut alors rentrer dans le cabanon, il ne le put davantage et se trouva emprisonné entre les barreaux.

Cros se débattit en poussant des cris terribles. Il était minuit. L'infirmier de service, nommé Gilbert, qui couchait au-dessus du cabanon de Cros, ne se dérangea pas, pensant que le malheureux criait comme tous les fous lorsqu'ils se voient enfermés pour la première fois.

Le lendemain matin, on trouva Cros suspendu aux barreaux de la grille, ne donnant plus signe de vie ; les fers du grillage lui avaient broyé la poitrine, le cœur et le ventre, et le pauvre fou avait dû mourir après avoir enduré des souffrances épouvantables (1).

Le parquet voulait poursuivre les membres de la Commission des hospices comme responsables de la mort de Cros, mais le président de la Commission, M. Élie Delcros, maire de Perpignan, est en même temps juge au tribunal civil ; on y renonça et l'on décida de ne poursuivre que l'infirmier de service, Gilbert.

---

(1) Ce fait a déjà été rapporté et apprécié dans les *Annales de janvier 1892* (p. 170).

Cette affaire n'a pas occupé moins de trois audiences.

Après de longs débats, le tribunal correctionnel, tout en reconnaissant que les règlements de l'hospice de Perpignan sont des plus défectueux en ce qui concerne la surveillance à exercer sur les fous, a reconnu que Gilbert s'était conformé à ces règlements, qu'il avait fait le service qui-lui était prescrit et qu'il ne pouvait, en conséquence, être rendu responsable de la mort de Cros ; il a été acquitté sans dépens. »

*Le procès d'une voyante.* — On vient de plaider devant le tribunal de Sarreguemines (Alsace-Loorraine) un curieux procès, qui a eu un grand retentissement dans toute la région, où l'accusée, Catherine Filljung, a acquis une réelle célébrité.

Après avoir dû quitter, par suite de maladie, le couvent des carmélites de Lunéville, où elle était sœur converse, elle s'établit à Puttelange. Elle prétendit bientôt avoir des rapports directs avec la sainte Vierge, qui lui apparaissait dans ses fréquentes extases, et, parcourant la région, elle y acquit la réputation d'une visionnaire, d'une sainte.

Catherine Filljung parvint à se faire confier par diverses personnes des sommes de 10, 20 et même 70,000 marcs, qu'elle consacra à la construction d'un orphelinat à Budange.

En 1885, l'institut était achevé et représentait une valeur de 150,000 marcs. La directrice de l'orphelinat se livra ensuite à une propagande active pour réunir les fonds nécessaires à l'entretien des quelques jeunes filles admises dans son établissement. Mais la justice allemande considéra les actes de la visionnaire comme des escroqueries et entama des poursuites dont l'instruction a duré plus d'une année.

L'inculpée a conservé des partisans nombreux qui affirment que Catherine Filljung est une victime des autorités prussiennes.

De nombreux témoins ont été entendus dans l'affaire, qui passionne toute la contrée, où l'influence du clergé lui-même a été impuissante à détruire l'empire que l'accusée a pris sur une partie de la population.

Après de longs débats, Catherine Filljung a été acquittée. Le ministère public demandait qu'elle fût enfermée dans une maison d'aliénés. (*Le Temps*, numéro du samedi 16 avril 1892.)

#### LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ.

*Orléans, 14 avril.* — Un drame épouvantable dû à la folie a eu lieu au hameau des Melinières, près d'Orléans. Une femme Boulard, âgée de vingt-trois ans, dont le mari est vigneron, était, depuis le mois de novembre, mère d'une petite fille qu'elle allaitait. Laissée seule à la maison, mercredi matin, elle fut prise d'un accès de folie que l'on suppose avoir été causé par

une fièvre de lait; elle scia le cou de son enfant avec un couteau, puis lui arracha le cœur et les entrailles qu'elle étala sur le sol. On l'a trouvée calme et assise inconsciemment auprès de ces restes sanglants. « L'enfant, a dit un témoin, était vidée comme un lapin. » La malheureuse mère, qu'on a dû coucher de force, a eu des crises toute la nuit, elle ne reconnaissait ni son mari, ni ses parents et poussait des cris surhumains. Le magistrat instructeur a essayé de l'interroger.

— Pourquoi avez-vous tué votre enfant?

— Parce que le bon Dieu me l'a commandé!

On n'a pu lui faire dire autre chose. (*Le Temps*, numéro du samedi 16 avril 1892.)

*Portugal.* — M. Marianno Carvalho, ancien ministre des finances, a reçu hier dans la soirée la visite d'un individu qui demanda à lui parler confidentiellement. Introduit devant M. Carvalho, l'individu braqua sur l'ancien ministre un revolver et exigea la somme de 500,000 reis (2,800 fr.).

M. Carvalho, se croyant en présence d'un fou, ne perdit pas son sang-froid et lui remit une partie de cette somme en disant que le reste lui serait envoyé à l'adresse qu'il désignerait. L'individu y consentit. M. Carvalho avertit immédiatement la police, qui arrêta l'agresseur. C'est un nommé Antonio Barbosa qui est atteint de folie; on l'a conduit dans une maison d'aliénés. (*Le Temps*, numéro du mercredi 20 avril 1892.)

#### FAITS DIVERS..

*Un drame de la morphine.* — On écrit de Lyon, le 18 mars : « M. Porteret, un jeune docteur en médecine, âgé de trente-deux ans, ancien chef de clinique ophtalmologique, habitant Lyon, rue Saint-Joseph, avec sa femme, qu'il avait épousée il y deux ans à Saint-Etienne, était malade depuis quelque temps. Il s'adonnait à la morphine dont il absorbait de fortes doses, ainsi que des narcotiques violents. Son état s'était beaucoup aggravé depuis quelques jours. Il était très surexcité et avait des hallucinations.

Hier, il se donna trente injections de chlorhydrate de morphine; il prit aussi de la cocaïne. Il était très surexcité et, en rentrant chez lui à sept heures, il eut une discussion avec sa femme.

A une heure du matin, éclata une nouvelle querelle plus violente, à la suite de laquelle M. Porteret tira trois coups de revolver sur sa femme, qui eut le cœur traversé d'une balle. La mort fut instantanée.

M. Porteret tourna alors l'arme contre lui et se tira une balle à la tempe droite. Son état est très grave. »

Le lendemain, le *Gil Blas* publiait un factum où M. Porte-

ret expliquait son crime; il y dénonçait l'adultère de sa femme et portait contre son frère et certains membres de la famille de sa femme les accusations les plus graves et les plus extraordinaires. Cette lettre, longue et diffuse, ne laissait aucun doute sur l'état mental du malheureux morphinomane qui ne devait pas survivre à la blessure qu'il s'était faite; il mourut, en effet, le 21 mars, et quelques jours après, le jeudi 24 mars, le *Temps* publiait les renseignements suivants :

« Les docteurs Poncet et Lacassagne, professeurs à la Faculté de médecine de Lyon, chargés par le parquet de procéder à l'autopsie du docteur Porteret, viennent de lui adresser leur rapport. Il en résulte que les lésions produites par la balle que s'était tirée dans la tempe le docteur Porteret ne paraissent pas avoir été la cause véritable de sa mort.

« Celle-ci, dit le rapport, a été surtout produite par les habitudes invétérées de morphinisme, qui avaient déterminé une congestion chronique du cerveau, d'où un état de délire accompagné des actes délictueux qui se sont produits plusieurs mois avant le drame de la nuit du 17 au 18 mars. Le docteur Porteret était devenu un persécuté persécuteur. Les accusations qu'il a formulées, les lettres qu'il a écrites, le meurtre et le suicide qu'il a exécutés constituent une série d'actes qui démontrent le délire provoqué par l'absorption continue d'une substance toxique. Le docteur Porteret, ainsi que l'a prouvé l'autopsie, était un aliéné et doit être considéré comme ayant été entièrement irresponsable. »

*Suicides étranges.* — On écrit de Rodez au *Journal des Débats* (numéro du samedi 19 mars 1892) : « Un singulier suicide vient d'être constaté au village de Montpaon. Un vieillard de soixante-cinq ans, nommé Bages, qui vivait d'aumônes et habitait une misérable cabane, avait résolu de se suicider.

A cet effet, il s'était barricadé soigneusement dans sa hutte, et après s'être déshabillé, il fit une sorte de bûcher avec ses habits, se coucha dessus et mit le feu aux vêtements. Deux jours après, les voisins n'ayant plus aperçu Bages, prévinrent la gendarmerie. Deux gendarmes pénétrèrent dans la hutte et trouvèrent le mendiant mort. Une partie du corps était carbonisée. Dans un coin de la cabane, les gendarmes découvrirent une somme de 8,000 francs en or, en argent et en monnaie de billon. »

— Le même journal publie dans son numéro du vendredi 1<sup>er</sup> avril 1892, le fait suivant : « Une Bretonne, Marie Gouritin, depuis six mois seulement à Paris, fit la connaissance d'un garçon boulanger, Jules Jacqueline. Mardi soir, Marie annonça à son amant qu'elle allait être mère. Celui-ci déclara qu'il n'entendait pas continuer les relations commencées et qu'il

allait se marier. Sa maîtresse le supplia de revenir sur sa détermination : il ne voulut rien entendre et, comme d'habitude, partit à son travail. Marie Gouritin, restée seule, alluma un réchaud de charbon de bois, se dévêtit, se lia les membres avec des serviettes et des fichus et se roula sur le charbon incandescent. La douleur lui fit pousser des cris terribles. Les voisins accoururent, mais il était trop tard.

La malheureuse expirait un heure après à l'hôpital Saint-Antoine. »

— A la suite de ces suicides, étranges par leur mode d'exécution, nous en rapporterons deux autres, tout récents, curieux par la cause qui les a provoqués : la peur de devenir fou ou de perdre l'usage des facultés intellectuelles. Les faits de ce genre sont rares ; Brierre de Boismont, dans la statistique de son ouvrage sur le *Suicide*, n'en a réuni que cinq cas.

Des deux suicides dont nous voulons parler, le premier est celui de Henri Duveyrier, le célèbre explorateur ; il s'est tué le lundi 27 avril, à Sèvres, en se tirant un coup de revolver dans la tempe droite. Depuis quelque temps, a raconté un de ses amis, il était très sombre ; la mémoire lui faisait défaut et il éprouvait un vif chagrin à voir ses facultés baisser peu à peu.

Le lendemain mardi, Edgar La Selvès, auteur de plusieurs romans et directeur d'un journal colonial, se suicidait, en se tirant deux coups de revolver dans la tête. Dans une main, il tenait une lettre, adressée au président du Comité de la Société des gens de lettres et ainsi conçue : « Je sens mes facultés intellectuelles diminuer, je ne veux pas tomber au-dessous de moi-même. Adieu à mes enfants. Adieu, mon cher ami. »

*Un club de suicides en Roumanie.* — L'Agence Havas reçoit de Londres, le 5 avril, la dépêche suivante :

« Le correspondant du *Standard* à Vienne dit qu'on a découvert à Craiova, en Roumanie, l'existence d'un club de suicides.

Ce club se composait de 19 membres qui étaient tenus par serment de se suicider au fur et à mesure que leur nom sortirait de l'urne.

Cinq cadets de l'École militaire se sont dernièrement donné la mort dans ces conditions. »

*Un cas d'auto-cruciflement chez un délirant mystique.* — Un paysan polonais des environs de Koenigsberg, nommé Puschek, qui s'était affilié à une secte de mystiques nouvellement formée dans les provinces du nord de l'Allemagne, a eu l'idée de se crucifier. Après avoir lié ses pieds, il les a cloués au sol de son étable ; il s'est ensuite étendu sur le dos et a cloué au sol sa main gauche. Enfin, il s'est enfoncé des clous dans la poitrine et les flancs avec sa main droite. Malheureusement il n'a pu recueillir le bénéfice d'une si remarquable abnégation, car sa

femme est entrée dans l'étable au moment où il allait perdre connaissance, l'a décloué et rendu à la vie. (*Revue Bleue*, numéro du 9 avril 1892.)

#### CONGRÈS DE 1892 ET DE 1893.

*Congrès annuel des médecins aliénistes de France et des pays de langue française.* — Nous rappelons à nos lecteurs que ce Congrès se réunira, cette année, à Blois, le lundi 1<sup>er</sup> août 1892. Le programme a été publié dans les *Annales* (numéros de janvier 1892, p. 176, et février, p. 334). Les adhésions sont envoyées à M. le Dr DOUTREBENTE, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Blois (Loir-et-Cher).

*Congrès international d'anthropologie criminelle.* — Ce congrès, ayant pour objet l'étude de la criminalité chez l'homme dans ses rapports avec la biologie et la sociologie, se tiendra à Bruxelles du 7 au 14 août 1892, sous le haut patronage du gouvernement belge.

Toutes les communications doivent être adressées à M. le Dr Semal, président du Comité d'organisation, 11, rue de la Loi, à Bruxelles.

*Onzième Congrès international de médecine.* — Ce congrès se tiendra à Rome, au mois de septembre 1893, sous la présidence de M. le professeur GUIDO BACCELLI. Ce congrès comprendra quatorze sections, dont l'une (la huitième), de *psychiatrie et de neuropathologie*.

Le secrétaire général, à qui doivent être envoyées toutes les communications, est M. le professeur EDOARDO MARAGLIANO, médecin de l'hôpital de Pammalone, Gênes (Italie).

#### ENSEIGNEMENT.

**ÉCOLE DE MÉDECINE DE DIJON.** — M. le Dr SAMUEL GARNIER, médecin-directeur de l'asile de Dijon, a repris, le 28 avril 1892, ses conférences pratiques sur l'aliénation mentale, qu'il fait, à l'asile, depuis trois ans, aux étudiants de l'École de médecine, et les continuera les jeudis suivants, pendant tout le semestre d'été.

**ÉCOLE PRATIQUE DES HAUTES-ÉTUDES.** — M. CHARLES HENRY, maître des conférences à l'École pratique des Hautes-Études, a ouvert à la Sorbonne, le vendredi 25 mars, à une heure et demie, un cours sur la *physiologie générale des sensations*. — Des exercices pratiques sur les matières du cours auront lieu le samedi, à dix heures du matin, au Laboratoire de psychologie.

# TABLE DES MATIÈRES

---

## PREMIÈRE PARTIE

### MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS

#### **I. — Chronique.**

	<small>PAGES</small>
Le projet de révision de la loi sur les aliénés au Conseil supérieur de l'Assistance publique; par le Dr A. Giraud. . . . .	5
L'enseignement de la médecine mentale en France; progrès récents; améliorations désirables; par le Dr V. Parant . . . . .	177
Le projet de révision de la loi sur les aliénés à la Chambre des députés. Rapport de M. Ernest Lafont; par le Dr A. A. Giraud..	337

#### **II. — Pathologie.**

Aliénation mentale par troubles de la nutrition. Preuves expérimentales de l'existence de ce genre d'aliénation; par les Drs Mairret et Bosc. . . . .	17
De la mort subite dans ses rapports avec l'hérédité névropathique; par le Dr A. Cullerre . . . . .	33
Automatisme somnambulique avec dédoublement de la personnalité; par le Dr Boeteau . . . . .	63
Thanatophobie et suicide; par le Dr Nicoulaud . . . . .	189
De l'acétonurie chez les aliénés, à propos d'une communication de MM. les Drs Boeck et Slosse à la Société de médecine mentale de Belgique; par M. Lailler. . . . .	206
Étude sur les poisons de l'intelligence ( <i>suite et fin</i> ); par le Dr Legrain. . . . .	52 et 214
Contribution à l'étude de l'épilepsie symptomatique; par le Dr Bellat. . . . .	235
Considérations sur la catalepsie; par le Dr Hospital. . . . .	335
Un cas de folie sans délire; par le Dr Marandon de Montyel. . . . .	384
Un cas d'asphyxie locale symétrique intermittente chez un hypémaniaque; par le Dr Targowla. . . . .	400
Maladie de Friedreich accompagnée de troubles trophiques chez un imbécile épileptique; par le Dr Szczypiorski. . . . .	404

#### **III. — Thérapeutique.**

Du chlorure d'or et de sodium dans la paralysie générale progressive; par les Drs Boubila, Hadjès et Cossa. . . . .	80 et 240
---	-----------

#### **IV. — Médecine légale.**

L'hypnotisme et le droit; par le Dr A. Cullerre. . . . .	256
--	-----

#### **V. — Législation.**

Le projet de loi sur les aliénés du Conseil supérieur de l'Assistance publique. Examen critique sommaire; par le Dr Samuel Garnier. . . . .	408
---	-----

## DEUXIÈME PARTIE

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

**I.— Société médico-psychologique.**

	PAGES
<i>Séance du 26 octobre 1891.</i> — Correspondance et présentations d'ouvrages ; MM. Meilhon, Paul Aubry, Hack Tuke, Ritti, Falret. — Nomination d'une commission chargée de l'examen des projets de révision de la loi sur les aliénés. — Présentation d'une nouvelle sonde cesophagiennes ( <i>suite</i> ) : MM. E. Régis, Briand. — Essai d'un plan d'observation : MM. Marandon de Montyel, Charpentier, Christian, Ritti. — Observation de suicide chez un paralytique général : M. Sizaret fils . . . . .	94
<i>Séance du 30 novembre 1891.</i> — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Semal, Obersteiner, Christian. — Essai d'un plan d'observation ( <i>suite</i> ) : Séglas. — De l'obsession hallucinatoire et de l'hallucination obsédante : MM. Séglas, Falret . . . . .	116
<i>Séance du 28 décembre 1891.</i> — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Aug. Voisin, Bonnet, Marie, Sérieux, Daniel Beauperthuis, Bouchereau, Th. Roussel. — Election du bureau de 1892 . . . . .	180
<i>Séance du 25 janvier 1892.</i> — Installation du bureau : MM. Bouchereau, Th. Roussel. — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Pactet, Nicoulau, Colin, Morselli, Silvio Venturi. — Rapport de la Commission des finances : M. Mitivié. — Liste des mémoires envoyés pour les prix à décerner en 1892. — Nomination des Commissions de prix. — Rapport de M. Briand sur la candidature de M. Sérieux : élection. — Rapport de M. Vallon sur la candidature de M. Bonnet : élection. — Rapport de M. Arnaud sur la candidature de M. Marie : élection . . . . .	268
<i>Séance du 29 février 1892.</i> — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Marie, P. Sérieux, Clemens Neisser, Pachoud, Azzurri. — Mort de M. Alfred Maury et Prosper Despine. — Rapport de M. Saury sur la candidature de M. Nicoulau : élection. — Rapport de M. Paul Garnier sur la candidature de M. Pactet. Discussion : MM. Aug. Voisin, Garnier ; élection. — Rapport de M. Briand sur la candidature de M. Colin : élection. — Rapport sur l'ouvrage de M. Silvio Venturi : « Les dégénérescences psycho-sexuelles dans la vie des individus et dans l'histoire des sociétés » : M. Moreau (de Tours). — Les aliénés à séquestrations multiples : MM. Charpentier, Christian, Garnier, A. Voisin, Joffroy, Falret. — Sur un délire névropathique avec dédoublement de la personnalité observé au Japon, le « Kitsûne-tsûki » ou possession par les renards : M. Baret . . . . .	424
<i>Séance du 28 mars 1892.</i> — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Colin, Nicoulau, Pactet, Boubila, René Semelaigne, Christian. — Rapport de M. Chaslin sur la candidature de M. Clemens Neisser : élection. — Rapport de M. Moreau (de Tours) sur la candidature de M. Pachoud : élection. — Rapport sur les ouvrages de MM. Morselli et H. Obersteiner : M. Chaslin. — De la mise en liberté des aliénés persécutés : MM. P. Sollier, Garnier, Ritti, Christian, Vallon, Briand, Rouillard, Joffroy, A. Voisin, Th. Roussel . . . . .	457

**III. — Revue des journaux de médecine.****SOCIÉTÉS SAVANTES (1890).**

Anal. par le Dr L. CAMUSET.

	PAGES
Caféine et préparations de kola . . . . .	132
Accidents de la chloroformisation. . . . .	133
Morphologie et pathologie des terminaisons nerveuses des muscles. . . . .	137
Étiologie du tétonos: sa médication chimique par la strychnine . . . . .	138
Trépanation dans les accidents éloignés consécutifs aux blessures de la tête . . . . .	138

**JOURNAUX ANGLAIS (1888).**

Anal. par le Dr PONS.

Distribution de plomb dans deux cerveaux d'ouvriers morts subitement. . . . .	284
Hémorragies et fausses membranes de la dure-mère chez les aliénés. . . . .	284
Folie du doute . . . . .	286
Sarcomes multiples du cerveau. . . . .	288
Etude médico-légale sur un cas de meurtre . . . . .	289
Hystérie chez l'homme. . . . .	290
Etat actuel de la législation des aliénés en Ecosse . . . . .	291
Langage réflexe. . . . .	292
Carcinome secondaire du cerveau simulant une paralysie générale . . . . .	292
Paralysie générale chez deux jumeaux . . . . .	293
Folie de l'adolescence . . . . .	294
Remarques sur le crime et les criminels. . . . .	295
Diathèse des dégénérés . . . . .	296
Hôpitaux d'asile avec plans . . . . .	297
Rapports de l'épilepsie avec le crime . . . . .	298
Modes d'assistance en usage pour les aliénés et les idiots dans les Etats-Unis et la Grande-Bretagne . . . . .	299
Démence secondaire. . . . .	302
Traitemen extérieur comme moyen d'assistance des aliénés pauvres. . . . .	304
Folie systématisée. . . . .	305
Troubles mentaux liés à l'engagement du mariage. . . . .	306
Fonctions sexuelles dans leurs rapports avec l'aliénation mentale. . . . .	307

**JOURNAUX ESPAGNOLS (1888-1889).**

Anal. par le Dr NICOULAU.

Le sulfonal. . . . .	306
Note sur les fonctions du cervelet . . . . .	312

## TABLE DES MATIÈRES

511

## JOURNAUX ALLEMANDS (1888-1889).

Anal. par le Dr AL. ADAM.

	PAGES
Mode d'administration et effets du sulfonal . . . . .	313
Cysticerque de la couche optique . . . . .	314
Absence bilatérale du muscle trapèze . . . . .	315
Névroses traumatiques . . . . .	316
Symptôme observé dans les affections siégeant dans la fosse occipitale . . . . .	474
Paralysie alcoolique avec lésion centrale . . . . .	475
Résultats de la suspension dans le tabes et autres affections nerveuses chroniques . . . . .	475
Névrose traumatique avec autopsie . . . . .	476
Le strabisme dans la contracture infantile spasmodique est-il une preuve de l'origine cérébrale de l'affection ? . . . . .	477
Cas d'épilepsie partielle . . . . .	478
Quelques variétés qualitatives du phénomène du genou . . . . .	480
Névrite multiple avec paralysie faciale double et ataxie des membres inférieurs . . . . .	481
Névrite multiple et ataxie . . . . .	482

## III. — Bibliographie.

Les fonctions du cerveau. Doctrines de l'école de Strasbourg et de l'école italienne; par Jules Soury (Anal. par le Dr Camuset) . . .	140
Étude médico-légale sur la simulation des maladies mentales; par le Dr A. Froment (Anal. par le Dr Camuset) . . . . .	144
Des folies diathésiques, par les Drs H. Mabille et E. Lallement (Anal. par le Dr Camuset) . . . . .	317
La folie. Etudes cliniques et médico-légales; par le Dr J. de Mattos (Anal. par le Dr Nicoulau) . . . . .	320
Ce qu'est l'hypnotisme; ses avantages et ses dangers; par le Dr François Alvarez (Anal. par le Dr Nicoulau) . . . . .	321
Prichard et Simonds, leur œuvre au point de vue de la science mentale; par le Dr Hack Tuke (Anal. par le Dr A. Cullerre) . . .	323
Differences dans l'organisation nerveuse de l'homme et de la femme au point de vue physiologique et pathologique; par le Dr Harry Campbell (Anal. par le Dr A. Cullerre) . . . . .	325
Pathologie, diagnostic et traitement des tumeurs intra-craniennes; par le Dr Coombs Knapp (Anal. par le Dr A. Cullerre) . . . . .	326
Torticollis spasmodique et autres spasmes de la tête, de la face et du cou; par le Dr Noble Smith (Anal. par le Dr A. Cullerre) . .	326
De la législation sur les aliénés dans les îles Britanniques; par le Dr René Semelaigne (Anal. par le Dr A. Giraud) . . . . .	484
Contribution à l'étude des maladies mentales au Chili. Mouvement de la population traitée en 1890 dans la Maison de santé de Santiago; par le Dr Beca (Anal. par le Dr Nicoulau) . . . . .	492
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE . . . . .	146, 327 et 492

## IV. — Variétés.

Liste des membres de la Société médico-psychologique. — Nominations et promotions : MM. Th. Roussel, Mairet, Jules Sizaret,

	PAGES
Denizet, Journiac, Thivet, Gauckler, Bonnet. — Concours d'admissibilité aux emplois de médecins-adjoints des asiles publics d'aliénés. — Circulaire de M. le préfet de la Seine-Inférieure sur les enquêtes faites après placement des aliénés à l'asile. — Prix de l'Académie de médecine. — Prix de l'Académie des sciences. — Souscription au buste de Baillarger ( <i>Troisième liste</i> ). — Le martyrologue de la psychiatrie ( <i>suite</i> ). — Les cellules d'observation des aliénés dans les hospices. — Les aliénés en liberté. — Faits divers. — Congrès annuel des médecins aliénistes de France et des pays de langue française : session de Blois (1892) . . . . .	149
Nominations et promotions : MM. Langlois, Potier, Arnaud, Mabille, Charon, Chardon, Barroux, Camuset, Vernet, Rouillard, Sérieux. — Nécrologie : Alfred Maury, Prosper Despine, Campan. — Circulaire ministérielle sur la création de sociétés de patronage pour les aliénés sortant des asiles. — Congrès annuel des médecins aliénistes de France et des pays de langue française. Session de Blois (1892). — Le martyrologue de la psychiatrie ( <i>suite</i> ). — Faits divers. — Prix de la Société française contre l'abus des boissons alcooliques. . . . .	329
Nominations et promotions : MM. Boudrie, Kéraval, Ramadier, Pactet, Baudard, Legrain. — Prix de l'Académie de médecine. — La question des aliénés en Hollande. — Le martyrologue de la psychiatrie ( <i>suite</i> ). — Souscription au buste de Baillarger ( <i>Quatrième liste</i> ). — Tribunaux. — Les aliénés en liberté. — Faits divers. — Congrès de 1892 et de 1893. — Enseignement : MM. Samuel Garnier, Charles Henry. . . . .	494
Table des matières du tome XV de la septième série. . . . .	508

*Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.*

---

Paris. — Typographie Gaston Née, 4, rue Cassette. — 6117.