

Bibliothèque numérique

medic@

**Annales médico-psychologiques**

*n° 16. - Paris: Masson, 1892.  
Cote : 90152, 1892, n° 16*



(c) Bibliothèque interuniversitaire de médecine (Paris)  
Adresse permanente : <http://www.biium.univ-paris5.fr/histmed/medica/cote?90152x1892x16>

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





# ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ À RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS À

## L'ALIÉNATION MENTALE AUX NÉVROSES

ET À LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

FONDATEUR

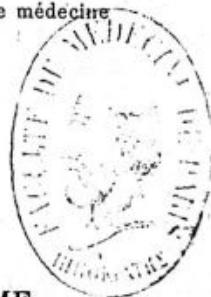
D<sup>r</sup> J. BAILLARGER

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 SEIZIÈME

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

---

ÉLOGE  
DE  
J. BAILLARGER



*Lu à la séance publique annuelle  
de la Société médico-psychologique, du 30 mai 1892,*

**Par le Dr Ant. RITTI,**  
Secrétaire général de la Société.

---

MESSIEURS,

Si la médecine mentale française a brillé d'un vif éclat en ce siècle, le mérite en revient à Pinel et à Esquirol, deux de ces esprits privilégiés qu'on qualifie justement de maîtres de la vérité humaine. L'un et l'autre furent des initiateurs. Avant eux on ne possédait sur la folie que des notions vagues, indécises, sans cohésion ; ils ouvrirent aux recherches sur ce genre de maladies une voie nouvelle et féconde, celle de l'observation clinique, et grâce à leurs découvertes, grâce aussi à ce besoin de généralisation si vif chez les savants de l'époque, ils édifièrent une doctrine des maladies men-

tales que le temps a pu modifier, mais qui n'en contenait pas moins en germe tous les progrès ultérieurs. Avant eux aussi, les aliénés étaient, à l'égal de bêtes fauves, enchaînés dans d'immondes cachots, privés de soins et livrés en pâture à la curiosité publique. Pinel — et c'est son immortel titre de gloire — brisa les fers de ces malheureux et, les élevant à la dignité de malades, inaugura pour eux une ère nouvelle, celle de la douceur, de la bienveillance, mais aussi de la justice. Esquirol fut l'apôtre le plus dévoué, le plus éloquent de cette heureuse réforme ; par sa parole et par ses écrits, il sut émouvoir les pouvoirs publics et faire capituler la routine et les préjugés. Sa voix éloquente obtint pour les aliénés des départements les améliorations que Pinel avait introduites à Bicêtre et à la Salpêtrière. De tels services, rendus à la science et à l'humanité, justifient les honneurs décernés à la mémoire de ces deux grands hommes.

Soucieux, comme toutes les intelligences d'élite, de la continuation de leur œuvre, ils s'entourèrent de nombreux disciples, qui, sous leur sage impulsion, répandirent au loin leurs idées et les développèrent. Esquirol, surtout, possédait ce don, rare en tout temps, d'attirer la jeunesse et de lui faire partager sa généreuse ardeur pour le vrai et le bien. Il enseignait, et, selon l'heureuse expression de Falret père, « professeur sans titre, il faisait école ». La plupart de ses élèves devenaient ses disciples ; ils étaient séduits, autant par la science que par la grâce et le charme du maître, qualités féminines, dira-t-on peut-être, mais qualités souvent nécessaires à qui veut agir sur autrui. Il avait pour eux les attentions les plus délicates, les aidant de ses conseils, de son influence, souvent aussi, de sa bourse.

Parmi ces disciples de prédilection se trouvait un jeune homme, qui, dès le premier jour, se signala à l'at-

tention d'Esquirol par la vivacité de l'intelligence, la curiosité éveillée, l'assiduité au travail ; il ne tarda pas à devenir un de ses élèves favoris. De tous ceux qui entrèrent dans l'intimité du maître, il n'en est aucun qui reçut de lui une plus profonde empreinte. Toute sa vie, il le considéra comme son guide et son modèle — guide intellectuel, modèle au point de vue moral. Cette soumission volontaire aux idées et aux principes de son bienfaiteur ne nuisit en rien à son originalité propre ; car s'il s'inspira de l'enseignement d'Esquirol, il n'en fut pas le copiste servile, il sut toujours conserver cette indépendance d'esprit qui, seule, donne un complet essor aux aptitudes personnelles, développe l'activité de l'esprit et devient la source de découvertes.

Mais pour accumuler les découvertes, pour être un des plus grands cliniciens du siècle, il faut, outre cette indépendance, le génie de l'observation, ce don si rare qui consiste à saisir, au milieu de phénomènes multiples, celui autour duquel tous les autres viennent converger. Baillarger possédait ce don au plus haut degré, c'était sa faculté maîtresse. Il avait la passion de l'observation clinique, et il savait observer. Comme cet ancien qui ne laissait passer aucune journée sans écrire quelques lignes, il ne resta pas un jour sans recueillir quelques faits, ou sans comparer, coordonner et systématiser ceux qu'il avait réunis ; et lorsque l'âge l'éloigna de son service d'hôpital, il consacra le meilleur de son temps à étudier les documents publiés par les autres et, de leur comparaison avec ceux de sa riche collection, il sut encore faire jaillir plus d'une vérité utile.

Guide intellectuel sûr, Esquirol était aussi un parfait modèle de toutes les vertus sociales et professionnelles. Tous ceux qui l'approchaient avaient pour lui ce respect, mêlé de « tendre vénération », qu'inspire toute supériorité morale. Et l'on comprend que Pariset trouva

de l'écho dans le cœur de tous ses collègues de l'Académie de médecine, lorsqu'il s'écriait au début de l'éloge de son ami : « Qui de vous n'a cent fois admiré la finesse et la solidité de son esprit ? L'élévation et la loyauté de son caractère ? Les soins paternels qu'il prenait de ses élèves ? L'art qu'il mettait à développer leurs talents ? La pitié qui l'animait pour la souffrance et le malheur ? Et si vous aviez été dans le secret de sa bienfaisance, dites-nous si, dans les actes d'une vertu si touchante, il mettait une ombre d'ostentation, et s'il se prescrivait des limites ? Sa générosité donnait sans réserve : homme excellent, dont les actions et les ouvrages ont honoré la France, et qui, pour nous rendre le sentiment de sa perte, dirai-je plus doux ? dirai-je plus amer ? nous a laissé dans son souvenir comme une leçon perpétuelle de droiture, de modération, de désintéressement et de bonté. »

Ces nobles qualités de l'esprit et du cœur, nous les retrouvons toutes chez Baillarger. Et si j'ai besoin d'une excuse pour avoir tant parlé du maître au début de cet éloge du disciple, je la trouverai dans cette similitude de nature morale, dans cette communauté de sentiments et d'idées, qui font de la vie de l'un comme une heureuse imitation de la vie de l'autre. Mais je trouverai encore ma meilleure excuse dans l'exemple même donné par notre vénéré collègue : lorsque, au déclin de sa longue et laborieuse existence, il réunit ses nombreux travaux, il eut la pieuse et délicate attention d'inscrire au frontispice de son œuvre le nom d'Esquirol, comme « un dernier hommage à la mémoire du maître dont les conseils et l'appui lui ont été si précieux ».

Jules-Gabriel-François Baillarger naquit, le 25 mars 1809, à Montbazon (Indre-et-Loire), d'une famille de

cultivateurs aisés. Il ne fut pas un de ces enfants prodiges, qui promettent plus qu'ils ne tiennent ; mais par son intelligence éveillée, il sut plaire à l'un de ses oncles, Lannier, père de notre regretté collègue, qui le prit en grande affection et obtint qu'on lui fit faire ses études. On trouvait alors souvent dans les campagnes des professeurs qui, pour une mince rétribution, se chargeaient d'enseigner les premiers éléments de toute bonne instruction. C'étaient, pour la plupart, d'anciens religieux que la tourmente révolutionnaire avait rendus à la vie civile, ou encore des débris de l'ancien régime que le malheur des temps avait fait descendre au rang d'instituteur. Baillarger fut placé en province chez un de ces magisters, qui portait le nom euphonique de « père Columbus » et habitait à Sorigny, non loin de Montbazon. Ce père Columbus avait une passion malheureuse pour l'apiculture ; il s'occupait plus de l'éducation de ses abeilles que d'enseigner le rudiment à son élève. Bien plus, il chargeait celui-ci de surveiller ses essaims ; cette façon originale, obligatoire, de faire l'école buissonnière ne déplaçait pas au jeune Baillarger, mais n'ajoutait rien au peu qu'il savait. Heureusement, l'oncle veillait ; constatant les faibles progrès de son neveu, il n'eut de repos que lorsqu'il le vit entrer comme interne au lycée de Tours ; la claustration, la discipline et l'émulation devaient, suivant lui, aider davantage au développement des facultés intellectuelles de l'enfance que le régime familial.

Le lycéen eut pour premier maître d'études, Troussseau, qui depuis..... Mais est-il besoin de rappeler ici la brillante carrière du grand clinicien ? De tous les élèves surveillés par son futur collègue de l'Académie de médecine, Baillarger n'était pas le plus laborieux. Il travaillait cependant assez pour passer sans encombre d'une classe dans une autre, ne cueillant guère de

lauriers, ne manifestant pas une aptitude spéciale pour aucune des branches des connaissances qu'on s'efforçait de lui inculquer.

A peine fut-il en philosophie, qu'une métamorphose complète se produisit : la chrysalide devint papillon. Était-ce l'influence du professeur ? Était-ce celle des matières qu'il avait charge d'enseigner ? Il est loisible de faire les hypothèses les plus diverses sur cette efflorescence subite d'une jeune intelligence ; mais, ce qui est dans l'ordre des faits, c'est que notre jeune philosophe fut toujours l'un des premiers de sa classe et qu'à la fin de l'année, il rapporta une ample moisson de prix à sa famille fière et attendrie.

Après avoir subi avec succès ses examens de bachelier, il devint un des élèves de cet enseignement privé de la médecine, que Bretonneau avait créé à l'hospice de Tours. Il n'y resta que peu de temps, assez cependant pour prendre auprès de l'illustre clinicien les premières leçons dans l'art si difficile d'observer les malades. Paris l'attirait. Il y débarqua un matin, léger d'argent, mais riche d'espérance ; il avait à peine vingt ans, heureux âge où tout sourit, le présent comme l'avenir, où la vie n'a perdu encore aucune de ses illusions.

Il y trouva plusieurs compatriotes de la Touraine, déjà en route pour la renommée : Rousseau, son ancien maître d'études, depuis quelques années agrégé de la Faculté de médecine, revenait de l'Espagne et du midi de la France, où le gouvernement l'avait envoyé étudier la fièvre jaune et autres épidémies et endémies ; Velpeau, cet infatigable travailleur, préludait aux luttes des concours, par de remarquables publications, par un enseignement privé, très goûté de tous ceux qui l'ont suivi, de l'anatomie et de la chirurgie. Baillarger suivit les leçons de ce jeune maître ; il y acquit cette sûreté de main, ce perfectionnement dans les dissections délicates,

qui lui furent d'un secours si précieux dans ses recherches sur l'anatomie du système nerveux.

Ces leçons, les cours et les cliniques de la Faculté qu'il suivait assidûment, le travail obstiné auquel il se livrait, toutes les connaissances ainsi recueillies, lui permirent de satisfaire sa première ambition : il se presenta au concours de l'internat des hôpitaux et fut reçu dans un bon rang. Il débuta dans le service de Cloquet à l'hôpital Saint-Antoine. Mais le labeur acharné auquel il s'était constraint, avait profondément altéré sa santé, déjà frêle et délicate. Ses amis, ses camarades en avaient été frappés, et l'engagèrent vivement à se retirer pour quelque temps à la campagne. Le conseil était sage, mais difficile à suivre. Mis au courant de la situation, Cloquet, qui était le meilleur des hommes, se chargea d'y remédier ; il envoya son externe avec une lettre de recommandation, auprès de son ami Esquirol. L'illustre médecin de Charenton, alors dans tout l'éclat de sa renommée, reçut le jeune étudiant avec la plus grande bienveillance, et, ne pouvant faire davantage, il se l'attacha en qualité d'élève externe en médecine.

Baillarger qui ne voulait pas perdre le bénéfice de son concours, obtint de l'Administration de l'Assistance publique sa nomination à Bicêtre. Comptant bien suffire à ce double service, il ne voyait dans ce cumul que l'occasion de longues promenades à pied, au grand air, le remède le meilleur pour le rétablissement complet de sa santé.

Il avait trop présumé de ses forces. Par une glaciale nuit d'hiver, il fut pris dans sa cellule de Bicêtre d'une violente hémoptysie. C'était pour lui une catastrophe ; il se crut perdu. Ne lui avait-on pas appris que le crachement de sang, à son âge et dans un organisme débilité, était le signe le plus certain d'une phthisie commençante ? Il devait heureusement donner un complet

démenti à cette prétendue loi pathologique. Il guérit, mais resta longtemps sous l'émouvante impression de cet accident morbide.

Göethe qui, lui aussi, fut pris, vers l'âge de vingt ans, d'un « terrible vomissement de sang », — ce qui ne l'empêcha pas d'atteindre, ainsi que Baillarger, à l'extrême limite de la vieillesse, — Göethe écrit à ce propos dans ses *Mémoires* : « Si nous pouvions, sans devenir des malades imaginaires, faire attention à tout ce qui nous est nuisible, nous nous épargnerions bien des souffrances. » Baillarger, tenant sérieusement compte du premier avertissement qui lui avait été infligé, mit toute sa vie en pratique ces sages paroles. Dès qu'il entra en convalescence, il comprit qu'il lui fallait opter entre Bicêtre et Charenton. Ce fut Charenton, est-il besoin de le dire ? qui l'emporta ; il se sentait attiré par cette grande et belle figure d'Esquirol, dont il admirait la science étendue et la profonde connaissance des malades. Le maître qui, durant sa maladie, lui avait donné de nombreuses marques de sa bienveillante sollicitude, se l'attacha peu après, le 1<sup>er</sup> juillet 1832, comme interne en médecine de son service.

Désormais à l'abri des préoccupations matérielles, Baillarger se livra avec ardeur au travail. Il consacrait le meilleur de son temps à l'observation clinique des aliénés ; mais ses goûts le portaient vers les recherches anatomo-pathologiques. Il ne perdait aucune occasion de faire des autopsies ; lorsqu'il se trouvait en présence d'un fait rare, il le recueillait avec soin pour le présenter à la Société anatomique, dont il devint un des membres les plus actifs. Il communiqua ainsi un cas de gangrène circonscrite du poumon, un autre de dégénération du corps pituitaire, un anévrisme de l'aorte abdominale, une concrétion ossiforme dans la rate. En voyant un si jeune homme, — il avait à peine vingt-trois ans, — que

son air maladif faisait paraître plus jeune encore, apporter des résultats d'autopsies, aussi curieux que rares ; en l'entendant les discuter avec une science et une sagacité au-dessus de son âge, les maîtres et les collègues qui l'écoutaient ne cachaient pas leur étonnement ; tous auguraient de l'étudiant précoce qu'il deviendrait l'émule des savants qui se livraient alors avec tant d'ardeur aux études d'anatomie pathologique. Ces prévisions ne devaient se réaliser qu'en partie : l'œuvre anatomique de Baillarger a certes une importance capitale et suffirait à tirer de l'oubli le nom de son auteur ; mais combien elle est dépassée par ses découvertes cliniques en médecine mentale !

Esquirol avait une confiance, a bien des égards justifiée, dans le traitement moral des aliénés. Une des formes de ce traitement, qu'il appliquait volontiers à ses malades riches, était les longs voyages. Il confiait ses clients à de jeunes médecins, ses élèves, chargés de les surveiller et de leur servir de guides. Baillarger fut honoré d'une pareille mission en 1836 ; elle consistait à promener un aliéné inoffensif à travers le midi de la France, en Suisse et dans le nord de l'Italie. C'était une excellente aubaine ; elle fut la bienvenue. Le jeune médecin s'acquitta de sa tâche si délicate avec conscience. Elle ne l'absorba pas tout entier : à son âge, la curiosité ne perd pas ses droits ; mais, si les beaux sites, les œuvres d'art, attiraient son attention, il ne perdait pas de vue les sujets ordinaires de ses études. Esquirol, avec qui il était en correspondance suivie, les lui rappelait à l'occasion : il l'engageait à visiter les établissements d'aliénés, à prendre des statistiques, à s'enquérir des formalités pour être admis dans les maisons de santé spéciales, à lui procurer les plans des nouveaux asiles en construction. Ces documents, le maître les utilisait

dans ses fréquentes conférences avec les commissions de la Chambre des pairs et de la Chambre des députés, où s'élaborait alors cette loi sur les aliénés, si sage et si tutélaire, qu'il est plus facile d'attaquer que de remplacer.

Mais il lui indiquait aussi des questions à élucider, ayant un caractère plus scientifique. « Tâchez, lui écrit-il dans une de ses lettres, de bien établir, ce qui est démontré pour moi, si dans le Midi il y a plus d'hommes que de femmes aliénés et si la paralysie générale y est plus rare, — pour ce dernier point, il faut voir par vous-même, — quels sont les caractères principaux de la folie à Marseille, à Aix, à Saint-Remy, à Avignon, à Montpellier, etc. »

C'étaient certes là des sujets de recherches qui devaient plaire à l'intelligence en éveil du jeune disciple. Pour donner satisfaction à la curiosité de son maître pour remplir le programme tracé, il n'a dû épargner ni peine, ni travail, et — ce qui n'est pas douteux — il a tout vu par lui-même, comme tous les grands observateurs. Les nombreux faits qu'il a ainsi recueillis, les conclusions qu'il a tirées, ne nous sont pas connus, et nous devons le regretter ; nous verrions dans les réponses à ce questionnaire que la confiance d'Esquirol en celui qu'il appelait son jeune ami, était pleinement justifiée.

Baillarger trouvait les plus grandes facilités pour ses recherches ; toutes les portes s'ouvraient devant lui, grâce à son titre d'interne d'Esquirol, qui était un véritable talisman ; administrateurs et médecins mettaient à sa disposition tous les documents désirés avec un obligeant empressement. Peu s'en fallut même qu'il ne trouvât à se fixer définitivement dans une de ces villes du Midi où il se complaisait, autant pour le charme des relations que pour la douceur du climat si propice à sa santé débilitée.

En visitant, à Aix-en-Provence, l'asile des aliénés, il y rencontra un des membres de la commission des hospices, qui lui apprit les améliorations considérables projetées par l'Administration dans l'intérêt des malheureux confiés à sa garde, et du désir qu'elle avait de nommer enfin un médecin chargé de les traiter, ce qui, paraît-il, n'avait pas encore eu lieu depuis un demi-siècle bientôt que Pinel avait accompli sa réforme philanthropique. Dans la longue conversation qu'il eut avec cet administrateur, homme d'ailleurs fin et distingué, Baillarger se montra, ce qu'il n'a jamais cessé d'être, enthousiaste de la science qu'il cultivait, et, en fidèle disciple d'Esquirol, plein de cette ardeur généreuse, inspiratrice du dévouement pour la plus cruelle des infortunes. Les idées qu'il développa sur l'organisation de l'asile, sur le traitement des aliénés, son enthousiasme même, plurent à son interlocuteur, qui l'encouragea vivement à présenter sa candidature au nouveau poste de médecin, en lui promettant de lui donner sa voix et de lui fournir celles de la plupart de ses collègues. Baillarger, à qui cette situation dans une ville de province semblait un bonheur inespéré, accepta avec un vif empressement les avances qui lui étaient faites. Il se présenta aux divers membres de la commission des hospices, de qui dépendait sa nomination ; de tous il reçut le meilleur accueil, et de la majorité la promesse formelle de voter pour lui. Le succès semblait assuré ; mais, le jour du scrutin, par un de ces revirements qui ne sont pas rares, même dans les milieux académiques, c'est le nom de son concurrent qui sortait de l'urne. Ce concurrent, jeune docteur de la Faculté de Montpellier, n'avait pas fait d'études spéciales sur les maladies mentales, mais il était le fils d'un des membres de la commission des hospices et aspirait à devenir le gendre d'un des collègues de son père. Malgré ses connaissances et son titre

d'interne de Charenton, malgré la protection de son maître, Baillarger pouvait-il lutter contre un tel concurrent, qui avait, selon l'expression consacrée, des attaches aussi sérieuses dans le pays ?

S'il eut quelque dépit de cet échec, il ne dut pas consacrer plus de vingt-quatre heures à maudire ses juges. Plus tard, il racontait volontiers et avec humour cet incident de sa jeunesse ; on conçoit aisément qu'il n'en eût conservé aucune trace d'amertume ou de regret.

Après avoir parcouru toutes les étapes de son voyage, il revint à Paris ; il reprit ses fonctions à la maison de Charenton : le travail, la société de ses collègues et surtout l'affectueuse sollicitude du maître lui firent vite oublier sa première déconvenue. D'ailleurs le moment était venu de soutenir sa thèse de doctorat. Il se mit résolument à l'œuvre ; le sujet qu'il choisit : « Du siège de quelques hémorragies méningées », avait déjà été traité par lui dans un travail lu en 1833, à la Société anatomique ; il tenait à l'approfondir, à l'illustrer de faits nouveaux, démonstratifs. Grâce à de patientes recherches et à des autopsies faites avec soin, il prouva que les prétendus épanchements sanguins entre la dure-mère et l'arachnoïde pariétale n'existaient pas, mais étaient en réalité intra-arachnoïdiens. Ce point établi, il s'agissait de rechercher le mode de formation des parois du kyste qui, dans la majorité des cas, enveloppe le sang épanché. On connaît la théorie de Baillarger, elle repose sur la possibilité où serait la fibrine de s'organiser. Formulée avec une grande netteté, elle fut aussitôt admise par tous les médecins ; elle dura même pendant plus de vingt ans. N'est-ce pas, à notre époque, une belle longévité pour une théorie médicale ?

Baillarger soutint sa thèse le 29 décembre 1837, sous la présidence de Velpeau. L'illustre chirurgien qui s'était occupé de cette importante question d'anatomie

pathologique, prit plaisir à la discuter avec son jeune compatriote. Ses réponses durent le frapper; car, quoique peu prodigue de louanges, il le combla d'éloges et lui adressa des félicitations.

Esquirol, par son influence, avait fait placer à la tête des établissements d'aliénés un grand nombre de ses élèves : ainsi Foville à Rouen et Rech à Montpellier, Delaye à Toulouse et Bouchet à Nantes ; d'autres encore qu'il serait trop long de rappeler. Notre jeune docteur n'avait qu'un mot à dire et il trouvait place dans cette phalange de jeunes aliénistes chargés de porter dans tous les points de la France les pratiques et l'enseignement du maître. Mais depuis son aventure d'Aix, il ne se souciait plus guère de vivre en province ; son ambition s'était élevée ; il voulait rester à Paris, se consacrer à la science, et acquérir, en même temps que la fortune, l'indépendance. Ses rêves d'avenir devaient être amplement réalisés.

En attendant, il fallait vivre. Esquirol y pourvut. Il s'attacha Baillarger en qualité de secrétaire, en fit son commensal, souvent son remplaçant, dans la maison de santé qu'il avait fondée à Ivry. Il l'envoyait fréquemment dans des familles riches des environs de Paris pour soigner des malades, ses clients.

Ces occupations diverses n'empêchaient nullement Baillarger de se livrer à un travail soutenu, embrassant toutes les branches de la médecine ; mais c'était l'anatomie du système nerveux qui était l'objet spécial de ses recherches. Il fut ainsi amené à étudier la structure de l'écorce des circonvolutions du cerveau. A l'aide des procédés en usage à l'époque, il parvint à établir que la substance périphérique de cet organe est formée, en allant de dedans en dehors, de six couches superposées, successivement grises et blanches. Il donnait de cette

vérité une démonstration élégante : plaçant une couche mince de cette substance entre deux lames de verre, il montrait par transparence ces six couches apparaissant alternativement transparentes et opaques. Cette stratification de l'écorce cérébrale, confirmée depuis par le microscope, est aujourd'hui universellement acceptée ; la découverte de cette vérité, devenue classique, fait le plus grand honneur à la sagacité d'observation de son auteur.

Ce travail, communiqué à l'Académie de médecine, y fut vivement goûté ; il s'imposait à l'attention par l'originalité des idées et la clarté de l'exposition. La savante assemblée, sur le rapport d'une commission à laquelle il avait été renvoyé, le fit insérer dans ses *Mémoires*, faveur qu'elle n'accorde d'ordinaire qu'à ses lauréats.

Les questions relatives à l'anatomie et à la physiologie du plus noble organe de l'économie, sont de celles « qui n'ont pas coutume de laisser en paix ceux dont elles ont une fois pris possession ». Elles le poursuivirent au milieu des occupations multiples que ses fonctions lui imposaient. C'est ainsi qu'en 1843, il publiait une étude sur le mode de formation du cerveau, et une autre, dix ans après, sur l'étendue de la surface du cerveau et de ses rapports avec le développement de l'intelligence.

On sait le rôle important que Gall donnait au déplissement des hémisphères dans ses recherches anatomiques sur le cerveau. Baillarger, se servant de ce procédé en le perfectionnant, arrivait, à l'aide d'une dissection longue et minutieuse, à enlever toute la substance blanche de cet organe et à ne conserver en quelque sorte que la substance grise périphérique. La membrane ainsi obtenue se déplisse, pour ainsi dire d'elle-même, suffisamment, pour qu'on puisse l'étaler et la mouler avec du plâtre ; puis on mesure le moule avec un tissu

mince, de la gaze, par exemple, en prenant des précautions convenables.

On conçoit aisément que malgré les précautions les plus minutieuses, on n'arrive qu'à une approximation de la vérité ; mais cette vérité n'en est pas moins curieuse à connaître. On apprend que la moyenne de l'étendue des surfaces cérébrales est de 1,700 centimètres carrés ; que la différence entre l'hémisphère droit et l'hémisphère gauche est minime ; enfin, fait non moins intéressant, que la surface du cerveau de l'homme, proportionnellement au volume, est beaucoup moins étendue que celle du cerveau des mammifères inférieurs.

De ces faits, est-il permis de conclure qu'il existe des rapports entre la surface du cerveau et le degré de développement de l'intelligence ? Baillarger ne le pense pas. A l'aide de déductions d'une logique sévère, il arrive à établir que le nombre et la perfection des facultés intellectuelles sont en proportion, non pas de l'étendue des surfaces, mais du nombre et de la saillie des circonvolutions. N'est-ce pas là une de ces lois biologiques que les recherches les plus récentes n'ont fait que confirmer ?

Les premiers travaux scientifiques de Baillarger lui avaient acquis une réputation justifiée d'observateur exact et d'esprit ingénieux ; il importait de la soutenir et même de l'accroître. Certes les ressources de son esprit étaient grandes et variées ; mais il manquait d'une position stable qui lui laissât la liberté de se livrer sans réserve aux études qui lui étaient chères. Sa situation auprès d'Esquirol, quoique précaire, lui plaisait, et il y était retenu par les liens de l'affection et de la reconnaissance. A ses fonctions de secrétaire de son maître, il avait joint celles de médecin du Bureau de bienfai-

sance du XII<sup>e</sup> arrondissement (1), qui lui permirent de se perfectionner dans la pratique de l'art médical. Ce ne pouvait être que du provisoire. Baillarger était né pour une meilleure fortune ; les circonstances allaient le servir à souhait.

Nous sommes en 1840 ; l'Administration de l'Assistance publique avait mis au concours quatre placés de médecins aliénistes de Bicêtre et de la Salpêtrière. Baillarger se présenta ; il eut pour principaux concurrents Archambault, Moreau (de Tours) et Trélat ; après des épreuves brillantes, il fut nommé le premier : il avait à peine trente et un ans. Ce succès était pour lui l'aurore d'une ère nouvelle ; mais sa joie fut troublée « par la triste apparition de la mort ». Esquirol pour qui le résultat de ce concours avait été une des plus grandes satisfactions, mourut peu de mois après, entouré de ses parents, de ses amis, de ses élèves, auxquels il fit les plus touchants adieux. Baillarger pleura longtemps celui qui fut pour lui plus qu'un maître, un père dont l'affectionnée sollicitude devait s'étendre jusqu'après sa mort. N'est-ce pas, en effet, pour obéir à un vœu de son oncle, que le Dr Mitivié s'adjoignit Baillarger et Moreau (de Tours) dans la direction de l'importante maison de santé d'Ivry, une des créations d'Esquirol ? Et lorsque, quelques années après, cet établissement devint leur propriété, il leur sembla recevoir comme une part de l'héritage de leur regretté maître.

Désormais l'aisance est assurée. Baillarger peut, sans souci du lendemain, se livrer à l'exercice et à la culture de sa science chérie, la médecine mentale. Deux services de malades, l'un à la Salpêtrière, l'autre à Ivry, lui permettent d'étudier les perturbations de l'esprit dans les diverses classes de la société, chez les pau-

---

(1) Aujourd'hui, V<sup>e</sup> arrondissement.

vres et chez les riches, chez les lettrés et les illettrés, dans les professions manuelles comme dans les professions libérales. Il recueillit ainsi une quantité innombrable d'observations, collection de documents cliniques d'une rare richesse, d'où sa sagacité d'esprit sut faire jaillir une foule de vérités nouvelles, ignorées avant lui.

On connaît la simplicité de la classification des maladies mentales de Pinel et d'Esquirol; les formes morbides se réduisaient à quatre ou cinq, dans lesquelles on faisait entrer les faits les plus disparates. Que sont, en effet, pour ces deux maîtres de la science, ces malades que la folie a transformés en statues, qui restent durant des semaines et des mois mutets et immobiles, ne donnant souvent d'autre signe d'activité intellectuelle qu'un geste brusque et aussitôt réprimé? Le premier les considère comme des idiots; le second, comme les déments. Georget vint et en fit une classe distincte d'aliénation mentale, qu'il appela stupidité, et qui avait pour caractère principal la suspension accidentelle de la manifestation de la pensée. Baillarger, reprenant à son tour la question, démontra, dans un mémoire d'une remarquable netteté, que ces aliénés qu'on désigne sous le nom de stupides, ne sont pas en réalité atteints d'un arrêt complet et subit du mécanisme cérébral. Leur stupeur apparente couvre un délire très actif, tout intérieur, dont ils peuvent rendre compte après la guérison. Ce délire ressemble à un rêve d'une tristesse profonde durant lequel les malades sont le jouet d'illusions et d'hallucinations qui jettent la terreur dans tout leur être et les clouent, pour ainsi dire, sur place; ils sont comme hypnotisés par cette fantasmagorie terrifiante et ils ne peuvent fuir; parfois ils parviennent à échapper à ce spectacle par le suicide.

Il n'est pas douteux que l'apparence extérieure de ces malades n'est que le résultat du trouble mental. Bail-

larger a justement appelé l'affection dont ils sont atteints *mélancolie avec stupeur*.

Ce mémoire, d'une si merveilleuse clarté, fut d'abord communiqué à l'Académie de médecine où il fit grande impression ; il parut ensuite dans le premier numéro des *Annales médico-psychologiques*.

Par ses nombreuses relations, d'une part avec la médecine légale et la législation, d'autre part avec la physiologie du système nerveux et les spéculations les plus élevées sur la nature humaine, la médecine mentale est, quoi qu'en pensent ses détracteurs, une des parties les plus importantes de l'art médical ; celle qui, par cette sorte d'éénigme à la fois douloureuse et irritante qu'elle pose, attirera toujours les esprits curieux et méditatifs. Pour faciliter l'étude d'une science aussi compréhensive, pour permettre à ceux qui s'y consacrent de « s'enquérir des progrès indispensables à réaliser, des lacunes nombreuses à combler », la fondation d'un journal spécial s'imposait. Pinel et Esquirol en avaient en la pensée, mais ils laissèrent à leurs disciples le soin de la mettre à exécution. A Baillarger revient le mérite d'avoir publié en France le premier recueil périodique de ce genre ; il l'intitula : « *Annales médico-psychologiques*, journal de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie du système nerveux, destiné particulièrement à recueillir tous les documents relatifs à la science des rapports du physique et du moral, à la pathologie mentale, à la médecine légale des aliénés et à la clinique des névroses. » Le programme, on le voit, est des plus vastes, mais il est des mieux compris : toutes les ramifications de la médecine mentale s'y trouvent représentées, en même temps que les sciences qui lui apportent ou dont elle reçoit aide et secours.

Le premier numéro parut en janvier 1843, avec la si-

gnature de Baillarger, Cerise et Longet : le premier représentant plus spécialement la clinique mentale ; le deuxième, la philosophie dans ses rapports avec la psychologie morbide et le troisième, l'anatomie et la physiologie du système nerveux. Depuis lors, les *Annales* n'ont pas cessé de paraître, malgré de fréquentes difficultés intimes, malgré les crises survenues dans la librairie à la suite de graves événements politiques.

Baillarger en conserva la direction jusqu'à sa mort ; il y fit preuve du tact le plus parfait et d'un souci constant du progrès, inspirant des travaux, stimulant le zèle de ses collaborateurs, ne perdant jamais de vue le programme qu'il s'était tracé. Grâce aux hommes distingués dont il s'entoura : médecins, philosophes, psychologues, légistes ; grâce aussi à ses propres travaux, on peut dire sans exagération que la collection, déjà semi-séculaire, des *Annales* est une mine d'une incomparable richesse, à laquelle viendront puiser tous ceux qui se livrent à l'étude des questions médico-psychologiques.

Parmi ces questions, il n'en est pas de plus importante, au point de vue biologique comme aussi, et surtout, au point de vue social, que celle de la connaissance des lois de l'hérédité de la folie. Si le fait même de cette hérédité est prouvé, les multiples problèmes qui en découlent sont loin d'être élucidés. Baillarger s'est appliqué, à l'aide de statistiques scrupuleuses, à en résoudre quelques-uns du plus grand intérêt.

On admet généralement que les enfants, sous le rapport intellectuel et moral, tiennent plus souvent de la mère que du père. Si l'on étudie la vie des hommes supérieurs, on constate que la plupart d'entre eux sont nés de femmes remarquables par le développement de leur intelligence ; c'est une observation que Sainte-

Beuve fait à maintes reprises dans ses *Lundis*. On sera donc peu étonné d'apprendre par des chiffres que la folie de la mère se transmet plus fréquemment et à un plus grand nombre d'enfants que celle du père.

Quant à l'opinion populaire que les garçons tiennent plus souvent de la mère, et les filles du père, et qu'il y a ainsi entre les sexes une sorte de croisement, elle ne trouve pas sa confirmation dans les statistiques sur l'hérédité de la folie. Baillarger, en effet, arrive à démontrer, que les garçons tiennent à peu près aussi souvent le trouble mental de leur père que de leur mère ; mais que les filles, au contraire, héritent au moins deux fois plus souvent la folie de la mère que celle du père.

Ces conclusions sont dignes d'être méditées ; elles sont, pour employer un mot à la mode, très suggestives. Baillarger que préoccupait, surtout le côté pratique des questions qu'il venait d'étudier, en tira quelques principes applicables au pronostic à porter sur les enfants nés de parents aliénés ; il les formula ainsi qu'il suit :

« 1<sup>o</sup> La folie de la mère, sous le rapport de l'hérédité, est plus grave que celle du père, non seulement parce qu'elle est plus fréquemment héréditaire, mais encore parce qu'elle se transmet à un plus grand nombre d'enfants.

« 2<sup>o</sup> La transmission de la folie de la mère est plus à craindre pour les filles que pour les garçons ; celle du père, au contraire, plus à craindre pour les garçons que pour les filles.

« 3<sup>o</sup> La transmission de la folie de la mère n'est guère plus à craindre pour les garçons que celle du père ; elle est, au contraire, deux fois plus à redouter pour les filles. »

La statistique qu'il est de mode de tourner en ridicule, devient ainsi, pour un esprit sagace et pénétrant, un

mode de recherches d'une grande puissance, une méthode d'une heureuse fécondité.

Les futurs historiens de notre science, lorsqu'ils constateront ses rapides progrès au XIX<sup>e</sup> siècle, seront bien surpris de voir que la première chaire officielle de médecine mentale n'a été créée en France qu'en 1877. L'enseignement libre suppléait heureusement à cette regrettable lacune de l'enseignement de la Faculté. A la Salpêtrière, notamment, depuis Pinel et Esquirol, des cours étaient faits chaque année aux étudiants et aux jeunes docteurs, désireux de posséder quelques notions sur les maladies de l'esprit. Bien des vocations s'y déterminèrent ; c'est, en effet, de ces auditoires bénévoles que sortirent la plupart des médecins qui, après la promulgation de la loi du 30 juin 1838, furent chargés de créer et d'organiser les asiles d'aliénés.

Lorsque Baillarger arriva à la Salpêtrière, il y trouva Falret père, dont les leçons attiraient une nombreuse jeunesse, et aussi beaucoup d'hommes mûrs, autant par leur savante ordonnance que par leur tendances généralisatrices. Poussé par une noble émulation et par ce besoin de répandre autour de soi les idées qui vous sont chères, il voulut aussi enseigner ; dès 1841, il ouvrit, dans son service, un cours clinique des maladies mentales, complément d'un enseignement théorique qu'il faisait à l'École pratique de la Faculté de médecine. Dès les premières leçons le succès fut très grand ; les élèves arrivaient en foule pour écouter cette parole simple, qui apportait de la clarté et de la précision dans un sujet si complexe. Baillarger abandonnait rarement le domaine des faits, où son esprit essentiellement analytique se mouvait à l'aise ; ses descriptions cliniques étaient saisissantes de vérité et d'exactitude ; d'autant plus exactes et plus vraies qu'il ne mettait pas

tous les symptômes sur le même plan, qu'il indiquait avec soin leur subordination et leur degré d'importance. Le maître clinicien s'appliquait surtout à faire ressortir les difficultés du diagnostic et du pronostic des maladies mentales ; il tirait ses meilleurs préceptes de l'histoire de ses propres erreurs, qu'il avouait sans détour et soumettait devant ses élèves à une discussion minutieuse et approfondie, donnant ainsi un exemple rare de grande probité scientifique.

Baillarger fit son cours pendant près de trente ans, et, durant ce long espace de temps, il vit sans cesse venir à lui de nouveaux auditeurs, avides de sa parole. Les aliénistes de la France et de l'étranger, lorsqu'ils venaient à Paris, considéraient comme un devoir d'assister aux leçons du maître, tant était grande sa réputation de savant et de praticien.

Parmi les nombreuses questions élucidées par Esquirol, celle des troubles sensoriels dans la folie est, sans contredit, une des plus importantes. Sa description des hallucinations et des illusions est un modèle de fine analyse clinique, dont on peut dire qu'il fait époque dans l'histoire de notre science. Plus d'un des disciples du maître voulut aborder après lui ce sujet si complexe, qui soulève tant de problèmes de physiologie cérébrale, de pathologie nerveuse et même de critique historique. Baillarger, qui s'attaquait volontiers aux difficultés, ne fut pas des derniers à le creuser. Dès 1842, il publiait ses recherches sur l'influence de l'état intermédiaire à la veille et au sommeil sur la production et la marche des hallucinations. Ces hallucinations qui précèdent le sommeil ou accompagnent le réveil et auxquelles notre illustre collègue Alfred Maury a donné l'épithète d'*hypnagogiques*, se produisent, chez les individus prédisposés, surtout pendant les prodromes et au début de la

folie. Ces fausses perceptions, d'abord éphémères, finissent par devenir continues jusqu'à se produire nuit et jour, entraînant avec elles l'intelligence dans le délire le plus complet. Si, après cette période paroxystique, le malade marche vers la guérison, il se produit chez lui comme une sorte de travail régressif : les hallucinations, qui étaient devenues persistantes, diminuent peu à peu d'intensité et reviennent enfin à leur point de départ avant de se dissiper complètement.

Cette étude si attachante pour le psychologue, ne l'est pas moins pour le médecin. Elle lui apprend, entre autres choses, à se mettre sur la défensive lorsqu'il se trouve en présence d'une personne autrefois aliénée et qui se plaint de troubles sensoriels de cette nature. C'est, en effet, le moment de veiller ; d'un jour à l'autre le délire peut éclater de nouveau, avec toutes ses conséquences. Et ces conséquences sont parfois terribles : des crimes n'ont-ils pas été commis, la nuit, sous l'influence d'une véritable folie transitoire provoquée par une hallucination hypnagogique ? Nouvel et frappant exemple des liens intimes qui unissent la clinique et la médecine légale ! Mais combien difficile et délicate est, en pareil cas, la tâche du médecin légiste ! Elle lui sera heureusement facilitée par le remarquable travail de Baillarger, dont les trente observations permettent de se rendre compte du phénomène sous ses aspects les plus divers.

Cette grande et belle question des troubles sensoriels qu'il venait d'effleurer, une occasion se présenta pour la traiter dans toute son étendue. L'Académie de médecine proposa, pour le prix Civrieux à décerner en 1844, la question suivante : « Des hallucinations, des causes qui les produisent et des maladies qu'elles caractérisent. » Baillarger concourut, et son mémoire, connu de tous ceux qui se sont occupés de psychologie normale

ou morbide, est une des œuvres les plus remarquables qu'il ait produites. Les idées qui y sont émises, aujourd'hui classiques, étaient alors neuves, originales ; les progrès de la science, qui modifient tant de théories, ne les a guère entamées.

Il fut un temps — et il n'est pas très loin de nous — où l'hallucination, considérée comme un phénomène surnaturel, était attribuée à quelque génie bon ou mauvais, à une divinité bienfaisante ou malfaisante. Ce ne pouvait être là qu'une explication provisoire, que l'observation scientifique devait détruire en la remplaçant par une autre plus rationnelle, plus conforme à la réalité des faits. Ces *voix*, ces *visions*, auxquelles l'imagination populaire et même celle des savants assignaient autrefois une cause extérieure invisible, sont, — personne ne le conteste plus aujourd'hui, — le produit d'une intelligence ébranlée, d'un cerveau malade. Où la difficulté commence, c'est lorsqu'il s'agit de connaître la nature de ces troubles sensoriels, de rechercher leur mode de production.

L'hallucination est-elle due à l'irritation des organes des sens ? Baillarger ne le croit pas, et avec raison. Des irritations, mécaniques ou autres, de l'œil provoquent bien des bluettes lumineuses, des taches, des anneaux colorés ; celles de l'oreille, des bourdonnements, des sifflements ; mais elles ne sauraient amener la reproduction de formes vivantes, ni de discours suivis. Il y a plus : « dès qu'on livre les hallucinations au hasard de ces modifications intestines des nerfs sensoriaux, » il est impossible de comprendre la simultanéité ou la succession des fausses perceptions de plusieurs sens, et surtout les rapports de celles-ci avec les idées dominantes des malades.

Les difficultés ne sont pas moindres avec la théorie psychique. La représentation mentale, même portée à son

plus haut degré, peut-elle arriver jusqu'à la production de ces sensations extérieures, si nettes, si précises, qui constituent la véritable hallucination? Comme l'a très bien dit un élève de Baillarger, « le musicien qui, en lisant un air, se représente la valeur des sons et prend une idée exacte de la musique qu'il a sous les yeux, n'arrive à ce résultat que par un effort d'imagination; mais il n'entend pas réellement au dehors de lui les sons musicaux comme l'halluciné, il les entend en dedans et en esprit seulement. Et de même le peintre qui a gravé dans sa mémoire les traits du modèle qu'il est chargé de reproduire, ne les voit pas des yeux du corps comme l'halluciné voit le spectre qui se dresse devant lui; il les voit des yeux de l'esprit et mentalement, sans que jamais, il puisse arriver à se les représenter matériellement (1). »

A ces deux théories si contestables, mais qui trouvent encore d'ardents défenseurs, Baillarger oppose une théorie mixte, l'origine psycho-sensorielle de l'hallucination. Pour que celle-ci se produise, deux éléments sont indispensables: l'un psychique qui crée l'image, l'autre sensoriel, chargé de la projeter au dehors, de l'exterioriser. En sorte que la marche de la fausse perception est inverse de la sensation normale; celle-ci se fait de dehors en dedans, tandis que l'hallucination a lieu de dedans en dehors.

Poussant plus loin encore l'étude du mécanisme intime de ce curieux phénomène pathologique, Baillarger s'est appliqué à rechercher les conditions psychologiques qui favorisent son développement. Elles sont pour lui au nombre de trois: 1<sup>o</sup> l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination; 2<sup>o</sup> la suspension des im-

---

(1) Marcé. *Traité pratique des maladies mentales*. Paris, 1862, p. 247.

pressions externes ; 3° l'excitation interne des appareils sensoriels.

Pour démontrer l'existence des deux premières, les preuves abondent. Et d'abord toutes les dispositions mentales, normales ou morbides, caractérisées par l'exercice involontaire des facultés et par la suspension des impressions externes, telles que l'état intermédiaire à la veille et au sommeil, le rêve ou la mélancolie avec stupeur, sont aussi celles qui s'accompagnent le plus souvent d'hallucinations psycho-sensorielles. D'un autre côté, l'exercice actif des facultés est un obstacle à la production de ces fausses perceptions ; il les suspend même quand elles existent.

Qu'on compare maintenant les causes des hallucinations à celles qui produisent l'exercice involontaire des facultés et la suspension des impressions externes, on constate qu'elles sont à peu de chose près les mêmes. Ne signale-t-on pas, d'une part comme de l'autre, l'influence des passions débilitantes ou excitantes, celle des agents toxiques, tels que l'alcool, le haschich, l'opium, le datura ?

Quant aux preuves servant à démontrer l'existence chez les hallucinés d'une excitation spéciale des appareils sensoriels, elles sont nombreuses mais d'une valeur inégale. Les meilleures, celles du moins auxquelles Baillarger semble avoir attaché le plus d'importance, résultent des deux faits suivants : l'excitation prolongée d'un sens dispose aux hallucinations de ce sens ; les causes qui provoquent les fausses sensations troublent en même temps les fonctions des organes sensoriels.

Telle est, résumée en ses grandes lignes, la théorie psycho-sensorielle de l'hallucination. Comme toute idée neuve, elle trouva des contradicteurs. Elle finit cependant par s'imposer et régna longtemps en maîtresse, lorsque les récentes découvertes sur les localisations céré-

brales parurent devoir la détrôner. Il n'en fut rien. S'appuyant désormais sur un substratum anatomique, elle acquit plus de force et de solidité, en même temps que de netteté et de précision. Se peut-il un meilleur éloge d'une théorie et de celui qui l'a édifiée ?

Pendant ses recherches cliniques sur les hallucinations, Baillarger fut frappé du langage de certains aliénés qu'il interrogeait : ils avaient des voix, mais elles ne leur venaient pas de l'extérieur ; c'était dans leur tête qu'il y avait une sorte de conversation toute intérieure. Ils employaient, pour expliquer le phénomène bizarre qu'ils ressentaient, des phrases dont ne se servaient pas les autres hallucinés ; ils prétendaient qu'ils conversaient d'âme à âme avec des interlocuteurs invisibles, qu'ils entendaient la pensée, le *langage de la pensée*, qu'ils percevaient des voix secrètes, intérieures, des voix qui ne font pas de bruit, etc. Avec ce besoin d'interprétation qu'ont les aliénés, il en est qui attribuaient ces fausses perceptions à une faculté spéciale, que l'un d'eux appelait *faculté veillambulique*.

Il n'y a là rien de semblable à l'hallucination de l'ouïe ordinaire, celle où le malade entend, extérieurement et à distance, une voix qui l'injurie ; il ne s'agit pas d'une hallucination psycho-sensorielle, mais d'une fausse perception de l'ouïe qui reste bornée à l'intelligence et qui a quelque analogie avec les rêves dans lesquels on croit entendre parler son interlocuteur.

Toutes ces raisons — d'autres encore, qu'il serait trop long de reproduire — conduisirent Baillarger à faire de ces phénomènes une classe distincte d'hallucinations, appelées psychiques, qu'il définit ainsi : « Des perceptions purement intellectuelles ayant leur point de départ dans l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination, et qui sont souvent assimilées à tort par les malades aux perceptions sensorielles. »

C'est incontestablement un titre de gloire de Baillarger d'avoir fait entrer dans le domaine de la pathologie mentale ces phénomènes, curieux à tant de titres, que les auteurs mystiques ont décrits, mais qui n'ont reçu leur explication scientifique que dans ces dernières années. Cette explication a été donnée par un de ses successeurs à la Salpêtrière. On sait avec quelle science et quel talent notre collègue, M. Séglas, a développé et complété ces recherches sur les hallucinations psychiques dans ses remarquables travaux sur les hallucinations verbales psycho-motrices.

Neuf mémoires furent envoyés pour le concours du prix Civrieux. Celui de Baillarger obtint le prix. Dans la séance solennelle de l'Académie de médecine où fut proclamé le nom du lauréat, le secrétaire perpétuel Pariset prononça l'éloge d'Esquirol. Heureuse coïncidence ! Le même jour vit le succès du disciple et la glorification du maître.

Esquirol, s'appuyant sur la psychologie de Laromiguière, avait ramené la folie à une lésion de l'attention. Malgré tout son respect pour la parole du maître, Baillarger ne pouvait s'empêcher de trouver cette explication insuffisante ; il lui en substitua une autre. L'exercice involontaire des facultés, cette clef de voûte de sa physiologie des hallucinations, devint aussi la condition essentielle du délire sous toutes ses formes. « Plus j'observe les aliénés, écrit-il à ce sujet, plus j'acquiers la conviction que c'est dans l'exercice involontaire des facultés qu'il faut chercher le point de départ de tous les délires. Dès qu'il survient de l'excitation cérébrale et que la maladie commence, on devient incapable de diriger ses idées ; elles s'imposent et l'on est obligé de les subir. » Telle est, en quelques lignes, cette *théorie de l'automatisme*, exposée une première fois en 1846 et étudiée, dix ans plus tard, dans le manuscrit d'un monoma-

niaque ; elle eut cette bonne fortune d'être universellement acceptée. Exclusivement destinée par son auteur à éclairer les questions de pathologie mentale, elle finit par envahir même le domaine de la psychologie normale et lui apporta sur bien des points des lumières inattendues.

Tant et de si importants travaux devaient recevoir leur récompense. La place de Baillarger était marquée à l'Académie de médecine. Il s'y présenta dans la section d'anatomie et de physiologie, et se trouva en concurrence avec Denonvilliers et Manec ; il fut élu le 15 juin 1847, à une forte majorité : il avait alors trente-huit ans. Un des membres les plus jeunes — sinon le plus jeune — de la savante Compagnie, il en fut aussi dès les premiers jours un des plus actifs, et cette activité ne diminua pas avec l'âge. Durant sa longue carrière d'académicien, qui a duré près de quarante-quatre ans, il prit part à toutes les discussions importantes sur la pathologie mentale et nerveuse, donnant son opinion — et une opinion toujours justifiée par les faits — sur les points les plus divers de la science. Ses discours, d'une habile dialectique, étaient d'une logique redoutable pour ses adversaires. Le genre d'éloquence qu'il préférait était celui des mathématiciens, des géomètres, démontrant à coups d'aphorismes, de définitions, de corollaires, et s'adressant plus à la raison qu'au sentiment. C'est celui qui sied à la science et qui a le don de convaincre les esprits réfléchis, pour qui être éloquent, c'est savoir prouver.

Mais sa parole trouvait à l'occasion des accents plus élevés. L'Académie de médecine l'avait chargé de prononcer un discours à l'inauguration de la statue d'Esquirol dans la cour de la Maison de Charenton. En quelques pages d'une éloquence simple, mais où l'emo-

tion perce à chaque ligne, il trace le portrait du savant distingué, « de l'homme de bien dont la modestie égalait le talent et qui consacra toute sa vie à la science et à l'humanité ». Ce fut pour Baillarger — il aimait à le répéter — un des jours les plus heureux de son existence, celui où il put rendre un public témoignage de reconnaissance à son bienfaiteur, au maître vénéré qui avait guidé ses premiers pas dans la spécialité et l'avait constamment soutenu et encouragé dans les luttes si âpres du combat pour la vie.

Un philosophe du siècle dernier disait « que le plus grand service que les sociétés littéraires pourraient rendre aujourd'hui aux lettres, aux sciences et aux arts, serait de faire des méthodes, et de tracer des routes qui épargneraient du travail, des erreurs, et conduiraient à la vérité par les voies les plus courtes et les plus sûres ». Cette phrase de Duclos, écrite il y a plus d'un siècle, serait la meilleure devise de toutes les associations scientifiques. Le travail en commun n'a d'efficacité que lorsque ceux qui s'y astreignent suivent même méthode et même programme. Sans ces deux conditions essentielles, on n'aboutit qu'à la confusion, à l'incohérence, au désordre, et, par suite, à l'impuissance. C'est ce que Baillarger avait admirablement compris, lorsque, dans une lettre à Renaudin, il exposait ses idées sur les services que rendrait une société de médecins aliénistes, qu'il indiquait la nature des travaux qu'elle devait entreprendre : pour son correspondant comme pour lui, il s'agissait surtout alors de donner une direction plus scientifique et plus uniforme aux recherches statistiques des asiles, afin d'éclairer certaines questions déterminées de la médecine mentale.

Cette lettre est de 1846. Le grand dessein qui s'y

trouve expliqué, ne reçut sa pleine exécution que plusieurs années après, tant, comme dit le poète :

.... Le chemin est long du projet à la chose.

Une première tentative fut faite en 1849, elle échoua : la situation était défavorable, la préoccupation des esprits portée sur de plus graves objets. Baillarger ne se découragea pas. Convaincu de l'excellence de sa cause, il ne cessa d'en entretenir ses collègues, ses amis, cherchant à leur communiquer son ardeur et sa conviction, trouvant sans cesse des arguments nouveaux pour entraîner les tièdes et les indécis. Aussi, lorsque l'occasion fut propice, l'agrégation se fit-elle pour ainsi dire spontanément : médecins, philosophes, jurisconsultes, tous ceux qui s'intéressent aux questions si délicates de la psychologie normale et morbide, furent vite attirés vers ce foyer d'études qui prit le nom de Société médico-psychologique.

Sa première séance eut lieu en avril 1852, sous la présidence de Ferrus. Notre Société a donc dépassé la quarantaine. Lorsqu'au début du siècle, elle fêtera son premier cinquantenaire, elle n'oubliera pas celui qui fut son véritable fondateur ; elle évoquera pour les générations nouvelles le souvenir du maître vénéré qui enrichit la science de si remarquables découvertes et dont le cœur, à la hauteur d'un si grand esprit, conçut l'œuvre philanthropique de l'Association mutuelle des médecins aliénistes de France.

Les professions libérales, plus que les autres peut-être, ont leurs déshérités, leurs naufragés. Les membres de notre spécialité, quoiqu'on en pense, ne sont pas à l'abri du malheur. Ils sont, il est vrai, fonctionnaires pour la plupart, ayant le présent assuré par leur traitement, l'avenir par la retraite ; mais survienne la maladie ou la mort, la misère s'installe au foyer, misère d'autre

tant plus pénible qu'aux souffrances qu'elle entraîne à sa suite s'ajoute la pudeur de les cacher. En face de telles détresses, la charité privée est impuissante : le plus souvent, elle ignore le mal, ou bien, elle ne le connaît que lorsqu'il a déjà produit des ravages considérables.

Baillarger reçut la confidence douloureuse d'un grand nombre de ces infortunes ; il en soulagea plus d'une. Il voulut faire mieux : au caprice de la charité privée, substituer la mutualité qui est une sorte de droit. Il se fit l'apôtre de cette idée auprès de ses collègues, et lorsqu'il se fut assuré d'en avoir conquis plusieurs à sa cause, il les réunit chez lui un jour de mars 1865. L'accord n'eut pas de difficulté à se faire, le cœur étant de la partie. On fit un appel à tous les médecins aliénistes ; les adhérents étaient déjà nombreux à la première assemblée générale qui se tint le mois suivant et où furent votés les statuts : la *Caisse d'assistance mutuelle des médecins aliénistes* était créée. Avec l'âge, elle devint *Association mutuelle*, fut approuvée par le ministre de l'intérieur et reconnue d'utilité publique.

Pendant les vingt-cinq ans qu'il la présida, Baillarger fut l'âme de cette Association. Il lui consacra le meilleur de son temps, stimulant le zèle de son entourage, s'efforçant de faire de nouvelles recrues, sollicitant des subventions des pouvoirs publics. Grâce à ses efforts incessants, grâce aussi à la contagion du bien, une des belles prérogatives de l'humanité, le succès dépassa toute prévision. Le maître vit se grouper autour de lui tous les membres de la famille aliéniste. Cette famille n'est pas nombreuse ; mais, voyez la puissance de la coopération : en un quart de siècle, malgré une cotisation minime, plus de 125,000 francs de secours ont été distribués, et l'on a placé un capital de près de 90,000 francs ; les adhérents qui, au début, n'étaient que quatre-vingts, sont aujourd'hui au nombre de plus de cent soixante-

dix. Ces chiffres n'ont-ils pas leur éloquence ? Mais combien plus éloquent encore est le tableau des misères ignorées qui ont été secourues ! J'admire plus que personne les travaux scientifiques si remarquables de Baillarger ; mais, lorsque je vois en imagination tout ce cortège de veuves et d'orphelins, aidés et protégés par lui, je n'hésite pas à affirmer que, de toute son œuvre, la plus grande et la plus belle, celle qui a pris tout son cœur, toute son activité, est, sans conteste, l'Association mutuelle des médecins aliénistes de France.

De tout temps, on a admis que la manie pouvait succéder à la mélancolie, et Thomas Willis, au XVII<sup>e</sup> siècle, avait même constaté l'alternance de ces deux formes d'aliénation mentale chez le même individu. Plus près de nous, Esquirol remarqua la régularité de ces alternances, que Griesinger compara à un cycle et Falret père à un cercle; d'où le nom de forme circulaire des maladies mentales, donné par ce dernier observateur à ce type morbide qu'il plaçait à côté du type intermittent ou périodique.

Durant son séjour à la maison de santé d'Ivry, Baillarger eut l'occasion d'observer de près une jeune aliénée présentant cette succession de la manie et de la mélancolie : pendant quinze jours, elle était en proie à une tristesse insurmontable, muette et immobile, ne s'intéressant à rien de ce qui se passait autour d'elle ; tout la fatiguait, même la lumière du jour. Puis, un beau matin, elle se réveillait en quelque sorte transformée : les traits étaient animés, le regard brillant, la parole vive, les mouvements brusques et rapides. Après une quinzaine de cet état d'exaltation, tout rentrait dans l'ordre ; mais, après une intermittence d'une durée plus ou moins prolongée, on voyait réapparaître la même série de symptômes.

Baillarger rapprocha ce fait si saillant, si caractéristique d'autres qu'il avait lus ou observés antérieurement, mais qui l'avaient moins frappé, et il en conclut qu'il existait un genre de folie dont les accès sont constitués par deux périodes régulières, intimement unies, l'une de dépression et l'autre d'excitation. Cette nouvelle maladie mentale, il l'appela : folie à double forme.

La note qu'il lut à ce sujet à l'Académie de médecine est un tableau très net et très exact de ce type morbide. Elle y souleva une discussion, où la question de priorité joua le principal rôle. Cette lutte, si vive à l'époque, n'a plus pour nous qu'un intérêt rétrospectif. L'histoire impartiale, s'appuyant sur des textes précis, rend aujourd'hui à chacun ce qui lui est dû. Un grand nombre d'observateurs avaient constaté cette alternance de la manie et de la mélancolie, mais sans y voir ce quelque chose de particulier que Baillarger y a vu, c'est-à-dire une maladie mentale spéciale, distincte des autres par le caractère et l'enchaînement de ses symptômes, par son évolution et sa terminaison.

Ses facultés d'observation, si perspicaces et toujours en éveil, lui ont fait constater un grand nombre d'autres phénomènes cliniques, qui, plus intimement analysés, sont devenus le point de départ de généralisations nouvelles en médecine mentale. Est-il besoin de rappeler à ce sujet ses curieuses recherches sur l'influence de la puberté sur la production de la monomanie avec conscience, celles sur la folie communiquée, celles aussi sur la démence incohérente et la démence simple ? D'autres mémoires, non moins substantiels, devraient encore être cités, ne serait-ce que pour montrer la diversité des sujets qui ont retenu l'attention du maître ; mais nous avons hâte de parler de deux séries de travaux d'un ordre supérieur, ceux sur le goitre et le crétinisme, ceux sur la paralysie générale.

Le 19 décembre 1864, un arrêté du ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, nommait, sous la présidence de Rayer, une commission de neuf membres, « chargée de réunir les documents administratifs sur la question du goitre et du crétinisme, de coordonner ces renseignements, de les résumer et de proposer, dans un avis, les mesures propres à remédier au mal, ou à l'atténuer autant que possible ». Baillarger fut adjoint à cette commission comme représentant de l'Académie de médecine ; il en fut nommé le rapporteur. C'était une longue et difficile tâche qu'on lui imposait ; il sut la mener à bien, avec cette conscience, cette sûreté de méthode qu'on admire dans toutes les parties de son œuvre.

Les documents accumulés par l'enquête administrative étaient précieux, ils avaient été fournis pour la plupart par les membres du corps médical ; on possédait sur la distribution géographique du goitre et du crétinisme en France les statistiques les plus complètes, les plus dignes de créance ; il restait cependant bien des points à élucider qui ne pouvaient l'être que sur place et, pour ainsi dire, cliniquement. Le rapporteur se chargea de cette mission ; il visita toutes les contrées considérées comme les plus riches en goitreux et en crétins : il fit un long voyage d'études dans la Savoie et le Valais, en compagnie de son ami Cerise, membre, lui aussi, de la commission ; à plusieurs reprises, il parcourut les Pyrénées, se faisant conduire partout où se trouvaient les cas les plus curieux, mesurant des crânes, faisant des pesées, se renseignant sur l'hérédité, examinant la configuration du sol, le régime des eaux, recherchant en un mot toutes les conditions physiques et biologiques des endémies qu'il avait mission d'étudier.

Sa curiosité était insatiable ; mais en certains endroits elle rencontra des résistances pour se satisfaire. Les ha-

bitants de villages perdus dans les montagnes, qui voyaient rarement des étrangers, se demandaient avec inquiétude pourquoi on venait ainsi mesurer et peser leurs enfants. Les uns prenaient Baillarger pour un sorcier dont les instruments devaient servir à quelque maléfice. Dans un hameau le bruit se répandit, on ne sait comment, et prit de la consistance, qu'il était l'envoyé d'une grande verrerie pour se procurer de la graisse d'enfant, avec laquelle ces esprits primitifs et bornés s'imaginaient qu'on fabriquait les cristaux. Les mères, affolées, cachèrent leur progéniture ; les pères, fanatisés, montrèrent la plus vive irritation. Peu s'en fallut que notre confrère n'eût à se repentir de son excursion.

Baillarger ne touchait jamais à une question sans faire quelque découverte, ou bien rendre plus précise une vérité que d'autres avant lui avaient entrevue. Ainsi l'extrême rareté du goitre chez les animaux domestiques était considérée comme un dogme de l'art vétérinaire. Il fut au contraire frappé de sa grande fréquence, durant ses voyages à travers les départements de l'Isère et de la Savoie. En un seul lieu, à l'usine métallurgique d'Allevard, dont il examina les trente mulets, il constata chez vingt-trois d'entre eux l'hypertrophie de la glande thyroïde. A Saint-Jean-de-Maurienne, sur les sept chevaux de la brigade de gendarmerie, quatre étaient devenus goitreux, après un séjour de moins de deux années. En d'autres endroits, il put constater le même trouble pathologique chez des chiens, des moutons, des chèvres et même des porcs.

Il réunit les faits observés et en fit l'objet d'une note présentée à l'Académie des sciences et qui se résumait dans la conclusion suivante : « Les animaux domestiques sont souvent atteints de goître dans les localités où cette affection est endémique. Elle s'observe surtout alors chez les chiens et chez les chevaux, mais elle sévit d'une

manière spéciale et tout à fait exceptionnelle chez les mulets. »

Ils ne sont pas aussi rares qu'on se l'imagine les esprits qui ne sont convaincus que de ce qu'ils ont vu de leurs propres yeux. Un professeur de l'École vétérinaire de Lyon, qui sans doute n'avait jamais constaté par lui-même l'hypertrophie des glandes thyroïdiennes chez les animaux domestiques, se crut en droit de nier les faits rapportés par Baillarger ; il ne pouvait accepter qu'un médecin à qui les détails intimes de l'organisation des animaux devaient être insuffisamment connus, se permettait de trancher une telle question ; l'art qu'il enseignait ayant, d'après lui, seule compétence pour le faire.

On connaît l'histoire de la dent d'or, à propos de laquelle de graves érudits du XVI<sup>e</sup> siècle écrivirent de si doctes ouvrages. Ils n'oublièrent qu'une chose, et la plus importante, d'examiner cette dent merveilleuse, ou de consulter sur elle un orfèvre.

Baillarger ne suivit pas l'exemple de ces savants : au mémoire de son contradicteur, il ne répondit pas par un autre mémoire. Il fit mieux : il consulta l'orfèvre. Il recourut à l'expérience des médecins et surtout des vétérinaires des localités qu'il avait parcourues ; tous confirmèrent l'exactitude des faits observés. Le jugement, désormais sans appel, était en faveur de notre collègue.

Cette question de goitre et du crétinisme est une des plus complexes de la médecine : elle intéresse le philosophe par les redoutables problèmes de l'hérédité et de la dégénérescence qu'elle soulève ; elle n'intéresse pas moins l'hygiéniste qui, par l'étude attentive des causes, cherche à enrayer le mal, même à le détruire complètement. Il appartenait au rapporteur de la commission d'enquête de l'envisager sous toutes les faces. Baillarger

ne recula pas devant la difficulté de la tâche ; il consacra plus de dix ans de son existence aux recherches les plus diverses qu'elle lui imposait. Cet infatigable labeur produisit ce volume d'une lecture si attachante, qui, selon l'expression de Tardieu, « restera comme le document le plus important, le plus complet et le plus vrai sur l'état du goitre et du crétinisme en France ». Ce rapport, expression de travaux collectifs, est avant tout l'œuvre personnelle de celui qui l'a écrit ; il y a imprimé la marque de son talent ; on l'y retrouve tout entier.

Lorsqu'en 1828, Baillarger entra à la maison de Charenton, il y avait deux ans à peine que Bayle et Calmeil avaient publié leurs remarquables monographies sur la paralysie générale. Dans ce milieu, nouveau pour lui, les discussions sur cette maladie, une des plus grandes découvertes médicales du siècle, étaient souvent d'une grande vivacité ; il y prenait part, mais avec une ardeur modérée. Le sujet semblait d'ailleurs avoir peu d'attrait pour lui, et, avouons-le, il en fut longtemps ainsi. Il ne commença de s'y intéresser que vers 1846 ; mais, à partir de cette époque, il lui donna une place de plus en plus grande dans ses préoccupations, au point qu'à l'entendre, il n'en avait pas d'autre.

Si l'on étudie chronologiquement les nombreux travaux qu'il publia sur la paralysie générale, on est frappé du développement logique qu'a suivi sa pensée. Ce ne sont d'abord que des recherches purement symptomatiques ; elles le mettent sur la voie d'importantes découvertes, qui, en donnant au diagnostic plus de précision et de certitude, permettent de distinguer la maladie des autres formes de folie. A ce point de vue, combien est précieux l'examen des pupilles dont l'inégalité est, grâce à Baillarger, devenue un des signes les plus certains

pour reconnaître la périencéphalite diffuse ! D'autre part, que de mélancoliques hypocondriaques rentrent aujourd'hui dans le cadre des paralytiques généraux, et cela par suite de la nature même de leur délire ! Qu'un individu croie que ses organes sont changés, détruits ou obstrués ; qu'il n'a plus ni bouche, ni estomac, ni ventre ; qu'il tombe en putréfaction : le diagnostic de son affection sera grandement facilité.

Plus tard, les hasards de la clinique lui firent étudier la pellagre dans ses rapports avec la paralysie générale, et l'association de cette dernière maladie avec l'ataxie locomotrice.

A côté de ces recherches se placent celles sur l'anatomie pathologique. Baillarger démontra la sclérose de la substance blanche superficielle des circonvolutions cérébrales dans la périencéphalite ; il constata que, dans certains cas, le cerveau peut en quelque sorte se décolorer, la substance grise se séparant en masse de la substance blanche sous-jacente ; il signala la coloration ardoisée du cerveau dans la paralysie générale et ses rapports avec les escarres du sacrum.

Ces deux séries de travaux suffiraient à elles seules pour établir la réputation d'un savant, pour le placer au-dessus du commun des chercheurs. Baillarger fit plus encore : étudiant avec soin l'ensemble de la maladie et son évolution, il établit qu'elle ne présentait pas toujours une marche continue et fatale, qu'elle était sujette à des arrêts, à des rémissions, que celles-ci se produisaient le plus souvent à la suite de suppurations prolongées et avaient parfois une durée telle qu'elles équivalaient à une guérison. Il s'appliqua ensuite à distinguer nettement de la paralysie générale certains faits de délire ambitieux avec agitation, constituant une maladie à part qu'il appela *manie congestive*, mais qui diffère de la manie simple et de la

démence paralytique, par la nature des symptômes et par la terminaison.

Toutes ces études cliniques, dont les lignes précédentes ne donnent qu'un faible résumé, se font remarquer par la richesse des faits et l'ingéniosité des appréciations ; à chaque page on voit percer le théoricien sous l'observateur.

La plupart des aliénistes de la première moitié du siècle considéraient la paralysie générale comme une maladie cérébrale, dont les symptômes tant intellectuels que physiques étaient tributaires de lésions déterminées des circonvolutions et des méninges. Cette théorie, appelée unitaire, a conservé de nombreux partisans. Baillarger lui opposa la théorie dualiste, d'après laquelle la paralysie générale serait en réalité un composé de deux maladies distinctes : d'une part la démence paralytique, et de l'autre la vésanie, qu'il appelle folie paralytique.

Pour démontrer sa thèse, il essaya d'abord de prouver que ces deux affections existent isolément. Rien de plus simple en ce qui concerne la première : on a depuis longtemps décrit une périencéphalite sans délire, dont les seuls symptômes sont la démence et la paralysie ; ceux qui en sont atteints sont frappés d'incurabilité, et marchent lentement et progressivement vers la mort. Quant à la folie paralytique, elle peut, elle aussi, présenter une existence indépendante ; et alors on a cette manie congestive, caractérisée par le délire des grandeurs diffus et incohérent, par l'hésitation de la parole, le plus souvent par l'inégalité des pupilles et qui peut se terminer, comme la manie simple, par la guérison ou la démence simple.

Qu'on remarque bien les modes de terminaison distincts de ces deux affections : l'une étant toujours incurable, l'autre pouvant guérir ; ils sont pour ainsi dire la

clef de la seconde série d'arguments en faveur de la théorie dualiste, qui sont tirés de l'étude des rapports des deux maladies composant la paralysie générale.

Si celle-ci est, comme le veut la théorie unitaire, caractérisée anatomiquement par une périencéphalite diffuse et progressive, comment expliquer les rémissions, même les guérisons temporaires qu'on observe fréquemment dans son cours, et qui entravent son évolution considérée comme fatale ? L'objection est sérieuse, et les adversaires de la théorie dualiste n'ont trouvé d'autre argument à lui opposer que l'arrêt dans le travail destructeur des cellules de l'écorce cérébrale.

L'explication de Baillarger paraît plus simple. Voyez, nous dit-il, ce paralytique général avec son cortège de symptômes multiples : il est agité, incohérent, manifeste alternativement des idées ambitieuses et mélancoliques ; d'un autre côté, examinez son système musculaire, vous trouverez chez lui un affaiblissement général, du tremblement fibrillaire de la langue et des lèvres ; sa parole est embarrassée, ses pupilles sont inégales. Ce malade a deux maladies : les symptômes intellectuels appartiennent à une vésanie, les symptômes physiques à la démence paralytique. Et la meilleure preuve en est que les premiers peuvent guérir et les seconds persistent. Ce que vousappelez une rémission de la paralysie générale, n'est en réalité que la guérison de la vésanie, que j'appelle la folie paralytique.

Ce n'est là qu'un écho très affaibli de la dialectique du maître, qui se développe, vigoureuse et serrée, parfois subtile aussi, dans son mémoire sur la théorie de la paralysie générale, un des derniers nés de sa puissante intelligence. Partisans et adversaires, nous avons tous lu avec empressement ce manifeste en faveur d'une thèse séduisante à bien des égards ; si nous

n'avons pas été complètement convaincus par cet exposé magistral de la théorie dualiste, c'est qu'on peut dire de celle-ci ce que Bossuet disait au sujet de la fréquentation des spectacles : « Il y a de grands exemples pour, et de fortes raisons contre. »

Les travaux scientifiques exigent, pour qu'on s'y livre avec fruit, l'uniformité d'une vie égale et bien réglée. Un tel régime s'impose surtout au savant d'une complexion faible, qui ne pourrait sans danger mener de front les études difficiles et les vaines distractions du monde. Baillarger, dès qu'il le put, organisa son existence de façon à consacrer le meilleur de son temps aux études qui lui étaient chères. Il avait d'ailleurs le travail facile. Son esprit extrêmement vif et pénétrant concevait vite ; il n'avait quelques hésitations que lorsqu'il fallait exécuter ; les objections se présentant alors en foule, ne trouvaient leur réponse qu'à la suite d'une méditation prolongée et d'un fréquent appel à la clinique. Qu'on ne voie pas là la marque de la timidité ou de l'irrésolution, mais plutôt celle de la probité scientifique la plus sévère, la plus scrupuleuse.

Le style de Baillarger est sans recherche, sans éclat, quelquefois même négligé, mais toujours net et précis. Pour porter la lumière sur les questions si délicates de la médecine mentale, la précision et la netteté ne sont-elles pas les qualités essentielles ? La clarté d'exposition était la caractéristique du talent de notre vénéré collègue. « La grande supériorité, comme l'a dit Sophie Germain (1), n'est que le moyen de considérer les choses difficiles sous un point de vue où elles deviennent faciles, où l'esprit les embrasse et les suit sans efforts. »

(1) Sophie Germain. *Œuvres philosophiques*. Edit. H. Stupuy. Paris, 1879, page 259.

Grand par l'intelligence, Baillarger — nous aimons à le répéter — l'était encore davantage par le cœur. Il ressentait le malheur d'autrui aussi vivement que s'il le frappait lui-même. Il était prodigue de bienfaits, mais il avait la pudeur de sa générosité : jamais, quelque intime qu'on fût avec lui, il ne mettait personne dans la confidence de ses actes charitables ; sa famille même les ignorait. La mort seule a soulevé un coin du voile ; des indiscretions ont été commises, dont M. Blanche s'est fait l'écho le jour des obsèques du regretté maître. « La liste serait longue, a dit notre excellent collègue, de toutes les fortunes qu'il a soulagées, et, en apprenant sa mort, combien de gens ont pleuré leur bienfaiteur : filles de savants pauvres, qu'il avait établies en les dotant ; vieillards, veuves, dont il avait assuré l'existence ; jeunes médecins à qui il avait payé leurs frais d'études, et qu'il avait pourvus d'une situation qui garantissait leur avenir ; sans parler de toutes les sociétés charitables auxquelles il souscrivait largement ; et parmi ces sociétés, il en est pour lesquelles sa libéralité était inépuisable. »

Baillarger, à l'exemple d'Esquirol, aimait à s'entourer d'élèves. S'il a contribué aux progrès de la science par ses travaux, son enseignement de la Salpêtrière et la fondation de la Société médico-psychologique, il l'a servie non moins utilement par l'activité féconde qu'il savait entretenir parmi ses disciples. « Il leur indiquait des sujets de recherches, les aidait de ses conseils, les soutenait contre les difficultés. » Jusque dans les dernières années de sa vie, il laissa venir à lui les jeunes, cherchant à leur communiquer son ardeur pour la science, l'observation clinique, les recherches désintéressées. Lui qui avait tant fait pour l'avancement de nos connaissances, voulait y contribuer encore en poussant les générations nouvelles à les augmenter.

Enthousiaste de toutes les idées élevées, il faisait par-

tager son enthousiasme à ceux qui l'approchaient. Malgré les événements contraires, malgré les prophètes de malheur, nombreux en temps de crise, il conserva toute sa vie une foi ardente dans le progrès de l'humanité ; il était de cette forte race d'esprits imprégnés des idées généreuses du XVIII<sup>e</sup> siècle et de la Révolution, qui, heureusement, en dépit des efforts d'un pessimisme énervant, n'est pas près de disparaître.

Baillarger avait le culte de la vie de famille ; plus que personne, il en goûta le charme pénétrant, les joies vives et douces. La compagne de sa vie, d'un dévouement sans bornes, mais aussi plein de délicatesses, sut créer autour de lui une atmosphère calme et sereine, si propice aux travaux de l'esprit. Femme supérieure par le caractère et l'intelligence, elle s'était complètement identifiée avec son mari ; elle comprenait l'importance de son œuvre et des services qu'elle était destinée à rendre. Avec un tact exquis, elle savait écarter les difficultés de sa route, le remonter dans ses moments de découragement. Les soins assidus et de tous les instants dont M<sup>me</sup> Baillarger et ses filles, qui rivalisaient de dévouement avec leur mère, ont entouré sa santé toujours chancelante, contribuèrent pour la plus grande part à sa belle longévité.

Notre collègue passait plus de la moitié de l'année dans sa propriété de La Jonchère ; ce séjour avait pour lui d'autant plus de charmes qu'il y réunissait tous les siens. C'était plaisir de l'y voir, au milieu de ses enfants, petits-enfants et arrière-petits-enfants, tous entourant le père, l'aïeul de leur tendre vénération. Pour bien exprimer ce que cet intérieur avait d'élevé en même temps que de reposant, il faudrait la plume de Diderot repeignant de son style vif et imagé les tableaux de famille de Greuze.

Baillarger allait atteindre ses quatre-vingts ans.

Semblable au voyageur qui, au déclin du jour, jette un regard en arrière pour mesurer l'espace parcouru, il voulut refaire les différentes étapes de sa vie scientifique. Il reprit l'un après l'autre et par ordre de date ses nombreux travaux, les jugea avec une haute impartialité, les soumit à une sorte de sélection, conservant ceux que le temps avait épargnés, condamnant le reste à l'éternel oubli. Il ne voulut comprendre dans son œuvre définitive que des mémoires contenant quelque fait nouveau, quelque idée originale. Il recueillit ainsi deux volumes qu'il intitula modestement : *Recherches sur les maladies mentales*. Ils obtinrent un grand succès ; le public médical fut heureux de trouver ainsi réunies les richesses dont le maître avait doté la science. Rien n'en avait vieilli, tout reposant sur la scrupuleuse observation clinique, cette source la plus féconde des découvertes médicales.

Baillarger était un vieillard fin et spirituel ; il adorait la causerie, et, sur les sujets les plus divers, il savait donner un avis motivé, plein de ce bon sens qui est la chose du monde dont il était le mieux partagé. Jusqu'au dernier instant de sa vie, il conserva la précision de sa mémoire, la vivacité de son intelligence, sa force de volonté. En lui voyant l'esprit toujours en éveil, s'intéressant à tout et à tous, on lui promettait encore de longs jours, lorsque le 31 décembre 1890, après une indisposition qui semblait guérie, il s'éteignit sans agonie, à l'âge de près de quatre-vingt-deux ans. Cette fin que rien n'a troublée a été vraiment, selon la parole du poète, le soir d'un beau jour.

Tous les grands esprits se préoccupent du jugement de la postérité. L'un d'eux disait naguère : « L'important pour l'homme est ce qu'on dira de lui après sa mort. » Cet arrêt sans appel que rendra l'histoire sur

la vie et l'œuvre de Baillarger, nous pouvons le préjuger. Le nom d'un savant ne demeure dans la mémoire des générations futures, que s'il est attaché soit à la découverte ou à la démonstration d'un ou de plusieurs faits éclatants, soit à la mise en lumière d'une de ces grandes théories qui transforment la science. Baillarger, s'il n'a pas créé une de ces idées générales capables de révolutionner la médecine mentale, a eu la bonne fortune d'édifier quelques systématisations partielles et surtout d'ajouter à nos connaissances une multitude de faits nouveaux, dont plusieurs éclatants. C'est là sa gloire durable ; c'est par là que son nom restera parmi ceux des premiers aliénistes français du XIX<sup>e</sup> siècle, à côté de celui d'Esquirol.

Un dernier mot, Messieurs. On raconte que l'illustre général thébain, Epaminondas, mortellement blessé par une flèche lacédémonienne, répondit à ceux qui lui exprimaient le regret qu'il n'eût pas de postérité : « Je laisse deux filles immortelles : Leuctres et Mantinée. » Baillarger, lui, a laissé trois créations de son génie pratique : les *Annales*, la Société médico-psychologique, l'Association mutuelle des médecins aliénistes ; il nous les a léguées en pleine prospérité. A nous, ses collègues, ses disciples, ses amis, de recueillir ce pieux héritage, de le faire fructifier ; c'était le vœu le plus cher de notre vénéré maître, c'est aussi le plus bel hommage que nous puissions rendre à la mémoire de celui dont la longue existence ne fût dominée que par deux grandes et nobles passions : l'amour de la science et le progrès de la solidarité fraternelle.

## TABLE CHRONOLOGIQUE

### DES TRAVAUX DU DR J. BAILLARGER (1)

1832. Cas de gangrène circonscrite des poumons (*Bull. de la Soc. anat.*, 2<sup>e</sup> édit., p. 124).
1833. Dégénération du corps pituitaire, pièce anatomique (*Ibid.*, p. 134).
1834. Mélanose des villosités (*Ibid.*, p. 42).
- Rapport sur une observation de M. Longet : épanchement apoplectique dans la cavité de l'arachnoïde cérébrale (*Bull. de la Soc. anat.*, p. 79).
  - Anévrisme de l'aorte abdominale (*Ibid.*, p. 193).
  - Concrétion ossiforme dans la rate (*Ibid.*, p. 194).
1837. Du siège de quelques hémorragies méningées (Thèse de doctorat).
1838. Lettres contenant le résultat de quelques recherches sur la substance grise du système nerveux (*B. A. M.*, p. 258 et *Bull. de la Soc. anat.*, p. 302).
1839. Recherches sur la structure de la couche corticale des circonvolutions du cerveau (*Ibid.*, IV, p. 274 et *Mém. de l'Acad. de méd.*, VIII, p. 49).
1840. Lettre sur la mortalité et la folie dans le régime pénitentiaire (*Gaz. méd.*, p. 129).
1842. De l'influence du passage de la veille au sommeil et du sommeil à la veille sur la production et la marche des hallucinations (*B. A. M.*, VII, p. 758 et *A. M. P.*, 1845, VI, p. 1).
- De l'état désigné chez les aliénés sous le nom de stupidité (*Ibid.*, VIII, p. 301 et *A. M. P.*, 1843).
  - Fragments pour servir à l'histoire des hallucinations (*Rev. méd.*, janv., p. 5).

(1) Cette table est l'œuvre de notre excellent confrère, M. Duveau, le savant et si obligeant bibliothécaire de l'Académie de médecine. Elle est aussi complète que possible. Les articles qui ne sont pas suivis d'un renvoi à un recueil ont fait l'objet d'une brochure ; quelques autres ont été lus à une société savante et publiés plus tard sous une autre forme ; un certain nombre se trouvent dans les deux volumes de *Recherches sur les maladies mentales*. Baillarger est aussi l'auteur d'un grand nombre de rapports médico-légaux ; la table ci-dessus ne contient que ceux signés de lui seul et livrés à la publicité. — Abréviations : B. A. M. *Bulletin de l'Académie de médecine*. — A. M. P. *Annales médico-psychologiques*.

1843. Fièvre typhoïde simulant l'aliénation mentale (*A. M. P.*, t. II, p. 147).
- Abstinence, gangrène des poumons (*Ibid.*, p. 177).
  - Mémoire sur le mode de formation des centres nerveux (*Ibid.*, t. II, p. 343).
  - Note sur la folie à la suite des fièvres intermittentes (*Ibid.*, p. 372).
  - Céphalalgie intermittente pendant quinze mois. Mort subite. Masse tuberculeuse dans l'hémisphère droit du cervelet (*Ibid.*, p. 488).
  - Leçons sur l'hérédité de la folie (*Lancet*, Londres).
  - Des hallucinations envisagées sous le triple rapport de la psychologie, de la médecine et de la médecine légale.
1844. Recherches sur l'hérédité de la folie (*B. A. M.*, IX, p. 705 et *A. M. P.*, III, 328).
- Notes sur les causes de la fréquence de la folie chez les prisonniers (*A. M. P.*, IV, p. 74, et *Revue pénitentiaire*).
1845. De l'étendue de la surface du cerveau et de ses rapports avec le développement de l'intelligence (*B. A. M.*, X, p. 558 et *A. M. P.*, 1853, V, 1).
- Application de la physiologie des hallucinations à la physiologie du délire d'une manière générale. Théorie de l'automatisme.
  - Erotomanie, illusions et hallucinations chez une fille chlorotique (*A. M. P.*, V, p. 147).
  - Démonomanie provoquée par des hallucinations de l'ouïe. Accès convulsifs démonomaniaques, raison apparente (*Ibid.*, p. 151).
  - Du cathétérisme de l'œsophage chez les aliénés... Emploi d'une sonde à double mandrin et à obturateur (*Ibid.*, p. 413).
1846. Extrait d'un mémoire intitulé : Des hallucinations, des causes qui les produisent, et des maladies qu'elles caractérisent (*Mém. de l'Acad. de méd.*, t. XII, p. 273).
- Des hallucinations psycho-sensorielles (*A. M. P.*, t. VII, p. 1).
  - Quelques considérations sur la monomanie (*Ibid.*, t. VIII, p. 8, 157).
  - De l'alimentation forcée des aliénés (*Ibid.*, V, t. VIII, p. 352, 1847, p. 1).
  - Pneumonie latente chez une aliénée en démence ; mort subite (*Ibid.*, t. IX, 153).
  - Nouvelles considérations sur la paralysie générale incomplete (*Gaz. des hôp.*, p. 317, 329).
  - De la statistique appliquée à l'étude des maladies mentales.

1846. Projet d'une association de médecins pour l'étude des maladies mentales.
1847. Note sur la paralysie générale (*A. M. P.*, t. IX, p. 331).  
— Rapport médico-légal sur un cas de démence; demande en nullité de testament (*Ibid.*, p. 244).
1847. De la paralysie pellagreuse (*B. A. M.*, XIII, p. 457 et *A. M. P.*, 1848, t. XI, p. 317).  
— Recherches sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie du système nerveux (1 vol. in-8° avec planches; contient quelques-uns des mémoires ci-dessus).  
— De la paralysie générale dans ses rapports avec la pellagre.  
— Quelques considérations sur la monomanie.  
— Note sur la paralysie générale (*A. M. P.*, t. IX, p. 331).  
— Sur l'oblitération du canal de Sténon (*B. A. M.*, t. XII, p. 590, 621).  
— Recherches statistiques sur l'hérédité de la folie (*Ibid.* p. 760).  
— Sur les phénomènes cérébro-spinaux dans la pellagre (*Ibid.* p. 936).
1849. Sur le chloroforme (*B. A. M.*, t. XIV, p. 382, 492).  
— Sur le choléra à la Salpêtrière (*Ibid.*, 633, 660, 681, 708, 738).  
— De la paralysie générale chez les pellagreux. Lettre au Dr Strambio (*A. M. P.*, t. XIII, p. 317).  
— Influence de l'érysipèle de la face et du cuir chevelu sur la production de la paralysie générale (*Ibid.*, 477).  
— Des faux jugements à l'occasion des sensations.
1850. Paralysie générale. Nouveau symptôme; inégalité des pupilles (*Gaz. des hôpitaux*, p. 225).
1851. Sur le goître et le crétinisme (*B. A. M.*, t. XVI, p. 481, 550).
1853. Sur l'idiotie et l'imbécillité (*Ibid.*, t. XVII, p. 318).  
— Des rapports de la paralysie générale et de la folie.  
— Tentative d'assassinat commise par un monomaniaque, sur la personne d'un magistrat; nécessités de mesures spéciales pour prévenir les crimes commis par les aliénés en liberté.  
— Des circonstances atténuantes motivées par l'état intellectuel et moral de certains accusés.  
— Essai sur la classification des différents genres de folie (*Monit. des hôp.*, p. 1001, 1010).
1854. Note sur un genre de folie dont les accès sont caractérisés par deux périodes régulières, l'une de dépression et l'autre d'excitation (*B. A. M.*, t. XIX, p. 340).  
— De la folie à double forme (*Ibid.*, p. 369).  
— Sur la folie circulaire (*Ibid.*, p. 401).

1854. De la distinction des diverses espèces de paralysie générale (*Gaz. méd.*, p. 571).
- Recherches sur le crétinisme (*A. M. P.*, t. VI, p. 14).
  - Lettre au Dr Morel (*Union méd.* et *A. M. P.*, 1855, p. 179).
  - De la mélancolie avec stupeur (*A. M. P.*, t. VI, p. 251).
  - Quelques observations pour servir à l'histoire de la médecine légale psychologique (*Ibid.*, p. 466).
  - Essai de classification des maladies mentales (*Ibid.*, p. 470).
  - L'aliénation à double forme est-elle un nouveau genre de folie ? Lettre (*Monit. des hôpit.*, p. 121).
1855. Sur une altération du cerveau caractérisée par la séparation de la substance grise et de la substance blanche des circonvolutions dans la paralysie générale (*A. M. P.*, t. VII, p. 19)
1855. Des rémittances prolongées de la paralysie générale étudiées au point de vue médico-légal (*Union méd.*, t. IX, p. 379).
- Du Délire (*B. A. M.*, t. XX, p. 922, 1048).
  - Sur les Aztèques (*Ibid.*, p. 1158).
  - Recherches statistiques, physiologiques et pathologiques sur les enfants jumeaux (*C. R. A. Sc.*, t. XLI, p. 931).
  - Ossifications précoce du crâne chez les microcéphales (*B. A. M.*, t. XXI, p. 954, et *A. M. P.*, 1856, p. 470).
  - De la structure de la couche corticale des circonvolutions du cerveau (*A. M. P.*, III<sup>e</sup> série, t. I<sup>er</sup>, p. 1).
  - Manie. Influence des règles. Emploi de l'opium. Guérison. (*Ibid.*, p. 555).
  - La théorie de l'automastisme étudiée dans le manuscrit d'un monomaniaque (*A. M. P.*, III<sup>e</sup> série, t. II, p. 54).
1856. Note sur l'ossification prématurée des os du crâne chez les idiots microcéphales (*B. A. M.*, t. XXI, p. 954).
- Influence de la première menstruation après l'accouchement sur la production de la folie.
  - De la diète lactée dans le traitement de la manie et de la mélancolie aiguës (*Union méd.*, p. 450).
1857. Arrêt de développement. Présentation d'une crétine (*B. A. M.*, t. XXII, p. 833).
- De la cause anatomique de quelques hémiplégies incomplètes observées chez les déments paralytiques (*Ibid.*, p. 926).
  - Présentation de trois aliénés pellagreux (*Ibid.*, p. 1003).
  - Rapport sur un cas remarquable de maladie mentale adressé par M. Bédor (de Troyes) (*Ibid.*, XXIII, p. 136).
  - De la coloration ardoisée du cerveau dans la paralysie générale et de ses rapports avec les escarres du sacrum (*A. M. P.*, t. III, p. 192).

1857. De la paralysie générale, à l'hospice de la Senavra (*A. M. P.*, t. III, p. 188).
- Paralysie générale. Délire hypocondriaque des déments paralytiques. Mort rapide par diathèse gangreneuse (*Union médicale*, p. 384).
1858. De la cause anatomique de quelques hémiplégies incomplètes observées chez les déments paralytiques (*A. M. P.*, 3<sup>e</sup> série, t. IV, p. 168).
- De la démence paralytique et de la manie avec délire ambitieux (*Ibid.*, p. 368).
  - Gangrène du cerveau (*B. A. M.*, t. XXIV, p. 206).
1859. Sur le nervosisme (*B. A. M.*, t. XXIV, p. 542).
- De la découverte de la paralysie générale et des doctrines émises par les premiers auteurs (*A. M. P.*, 3<sup>e</sup> série, t. V, p. 507, t. VI, p. 1).
1860. Médication iodée (*B. A. M.*, t. XXV, p. 435, 540).
- Note sur le délire hypocondriaque considéré comme symptôme et comme signe précurseur de la paralysie générale (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, t. LI, p. 434, et *A. M. P.*, t. VI, p. 509).
1860. Manie congestive suivie de démence avec prédominance d'idées de grandeur (*Gaz. des hôp.*, p. 5).
- Quelques exemples de folie communiquée (*Ibid.*, p. 149).
1861. Influence de la puberté sur la production de la monomanie avec conscience. Influence de la menstruation sur la transformation de la manie en délire aigu.
- Des circonstances atténuantes motivées par l'état intellectuel et moral de certains épileptiques.
  - De la congestion cérébrale apoplectiforme dans ses rapports avec l'épilepsie (*B. A. M.*, t. XXVI, p. 285).
  - Manie avec délire des grandeurs. (*Arch. clin. des mal. ment.*, p. 42).
  - Monomanie sensorielle. Traitement des hallucinations par l'électricité (*Ibid.*, p. 90).
  - Motomanie avec conscience (*Ibid.*, p. 140).
  - Compression très forte d'un hémisphère par un kyste hémorragique (*Ibid.*, p. 235).
  - Démence paralytique avec hémiplégie gauche (*Ibid.*, p. 283).
  - Manie congestive aiguë (*Ibid.*, p. 372).
  - Hallucinations (*Ibid.*, p. 476).
  - Observation de paralysie générale avec délire hypocondriaque (*Ibid.*, p. 187).
  - Démence paralytique; prédominance de la paralysie d'un côté du corps (*Ibid.*, p. 310).
  - Démence paralytique; idées de grandeur pendant les rêves; signe précurseur de la paralysie générale (*Ibid.*, p. 316).

- 1861 Trois observations de paralysie générale avec symptômes de la maladie de la moelle (*Ibid.*, p. 425, 428, 430).
- Rapport de la paralysie et de l'hémorragie cérébrale (*Ibid.*, p. 472).
  - Délire hypocondriaque précurseur de la paralysie générale (*Ibid.*, p. 552).
1862. Discours prononcé à l'inauguration de la statue d'Esquirol (*B. A. M.*, t. XXVIII, p. 126).
- De la paralysie générale dans ses rapports avec l'ataxie locomotrice et avec certaines paraplégies (*A. M. P.*, *Ibid.*, t. VIII, p. 1).
  - Du goitre chez les animaux domestiques (*Comptes rendus de l'Acad. des Sc.*, t. LIV, et *A. M. P.*, t. VIII, p. 616).
  - Grossesse chez une femme atteinte depuis huit mois de paralysie générale ; insensibilité complète pendant l'accouchement (*Arch. clin. des mal. men.*).
1865. Sur la faculté du langage articulé (*B. A. M.*, t. XXX, p. 816, 840).
- Du délire aigu vésanique et du délire aigu paralytique.
- 1866 De la folie avec prédominance du délire des grandeurs dans ses rapports avec la paralysie générale (*Ibid.*, 4<sup>e</sup> série, t. VIII, p. 1).
1867. Rapport sur le prix Civrieux pour 1867 (*Ibid.*, t. XXXIII, p. 24).
1869. Rapport sur le prix Civrieux pour 1869 (*Ibid.*, t. XXXIV, p. 1194).
- Des symptômes de la paralysie générale et des rapports de cette maladie avec la folie (in-8° ; appendice à l'édition française du *Traité des maladies mentales de Griesinger*).
1873. Enquête sur le goître et le crétinisme. Rapport. In-8° avec tableaux (ce volume forme le 2<sup>e</sup> partie du *Recueil des travaux du comité cons. d'hygiène publ.*).
1875. Cas de folie similaire héréditaire (*A. M. P.*, 5<sup>e</sup> série, t. XIV, p. 135).
1876. Note sur les rémissions dans la forme maniaque de la paralysie générale (*Ibid.*, t. XV, p. 356).
- De l'influence des lésions traumatiques sur les vésanies (*Ibid.*, p. 430).
  - Sur les signes physiques de la folie raisonnante (*Ibid.*, t. XVI, p. 233).
1877. Lésions cérébrales dans la paralysie générale (*Ibid.*, t. XVIII, p. 110).
- Sur la paralysie générale (*Ibid.*, t. XVIII, p. 422, 432 ; t. XIX, p. 91).
1879. Des rémissions et de la démence dans certains cas de paralysie générale (*Ibid.*, 6<sup>e</sup> série, t. I, p. 31).

1879. Démence paralytique consécutive à une atrophie musculaire progressive (*Ibid.*, p. 76):
- Délire ambitieux à la suite de la scarlatine (*Ibid.*, p. 79).
  - Manie congestive (*Ibid.*, 243).
  - Paralysie générale des vieillards (*Ibid.*, p. 430).
  - Paralysie générale. Cysticerque dans l'hémisphère droit du cerveau (*Ibid.*, p. 403).
1880. De la folie à double forme (*Ibid.*, t. IV, p. 5).
- Paralysie générale chez une femme hémiplégique depuis onze ans (*Ibid.*, p. 207).
1881. Du délire ambitieux dans les affections organiques locales du cerveau et les maladies de la moelle (*Ibid.*, t. V, p. 398).
- Hallucinations de la vue chez un vieillard aveugle et qui avait été opéré deux fois de la cataracte (*Ibid.*, p. 67).
  - Hallucinations produites par l'abus de liqueurs alcooliques. Guérison de plusieurs accès successifs obtenus très rapidement par l'administration du vin de coloquinte (*Ibid.*, p. 434).
  - Hallucinations intermittentes. Délire consécutif. Guérison par le sulfate de quinine à haute dose (*Ibid.*, p. 435).
  - Paralysie générale précédée d'accidents congestifs de forme insolite (*Ibid.*, t. VI, p. 82).
  - Paralysie générale. Tumeur fibreuse de la dure-mère (*Ibid.*, p. 241).
1882. Note sur une altération du cerveau caractérisée par la séparation de la substance grise et de la substance blanche des circonvolutions (*Ibid.*, t. VII, p. 49).
- Accès de mélancolie débutant à l'époque des règles ; intermittence des symptômes. Guérison par le sulfate de quinine (*Ibid.*, p. 416).
1883. Sur la théorie de la paralysie générale, de la folie paralytique et de la démence paralytique considérées comme deux maladies distinctes (*Ibid.*, t. IX, p. 18, 191 ; t. X, p. 18, 362).
- Des hallucinations dans la paralysie générale (*Ibid.*, p. 92).
1884. De la coloration ardoisée du cerveau dans la paralysie générale et de ses rapports avec les escarres du sacrum (*Ibid.*, t. XII, p. 14).
- Délire aigu. Éruption de furoncles au vingtième jour. Guérison (*Ibid.*, p. 385).
1885. Nature cadavérique de quelques lésions des centres nerveux (*A. M. P.*, 7<sup>e</sup> série, t. I, p. 17).
- Des rapports de l'ataxie locomotrice et de la paralysie générale (*Ibid.*, t. II, p. 194).

1885. Influence de la menstruation sur la transformation de la manie en délire aigu. Accès de manie. Symptômes graves de délire aigu à l'époque des règles. Guérison (*Ibid.*, p. 46).
1886. Du poids comparé du cerveau et du cervelet dans la démence paralytique (*Ibid.*, t. III, p. 16).
- Physiologie des hallucinations; les deux théories (*Ibid.*, t. IV, p. 19).
  - De la guérison de la paralysie générale et de la théorie des pseudo-folies paralytiques (*Ibid.*, t. V, p. 19).
1887. Des rapports du délire hypocondriaque et du délire ambitieux; succession ou coexistence de ces deux délires chez les mêmes malades (*Ibid.*, p. 363).
- Analogie des symptômes de la paralysie pellagreuse et de la paralysie générale. Diagnostic différentiel (*Ibid.*, t. VII, p. 194).
1889. Doit-on, dans la classification des maladies mentales, assigner une place à part aux pseudo-paralysies générales? (*Ibid.*, t. IX, p. 196).
1890. Folie à double forme.. Historique et question de priorité (*Recherches sur les maladies mentales*, t. IX, p. 675).
- De la coloration ardoisée du cerveau dans la paralysie générale et de ses rapports avec les escarres du sacrum (*Ibid.*, t. II, p. 203).
  - Recherches statistiques sur l'hérédité de la folie (*Ibid.*, p. 687).
  - Physiologie des hallucinations : les deux théories (*Ibid.*, p. 693).
  - Recherches sur les maladies mentales (In-8°, t. I, XI, 744 p. et 3, t. II, 752 p. et 12 pl.)

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

---

---

## Chronique

---

### Lettre d'Amérique.

*La politique et les asiles d'aliénés. — Traitement de l'ivrognerie. — Enseignement des maladies mentales.*

Dans une lettre précédente, j'ai eu l'occasion de parler du meurtre commis par un aliéné sur un fonctionnaire d'asile. Une autre tragédie semblable, qui vient de se produire, me semble devoir donner matière à des considérations qui trouvent ici leur place. Le 29 décembre dernier, le directeur-médecin de l'asile d'aliénés de l'État de Texas fut tué raide par un coup d'arme à feu que tira sur lui un ancien pensionnaire de l'asile. Le meurtrier était un jeune homme qui appartenait, paraît-il, à une famille influente au point de vue politique, et dont le père avait eu une haute situation fédérale. Depuis quelques semaines seulement il avait été mis en liberté comme guéri, et depuis lors il avait trouvé quelque emploi aux environs de l'asile. On dit que lui-même avait compris, d'après certains symptômes, qu'il retombait dans sa maladie mentale ; on dit encore qu'il avait exprimé la crainte de ne pas pouvoir garder empire sur lui-même et sur ses actions. Toujours est-il qu'il s'imagina que le directeur de l'asile avait manqué d'égards envers lui ; il se déclara offensé, se procura un fusil de chasse à deux coups, y mit une lourde charge, et ayant rencontré le médecin au seuil de l'asile, lui tira ses deux coups en pleine poitrine ; après quoi il alla tranquille-

ment se constituer prisonnier entre les mains des autorités civiles.

La victime était un homme estimable, jouissant d'une grande considération en tant que praticien ; il avait été nommé, depuis quelques mois, directeur de l'asile ; mais à ce moment il n'avait, semble-t-il, aucune expérience des aliénés non plus que de l'administration. On l'avait choisi, comme cela se pratique communément dans quelques États de l'Union, non pas parce qu'il avait des aptitudes et des connaissances spéciales, mais uniquement pour des raisons personnelles et politiques.

Nous ne sommes nullement en mesure de constater qu'il eût, par le fait de son inexpérience, donné une mauvaise direction à l'asile dont il était le chef, ou d'établir une connexion quelconque entre cette direction et sa mort tragique. Toutefois l'événement a fait naître des commentaires où la coïncidence a été mise en relief ; il a contribué à appeler l'attention sur les maux qui peuvent résulter de nominations faites dans les asiles d'après des considérations politiques. On a fait remarquer que prendre les établissements publics de bienfaisance comme moyen de favoriser des particuliers, des partisans ; en choisir les fonctionnaires en se basant sur des relations de parti et sur des services politiques plutôt que sur la réputation scientifique et les capacités professionnelles, c'était trahir la confiance du public et ses intérêts les plus sacrés. Actuellement, en effet, dans quelques États, on considère avant tout les relations politiques, dans le choix des médecins et des employés d'asiles ; et il arrive quelquefois que les directeurs sont nommés parce qu'ils ont été des politiciens habiles, sans que l'on s'occupe le moins du monde de savoir s'ils ont de l'expérience professionnelle, une réputation bien acquise, et l'aptitude à bien remplir leurs fonctions. Dans certains États, il est arrivé à plusieurs reprises que les

changements des hommes au pouvoir ont amené des bouleversements complets dans le personnel administratif ou médical des institutions d'État ; quiconque n'était pas pleinement d'accord avec le parti dominant, était aussitôt destitué. Quelquefois même la destitution s'est étendue jusqu'aux employés les plus subalternes, les surveillants des quartiers, les aides et les ouvriers de toute sorte. Leurs places étaient données à des gens qui, pour employer une expression familière, avaient dans leur jeu les atouts de la politique ; à des gens qui, pour les services rendus par eux ou par leurs amis, avaient quelque droit à partager le butin du vainqueur.

Il n'est pas arrivé souvent que les individus nommés d'après ce système aient été victimes d'autre chose que des enquêtes nombreuses qui ont marqué l'histoire de la plupart des institutions d'État ; ceux qui en ont réellement souffert, ce sont les malades, les amis des malades et le public. Il va sans dire que de telles façons de procéder aux nominations donnent lieu, naturellement, à des abus de toute sorte et ruinent tout progrès scientifique. Mais tant que les démagogues, qui y ont un intérêt personnel, et que leurs partisans, public aux vues bornées, soutiendront en théorie que les établissements d'aliénés sont des institutions politiques, on ne verra pas de sitôt les choses s'améliorer. Le seul remède à cette situation, c'est d'instruire à ce sujet l'opinion publique, et de l'amener à demander elle-même une séparation absolue entre la politique et tout ce qui concerne l'administration des asiles. Dans un certain nombre d'États de l'Union, cela s'est déjà effectué d'une manière plus ou moins complète. Dans l'État de New-York, une loi rigoureuse règle les nominations ; les directeurs-médecins ne peuvent être pris que parmi les médecins qui ont déjà au moins cinq années d'expérience acquise dans les asiles ; les employés ne sont nommés qu'après un examen

sérieux, qui, en partie au moins, est un concours, où ils ont dû faire preuve de capacité et d'aptitudes. Dans la plupart des autres États, bien que les maux de l'ingérence de la politique n'y soient pas tout à fait inconnus, le bon sens public a empêché les abus dans les nominations et les destitutions, ou bien la situation n'en a pas favorisé la naissance. Mais dans quelques-uns, où le succès d'une opinion politique ne dépend que de faibles majorités, et où, par conséquent, l'esprit de parti peut se donner carrière, l'administration des établissements d'assistance publique a été avilie jusqu'au point d'être regardée comme une sorte de machine politique appartenant au parti vainqueur, qui peut l'utiliser à son profit. S'il est arrivé que cela n'ait pu être mis en pratique d'une manière pleine et entière, c'est par le fait de la délicatesse professionnelle des fonctionnaires, et non point par le fait des hommes qui avaient autorité sur eux.

L'association des directeurs médecins des asiles d'aliénés d'Amérique, seul corps national qui dans ce pays s'occupe strictement de psychiatrie, vient de faire récemment un pas en avant qui peut aider une réforme. Comme son nom semble l'indiquer, cette association a été jusqu'ici destinée à réunir les fonctionnaires des asiles envisagés à un point de vue purement administratif. Dans le principe, pour y être admis, il fallait être à la tête d'un établissement public ou privé, spécialement consacré au traitement des maladies mentales. Il y a quelques années, l'affiliation en fut étendue aux médecins adjoints ayant au moins cinq années d'exercice dans les asiles. Dans la dernière réunion annuelle, tenue en mai 1891 à Washington, une commission a été nommée pour étudier un projet de réorganisation qui viendra en discussion à la session de 1892. Ce qui a motivé un mouvement dans ce sens,

c'est, comme l'a nettement indiqué un des meilleurs esprits de l'association, d'empêcher qu'on puisse devenir membre de celle-ci ou prendre part à ses discussions, uniquement parce qu'on aura été, peut-être grâce à des influences politiques, nommé directeur d'un asile. Il n'est pas improblable, qu'entre autres changements, la Société, en se réorganisant, n'adopte un nouveau titre ; celui qu'elle a actuellement, indiquant que la qualité de membre repose exclusivement sur le fonctionnarisme, continuerait difficilement à avoir sa raison d'être.

La réorganisation de l'association nationale de psychiatrie n'aura pas immédiatement une influence sensible en ce qui concerne les politiciens, mais elle supprimera du moins la nécessité où l'on a été jusqu'ici, qui obligeait en quelque sorte à confirmer des nominations injustifiées en admettant dans l'association ceux qui en étaient l'objet. On ne saurait néanmoins mettre en doute que le mouvement dont il s'agit n'exerce avec le temps une heureuse et profonde influence.

Ce n'est point une tâche agréable de faire connaître au loin les défauts de son propre pays. Mais il y a ici un mal trop évident auquel il faudrait du remède. Si les hommes qui en sont responsables pouvaient voir comment ils sont jugés là où l'on connaît leurs agissements, peut-être auraient-ils moins de tendance à continuer. L'état de choses actuel explique bien des faits qui de temps à autres ont donné prise à la critique dans les asiles d'aliénés d'Amérique.

L'attention du public, aux États-Unis, se porte en ce moment, avec une sorte d'enthousiasme, sur des faits qui concernent la nature et le traitement de l'ivrognerie, enthousiasme qui n'a rien à voir avec l'intérêt que, pour des raisons surtout politiques, on a donné de tout

temps aux questions de tempérance. Les faits dont je veux parler appartiennent à ce qu'on appelle « le traitement par la méthode Keeley » ou traitement par le bichlorure d'or. Cette méthode est remarquable à divers points de vue. Comme vous le savez sans doute, il s'agit ici d'un remède secret, ou soi-disant tel ; car, suivant de fortes probabilités, les agents actifs sont la strychnine et quelque mydriatique, atropine ou hyoscine, à quoi est ajouté sans doute du chlorure double d'or et de sodium, qui donne au traitement son nom populaire. La constitution exacte du remède n'importe guère ; ce qui est le plus intéressant à constater, c'est le zèle et l'enthousiasme de ceux qui sont convertis à son emploi, c'est l'importance que la méthode prend sous le rapport de la suggestion. Au village de Dwight, quartier général du traitement, il y a par centaines des gens de toute condition sociale et de tous les points du pays qui viennent en file quatre fois par jour pour recevoir, à leur tour, l'injection hypodermique administrée par l'opérateur qui agit avec autant de rapidité que ses mains le lui permettent. Cela est, paraît-il, la caractéristique principale du traitement, en tant que pharmaceutique, bien que souvent on y ajoute des médicaments internes. L'efficacité réside surtout dans l'impression mentale ou suggestion faite sur les malades par la mise en scène, par la confiance et l'entraînement, par l'élément de mystère qui s'attache au soi-disant remède secret. On fait autour d'eux tout ce qu'on peut pour produire et renforcer cette impression mentale ; et s'il n'est pas impossible que les drogues employées ne suppriment pour un moment le besoin de boire, il n'est pas moins vraisemblable que leur action sur le cerveau ne contribue à rendre celui-ci plus facile à influencer de la manière qui vient d'être dite.

Outre l'établissement originel de Dwight, il s'est

créé, en divers points du pays, bien d'autres « Instituts Keeley » et c'est par milliers que se comptent ceux qui sont soumis au traitement. Les médecins qui tiennent à l'exercice normal de leur profession restent naturellement à l'écart d'une pratique si irrégulière ; mais cependant ils s'y intéressent et l'on a fait quelques expériences pour traiter l'ivrognerie avec des médicaments. Il n'y a pas beaucoup de raison, à mon avis, de croire que les résultats de la méthode Keeley seront meilleurs et plus solides que ceux de tous les entraînements vers la tempérance qui se sont produits jusqu'ici, et dans lesquels les influences mentales étaient seules en jeu. Mais la question qui se présente naturellement à ce sujet est de savoir si l'habitude de boire avec excès doit être considérée comme un vice ou comme une maladie. Je mets ici hors de cause la dipsomanie ou l'alcoolisme arrivé au degré de la saturation et de l'incurabilité, et je n'ai en vue que le cas où l'ivrogne reste dans la société et peut, avec plus ou moins d'aptitude, s'occuper de ses affaires ordinaires, sachant fort bien que s'il cède à sa passion, c'est à son détriment, ne pouvant cependant s'y soustraire sans difficultés et sans inconvénients réels. La plus grande partie des gens qui se soumettent au traitement nouveau sont évidemment dans ce cas ; ils conservent encore plus ou moins d'empire sur eux-mêmes ; mais ils ont tendance à se considérer surtout comme victimes d'une maladie et à se dégager ainsi de toute responsabilité morale. Dans une discussion que la Société de médecine de Chicago a engagée à ce sujet, quelques membres ont été d'avis que l'ivrognerie est simplement une maladie physique qui doit être traitée en dehors de toute considération d'état moral. Cette opinion ne me semble devoir être relevée que parce qu'elle émane de médecins dignes de considération qui se sont occupés plus ou moins de

maladies mentales et de troubles du système nerveux. Mais négliger l'emploi de mesures et de stimulations morales dans le traitement de l'intempérance habituelle, serait une erreur bien plus grande que de perdre de vue le côté purement physique et médical de la question ; ce serait se priver aussi de la meilleure moitié du traitement de la maladie, si tant est que l'on puisse proprement appeler l'ivrognerie un état morbide.

L'occupation du nouvel hôpital de la Déstitution, pour aliénés, construit à Chicago, dans un quartier près duquel se trouvent la plupart des Sociétés de médecine les mieux suivies, va fournir un des meilleurs terrains qui ait jamais existé pour l'étude de la folie. C'est dans cet hôpital que devront passer, sauf quelques exceptions, tous les cas d'aliénation mentale récente d'une population d'environ 1,500,000 habitants, et dans une ville qui est le grand carrefour d'un pays où viennent s'amonceler des cas de folie de toute sorte. On a, dit-on, l'intention de faire servir cette institution à l'enseignement clinique ; si les maîtres y sont à la hauteur de leur tâche, elle promet d'être une des cliniques psychiatriques les mieux organisées et les plus avantageusement situées du monde.

D<sup>r</sup> H. BANNISTER.

Kankakee, 9 mars 1892.

---

# Pathologie

---

## SUR

### CERTAINS CAS D'ABOULIE

AVEC OBSESSIONS INTERROGATIVES  
ET TROUBLE DES MOUVEMENTS

(FOLIE DU DOUTE AVEC DÉLIRE DU TOUCHER)

PAR LES DR<sup>S</sup>

**F. RAYMOND**

Professeur agrégé de la Faculté,  
Médecin des hôpitaux.

**F. L. ARNAUD**

Médecin-adjoint de la maison  
de santé de Vanves.

Le nom de « folie du doute » a été donné par Falret père à l'état morbide que nous nous proposons d'étudier ici et que différents auteurs ont décrit sous des dénominations analogues ou identiques.

Ce terme paraît ne tenir compte que du trouble intellectuel, à savoir l'impossibilité où sont les malades de se fixer dans la certitude, pour certaines séries d'idées qui obsèdent la conscience.

C'est exclusivement ces « obsessions avec conscience sous forme de questions ou de doute » que Griesinger notamment avait en vue (*Archiv für Psychiatrie*, 1868).

Il y a cependant, dans la « Folie du doute », autre chose que le doute et que les obsessions. M. Jules Falret l'avait fort bien vu, et, dans son travail (*Folie raisonnante ou Folie morale*, 1866), qui est la première

bonne description de ce curieux état, il adoptait pour le désigner la dénomination beaucoup plus générale et complète d'« Aliénation partielle avec prédominance de la crainte du contact des objets extérieurs ». A la même époque, Morel, frappé des symptômes extérieurs qu'il avait observés chez les malades de ce genre, et négligeant un peu trop les obsessions et l'état mental, avait qualifié l'affection « Délire émotif » (1).

Plus tard, Legrand du Saulle, développant les idées de M. Jules Falret, employa une formule plus concise : « Folie du doute avec délire du toucher » (1875).

Acceptée telle quelle par M. Ritti (article du *Dictionnaire encyclopédique*, 1879) et par le plus grand nombre des auteurs qui, depuis, ont traité la question, cette formule a survécu. Elle a le grand mérite d'être brève, d'être claire, et de réunir dans son énoncé deux ordres de symptômes qui coexistent souvent, même sous la forme précise que ces auteurs ont décrite. Mais elle a le grave défaut de trop restreindre et même de dénaturer les faits ; car, d'une part, le mot *doute*, nous espérons le démontrer, n'est pas applicable à tous les cas ; et, d'autre part, le mot *toucher* pourrait laisser croire à tort qu'il s'agit ici d'un trouble du *sens du toucher*.

Ces rapides indications montrent que, même sur le terrain clinique, il y a de grandes divergences entre les auteurs, à ce point que M. Ladame (de Genève) a pu écrire récemment (2) :

« Ainsi le doute n'est pas seulement chez les malades, il a passé dans la science et l'affection dont nous parlons présente ce caractère singulier, qu'elle pourrait aussi bien être appelée Folie du doute en raison de l'in-

(1) Morel. Le délire émotif, in *Archives générales de médecine*, 1866.

(2) Ladame (de Genève). La Folie du doute et le délire du toucher, in *Annales méd.-psych.*, nov.-déc. 1890.

certitude dans laquelle se sont trouvés les savants pour lui fixer une place dans le cadre des maladies mentales, que pour les symptômes étrangers qui la caractérisent. » — Il est vrai que M. Ladame lui-même fournit aussitôt un nouvel exemple de la confusion qu'il signale, en donnant comme un type de *Délire du toucher sans Folie du doute* son observation I, dans laquelle les deux ordres de symptômes se trouvent manifestement réunis.

Toutes ces divergences tiennent, croyons-nous, à ce que chaque auteur a presque exclusivement étudié quelques-unes des manifestations les plus saillantes, les plus apparentes, de ce trouble mental.

L'observation d'un malade que nous avons pu suivre pendant cinq mois, en vivant constamment avec lui, nous a prouvé l'extrême importance de deux points qui ont été presque entièrement passés sous silence : 1<sup>o</sup> le fonctionnement général des facultés, ce que nous appellerons le *dynamisme mental*; 2<sup>o</sup> l'état des mouvements volontaires. — Sur ce dernier point, nous ne connaissons guère qu'un travail fort intéressant et très fouillé de M. Pierre Janet (1), à propos d'un cas analogue aux nôtres, mais beaucoup plus complexe.

Ces deux ordres de faits nous paraissent expliquer la plupart des autres phénomènes ; ils conduisent à une conception d'ensemble du sujet, par des données à la fois cliniques et psychologiques.

L'étude des autres malades dont nous rapportons ici les observations nous a confirmés encore dans la manière de voir que nous allons développer.

(1) Sur un cas d'aboulie et d'idées fixes ; in *Revue philosophique*, mars et avril 1891.

## OBSERVATION I.

**SOMMAIRE.** — Homme. — Hérédité double et convergente, très chargée. — Début à la puberté. — Scrupules. — Émotivité. Panophobie, agoraphobie, crainte des foules. — Hésitation psycho-motrice. — Aboulie. — Neurasthénie. — Obsessions interrogatives et doute. — Altération des mouvements (délire du toucher). — Tentative de suicide. — Amélioration considérable pendant plusieurs années, sous l'influence du traitement.

**ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES.** — C... M..., né en 1860, est issu d'une famille nettement névropathique. Les tares sont surtout nombreuses du côté paternel, mais la ligne maternelle est bien loin d'être indemne. Le malade est donc la victime d'une hérédité double et convergente.

*Côté paternel.* — On ne sait rien des grands-parents.

Le père du malade présentait quelques-unes des bizarreries que nous retrouverons aggravées chez son fils. Minutieux à l'excès, il avait la manie de l'ordre et du rangement. Il ne se couchait jamais sans avoir très soigneusement plié ses vêtements, sans avoir longuement fureté dans sa chambre pour ranger les moindres choses. Il s'irritait violemment quand on changeait un objet de sa place habituelle. Tout cela, au point de rendre la vie difficile à son entourage. — Devenu paraplé-gique, il est mort à quarante-deux ans; d'apoplexie, laissant un fils, notre malade, et une fille, extrêmement impressionnable et nerveuse, délirant sous l'influence du plus léger accès de fièvre; elle a elle-même un fils très nerveux.

Un cousin s'est suicidé, sans aucun prétexte; il avait fait, dix ans auparavant, une première tentative infructueuse. — Son fils, déséquilibré, vantard, débauché, atteint d'un mal de Pott, s'était déjà ruiné à dix-huit ans par le jeu et les femmes.

Un oncle est mort paralytique général. — Il avait une fille obèse, goutteuse, tiqueuse, qui a donné naissance à des enfants n'ayant parlé distinctement que vers cinq à six ans, qui sont atteints de blésité et qui ont une voûte palatine ogivale.

Enfin, un autre cousin est mort ramollie, dément.

*Côté maternel.* — Mère arthritique.

Une cousine, atteinte de délire mélancolique, avec idées de damnation, de persécution et de ruine, a été internée plusieurs fois.

## SUR CERTAINS CAS D'ABOULIE

71

OBSERVATION I. — Tableau généalogique de la famille de M.

LIGNE PATERNELLE		LIGNE MATERNELLE	
GRANDS-PARENTS INCONNUS			
<i>Oncle</i> , mort paralytique général.	<i>Père</i> , mort d'apoplexie à 42 ans, après avoir été paraplégique. Pointilleux, trop ranger, "maniaque".	<i>Mère arthritique.</i>	
			<i>Cousine</i> , internée plusieurs fois pour délire méancolique.
<i>Fille</i> obèse, goutteuse, tiqueuse.	<i>Fils</i> , notre malade : Folie du doute.	<i>Fille</i> très nerveuse, délire au moindre accès de fièvre	<i>Cousin</i> mort râmoli, âgé.
			<i>Cousin</i> suicidé sans motif ; 2 tentatives à 10 ans de distance.
<i>Deux enfants</i> n'ayant parlé distinctement que vers 6 ans ; atteints de blésite, voile palatine ogivale.	<i>Fils</i> très nerveux.	<i>Fils</i> ; mal de Pott, débauché, déséquilibré. Ruiné à 18 ans, par le jeu et les femmes.	

Nous résumons, dans le tableau ci-dessus, cette lourde hérédité.

**ANTÉCÉDENTS PERSONNELS.** — Nous ne connaissons rien de particulier sur l'enfance de M..., sinon que déjà, comme son père, il poussait très loin, jusqu'à la minutie, l'amour de l'ordre. Il avait du succès dans ses classes, mais il le devait plutôt à un travail acharné qu'à la promptitude et à la vivacité de son intelligence. Vers l'âge de quinze ans, la préparation du baccalauréat l'amène à travailler davantage encore. Il passait une partie des nuits sur ses livres, et, détail à retenir, il éprouvait souvent alors de *violents maux de tête*, qui le laissaient de longues heures comme étourdi.

Quelque temps après, et dans des circonstances bien précises, se montrent les premiers symptômes de la maladie actuelle : A la suite d'un dîner de famille (septembre 1876), où l'on avait discuté devant lui diverses questions de morale, M... est pris de scrupules relatifs à ses devoirs de collégien. Il se demande avec inquiétude s'il ne lui serait pas arrivé de *copier sa composition* et d'obtenir ainsi une place qu'il n'eût pas méritée. Cette pensée le poursuit et le tourmente beaucoup ; il réussit de moins en moins à la chasser, et bientôt viennent s'y ajouter d'autres doutes et d'autres interrogations d'un ordre différent : il s'inquiétait de son mouchoir, de son porte-monnaie, de sa montre, et il tâtait continuellement ses poches. M... communique ses préoccupations à sa famille. On n'y attache aucune importance, et l'on se contente de s'en moquer.

Mais après une *fièvre typhoïde grave*, accompagnée de *délire* (1877), les inquiétudes et les obsessions acquièrent une telle intensité, que la famille s'émeut et demande l'avis de Lasègue. Celui-ci examine le malade à plusieurs reprises, et conseille au *petit obsédé*, comme il l'appelait, le repos cérébral, des distractions, un régime tonique, l'hydrothérapie, etc.

Suivi avec plus ou moins de persévérance, ce régime ne produit aucun résultat sensible, et les années se passent en alternatives de mieux et de moins bien. M... conserve assez de liberté d'esprit pour faire son droit à Paris. A vingt-deux ans, il retourne en province, se fait inscrire au barreau de sa ville-natale, et plaide dans plusieurs affaires.

Cependant, l'hésitation, l'incertitude, toujours appliquées à des objets de minime importance, progressaient insensiblement : M... ne pouvait s'empêcher de relire plusieurs fois ses lettres avant de les cacheter. Quand il sortait, il était poursuivi par

la crainte d'avoir laissé sa porte ouverte, son feu allumé, etc., et il rentrait pour se donner une certitude qui, un instant plus tard, lui échappait encore. Les faits les plus simples, les plus habituels, de l'existence quotidienne, finirent par être englobés dans la sphère du doute, et, chose grave, les *actes correspondants* se trouvèrent parallèlement influencés. Ainsi, M... passait un temps extrêmement long à sa toilette, boutonnant et reboutonnant vingt fois ses vêtements, plaçant et déplaçant sa cravate, jusqu'à ce qu'il eut la quasi-conviction que cravate et boutons étaient bien à leur place. Nulle coquetterie, d'ailleurs, dans tout cela, car la mise de M... était fort négligée. Malgré la répétition acharnée des mêmes actes, la certitude ne venait pas, et le malade, un instant après, était aussi préoccupé de ses boutonnières et de sa cravate qu'il l'était de son mouchoir, de son porte-monnaie et de sa montre.

Pour diminuer autant que possible les prétextes de ses obsessions, qu'il jugeait parfaitement ridicules et qui le désolaient, M... en était venu à sortir sans porte-monnaie, sans montre, sans mouchoir, sans gants, ce qui gênait et compliquait singulièrement sa vie. Son premier soin, en rentrant chez lui, était de vider ses poches ; alors seulement, il recouvrait sa tranquillité d'esprit.

On devine les moqueries incessantes dont il était l'objet de la part de ses camarades. Aussi, petit à petit, avait-il abandonné toutes ses relations ; il ne sortait plus guère de chez lui et ne voyait presque personne. Tout effort cérébral, toute contention d'esprit lui étaient devenus impossibles ; la lecture même le fatiguait beaucoup. Cet état s'était encore compliqué de vertiges, de faiblesses, de troubles gastriques. Son médecin, attribuant en bloc tous ces désordres à une *névrose gastrique*, prescrivit un régime sévère, presque exclusivement lacté, qui détermina un amaigrissement notable et l'aggravation de tous les symptômes.

C'est à ce moment (avril 1889) que la famille, fermement résolue à tout faire pour obtenir un résultat favorable, se décida à provoquer une nouvelle consultation. Nous voyons le malade, nous conseillons un traitement hydrothérapique rigoureux, un régime tonique, des distractions, des promenades. Le *traitement moral*, jugé encore plus nécessaire, fut confié à l'un de nous qui, pendant un peu plus de trois mois, passa auprès du malade quatre jours par semaine ; après quoi, il l'accompagna en Suisse, dans un voyage de deux mois.

Ce sont donc les résultats d'une observation suivie pendant cinq mois d'une intimité continue, c'est-à-dire dans les conditions les plus favorables, que nous rapportons ici.

La maladie durait alors depuis treize ans. Dans sa marche lente mais progressive, elle avait atteint successivement toutes les manifestations de la vie de relation. Les troubles de l'activité volontaire et consciente étaient les plus considérables, les plus évidents ; mais nous montrerons que le désordre s'étendait aussi aux actes que l'habitude finit par rendre automatiques et comme inconscients chez l'homme normal.

**ÉTAT PHYSIQUE.** — Disons quelques mots de l'état physique général.

M... est grand, un peu gros, avec une légère tendance à l'obésité.

Sa démarche est lourde, ses mouvements sont mal assurés, hésitants. Son aspect général se caractérise par la gaucherie et l'indécision.

Il ne présente d'autres stigmates physiques de dégénérescence que ses très mauvaises dents.

La face est habituellement colorée, avec fréquentes bouffées de chaleur, surtout après les repas.

Sueurs abondantes, principalement à la tête et à la paume des mains.

Du côté du tube digestif, il faut noter la lenteur des digestions, qui s'accompagnaient d'une sensation de plénitude et de renvois. Sensations douloureuses à l'épigastre. Constipation habituelle. Hémorroïdes.

Enfin, du côté du cerveau, faiblesses, vertiges, sensations de vide et de ballottement céphalique, ou bien resserrement des tempes et du front. Céphalalgies fréquentes et tenaces. — Sommeil souvent troublé par des cauchemars. — Pas de trouble appréciable de la sensibilité.

**ÉTAT MENTAL.** — L'état mental de M... présentait les caractères généraux suivants :

L'intelligence, assez vive, semblait d'abord absolument correcte. La mémoire était excellente, remarquablement étendue et précise. M... parlait beaucoup, avec facilité, et rien dans son langage ne trahissait un état anormal, au moins dans une première conversation. Mais quand on l'avait vu plusieurs fois, on remarquait certaines particularités : une vive antipathie, presque de la crainte, pour toute idée neuve ou un peu hardie; — le besoin de faire répéter et de répéter lui-même les choses les

plus insignifiantes, à plusieurs reprises et dans des termes toujours identiques. Par exemple, il interrompait plusieurs fois une conversation pour demander : « Alors, c'est entendu, demain, nous ferons telle chose, puis telle autre chose ! » Et il renouvelait sa question jusqu'à ce qu'il eut obtenu une réponse. Il en était de même pour tous les détails de la vie. Son esprit semblait avoir perdu le pouvoir de fixer les idées. Quand on avait gagné sa confiance, il ne cessait plus de parler de sa maladie, qu'il croyait tout à fait extraordinaire et incurable. Il fallait lui répéter cent fois par jour que nous connaissions beaucoup de malades dans son cas, qu'il guérirait et qu'il pourrait vivre à peu près comme tout le monde.

En présence des personnes qu'il connaissait peu, M... arrivait à dissimuler dans une certaine mesure ce besoin d'une affirmation étrangère et de répétition. Dans l'intimité, au contraire, il ne faisait plus aucun effort pour atténuer ce véritable rabâchage, très fatigant pour ceux qui devaient le subir. Comme l'a dit spirituellement M. Jules Falret, c'était vraiment *le supplice de la question*.

**OBSSESSIONS.** — Ce rabâchage incessant, cette *ruminatio psychologique*, pour employer l'heureuse expression de Legrand du Saulle, était comme l'ébauche des obsessions qu'il nous reste maintenant à étudier.

Les unes, dont nous avons déjà parlé, étaient relatives à son porte-monnaie, à sa montre, à ses gants, à son mouchoir, à ses boutonnières, etc., c'est-à-dire à des objets extérieurs. Le malade les avouait spontanément, sans difficulté et sans embarras, il les appréciait très sainement. Elles offraient un tel relief, qu'à un examen rapide on aurait pu croire qu'elles existaient seules. Mais le trouble était bien plus étendu, et une observation prolongée nous révéla d'autres obsessions moins apparentes. Celles-ci concernaient l'organisme du malade, notamment ses dents et ses organes génitaux. M... avait de très mauvaises dents. Il était tourmenté par la crainte que l'une d'elles ne vînt à casser ou à tomber. Quand l'obsession survenait, il portait dix fois, vingt fois sa langue sur ses dents, accompagnant ce manège d'une mimique très particulière : il inclinait la tête à plusieurs reprises, par petits mouvements approbatifs, qui étaient la traduction extérieure de ses affirmations mentales ; quand il ne se croyait pas surveillé, il poussait à demi-voix des exclamations de ce genre : « Oui, oui, c'est bien, il n'en manque aucune ! »

Une intervention étrangère interrompait l'accès ; mais, le plus habituellement, l'incertitude renaissant, le manège recommençait aussitôt.

Le malade n'avouait pas volontiers cette obsession ; il s'en défendait tant qu'on ne l'avait pas surpris en flagrant délit. Il dissimulait également la préoccupation que lui causaient ses organes génitaux. Cette dernière obsession survenait de préférence pendant le repos au lit. Très souvent alors, M... éprouvait le besoin de s'assurer que ses testicules n'avaient pas disparu. Il répétait cette constatation un très grand nombre de fois. Il lui arrivait même de se réveiller, la nuit, avec l'obsession angoissante de ses testicules et de ses dents ; et c'était pour lui un travail des plus pénibles que de satisfaire en même temps à cette double vérification.

Telles étaient les principales obsessions de notre malade. Toutes s'accompagnaient d'une certaine angoisse, de répétitions mentales, d'exclamations confirmatives proférées à demi-voix et de mouvements particuliers. Elles se produisaient ordinairement par accès dont la durée variait d'un quart d'heure à plusieurs heures. Ces accès apparaissaient parfois brusquement, sans préparation aucune ; mais, le plus souvent, ils étaient annoncés par certains phénomènes, véritables prodromes bien connus du malade et de son entourage : tristesse, abattement, bouffées de chaleur, sensation de vide céphalique, vertiges, etc. Leur durée était plus longue et leur intensité plus grande quand M... se trouvait seul. Aussi les accès nocturnes étaient-ils particulièrement pénibles.

L'intervention d'une personne quelconque avait pour résultat ordinaire d'en abréger la durée.

Quel que fût le mode d'apparition de l'accès, le malade présentait, pendant toute sa durée, une physionomie bien spéciale et toujours la même : comme absorbé en lui-même, l'œil terne, le regard vague, il était totalement incapable de prendre part à une conversation. La face était congestionnée, les conjonctives légèrement injectées ; bouffées de chaleur à la tête ; sueurs abondantes, surtout à la paume des mains et à la face. Mouvements de la tête et marmottements que nous avons déjà mentionnés. Aspect un peu abruti. — Enfin, le malade accusait une fatigue générale, avec lourdeur de tête, sensation de vide et vertiges.

En dehors des accès que nous venons de décrire, il arrivait assez souvent que l'une des idées obsédantes habituelles surgis-

sait à l'improviste, subitement. On voyait alors le malade détourner brusquement la tête, faire quelques signes d'assentiment, puis reprendre la conversation ou l'occupation ainsi interrompues. Parfois, c'était une idée quelconque, étrangère aux obsessions ordinaires, et presque toujours relative à un objet futile, qui s'emparait de son esprit avec la même soudaineté, l'obligeant impérieusement à poser une question tout à fait hors de propos. En voici un exemple entre mille. Pendant une ascension à Chamounix, en présence d'un merveilleux paysage, il demande tout à coup, et à plusieurs reprises, s'il retrouvera *le soir* la clef de sa montre qu'il avait laissée à l'hôtel. Il était à ce moment *dix heures du matin* !

Ce curieux état mental nous présentait quelques autres symptômes, d'un ordre différent, plus en rapport avec une émotivité exagérée du système nerveux. Ils consistent en des appréhensions, en des craintes variées, dont M... reconnaît plus ou moins le caractère pathologique. Ils ne sont, d'ailleurs, que l'exagération d'une manière d'être générale sur laquelle nous aurons à revenir.

**AGORAPHOBIE.** — Quand M... se trouve seul dans un grand espace découvert, il est saisi d'un sentiment de malaise général, avec battements aux tempes, oppression, sensation de vide cérébral, impossibilité de rassembler ses idées. Il n'y a pas d'anxiété profonde, ni d'impuissance motrice, car le malade peut parfaitement rentrer chez lui sans autre incident et sans aide ; mais l'anxiété et la gêne sont suffisantes pour déterminer un état très pénible, presque douloureux. Dans ces conditions, les obsessions et les doutes sont plus intenses que jamais.

L'état précédent se reproduit avec les mêmes caractères lorsque M... est isolé au milieu d'une foule ; par exemple, sur les boulevards, à Paris. Pour échapper au malaise qui l'envahissait dans ces circonstances, il n'imaginait pas d'autres ressources que de se faire reconduire chez lui en voiture.

**ACTES BIZARRES.** — Les divers symptômes que nous avons étudiés jusqu'à présent, doutes, obsessions, *phobies*, sont des manifestations immédiates du trouble des facultés mentales. Sans les aveux du malade, on eut ignoré la plupart d'entre eux. Ils constituent comme le *côté interne de l'affection*.

Nous devons examiner maintenant d'autres phénomènes qui sont la traduction *en actes* du désordre mental et qui trahissent plus particulièrement la *lésion de la volonté*. Directement appréciables par l'observation, en dehors de toute confidence,

ces derniers ont la valeur de véritables *signes physiques*; ils forment le *côté extérieur et visible* de la maladie.

Ils appartiennent à la catégorie de ceux que les auteurs rangent sous la dénomination de *crainte des contacts*, de *délire du toucher*. Ils existaient chez notre malade en quelque sorte à son insu. Tout au moins, ne les appréciait-il pas comme ils l'eussent mérité et ne les avouait-il pas. Nous n'avons pu les surprendre qu'en vivant dans son intimité quotidienne. Nous nous bornerons à en citer quelques-uns.

Le contact de tout objet inconnu ou inusité était suspect à M... S'il se décidait à le toucher, c'était par petits mouvements brusques, saccadés, hésitants, retirant et avançant la main presque en même temps. Pour peu que l'objet lui parut d'une propreté douteuse, M..., après l'avoir touché, secouait ses doigts à plusieurs reprises, et il se hâtait de se laver les mains. A l'ordinaire, il n'abusait pas des lavages, et ne soignait en aucune façon ni ses mains ni ses ongles. Il ne soignait pas sa mise davantage, nous l'avons déjà dit. Cependant une tache d'*origine inconnue* sur ses vêtements le troublait beaucoup, le préoccupait longtemps. Il conservait, au contraire, indéfiniment des vêtements malpropres, qui lui étaient accoutumés.

Toujours dans le même ordre d'idées, il n'aurait ni touché ni flairé une fleur à lui inconnue. Hors de chez lui, il ne s'asseyait jamais sans avoir vérifié et même épousseté son siège; il n'aurait ni mangé dans une assiette, ni bu dans un verre, sans les avoir longuement et attentivement essuyés, etc., etc.

La plupart de ces bizarries, de ces *manies*, comme les appelait l'entourage, pouvaient être expliquées, au moins en apparence, par la crainte exagérée du poison, de la contagion. En réalité, tout cela constituait quelques-unes des manifestations pratiques de cet état fondamental de timidité, d'hésitation, qui se montrait dans toute les circonstances où le malade était obligé d'exécuter un acte ou nouveau ou imprévu.

Le fait suivant nous en fournit une nouvelle preuve. M... a toujours obstinément refusé d'apprendre l'équitation. On pourrait, à la rigueur, attribuer ce refus persistant à la crainte des accidents de cheval, c'est-à-dire à un motif qui n'aurait rien de pathologique. Mais, d'autre part, M... faisait très volontiers des armes, conduisait des chevaux, chassait, sans se laisser arrêter par la pensée des innombrables accidents que peuvent entraîner ces exercices.

A notre avis, c'est l'impuissance à effectuer des actes nou-

veaux qui rend compte de ces différences. M... avait, en effet, chassé, conduit et fait de l'escrime avant sa maladie, tandis qu'alors il n'était pas encore monté à cheval. Nous expliquerons de la même façon d'autres bizarreries, dont l'importance pourra paraître minime, mais qui, cependant, aident à comprendre la vraie nature de l'affection.

Malgré sa fortune considérable et une situation sociale élevée, M... était toujours plus que simplement vêtu ; la coupe de ses vêtements, la forme de ses chapeaux ne changeaient pas depuis l'époque où sa maladie s'était développée. Il a toujours été impossible de le faire consentir à une modification, et chaque fois qu'il devait se résigner à mettre un vêtement ou un chapeau neufs, il était troublé et malheureux, comme *gêné aux entournures*, pendant plusieurs jours.

**MOUVEMENTS.** — Passons à l'étude des mouvements chez notre malade.

Ici encore, nous relèverons des particularités remarquables, notamment ces caractères généraux d'hésitation et d'incertitude, sur lesquels nous avons déjà insisté en étudiant les manifestations purement psychiques.

Toutes les réactions motrices en général étaient troublées, mais l'altération atteignait son maximum dans les mouvements volontaires et, plus particulièrement, dans les *mouvements adaptés* qui manquaient à la fois de rapidité, de sûreté et de précision. M... était au plus haut degré un *maladroit*. Il semblait n'être plus capable que de mouvements fractionnés, partiels.

Nous avons déjà parlé de ces petits mouvements incertains, hésitants, comme spasmoidiques, quand il s'agissait seulement de toucher un objet quelconque.

Les mouvements d'ensemble, comme, par exemple, l'acte de passer sa veste ou son pantalon étaient encore plus modifiés ; les membres semblaient alors se contracturer, l'acte restait en suspens et n'était enfin accompli qu'après plusieurs tentatives infructueuses. La même chose s'observait dans les exercices du corps et dans tous les actes un peu compliqués. La difficulté des mouvements croissait, d'ailleurs, avec la nouveauté des actes. Plusieurs restaient impossibles, malgré des essais répétés.

Mais un grand nombre d'actes très habituels, à demi-inconscients pour l'individu normal, étaient altérés également chez M... La démarche était à la fois lourde et sautillante, maladroite, mal assurée, accompagnée d'une sorte de balancement

des épaules qui compensait le défaut de rectitude des mouvements des jambes. La course était à peu près impossible.

Le malade ne pouvait presque rien faire d'une seule main. Par exemple, il était obligé de déposer sa canne ou son parapluie, et de se servir de ses deux mains, pour mettre sa clef dans la serrure de sa porte et ouvrir. Il ne serait pas arrivé, avec sa seule main droite, à boutonner ses vêtements. Tous ces mouvements étaient pour lui longs et difficiles. Ses doigts se crispaient, se raidissaient, ne pouvaient plus produire le résultat désiré et attendu avec anxiété. Enfin, détail qui nous paraît très important, il ne parvenait à exécuter ces divers actes qu'*en s'aidant de la vue* et grâce à une application soutenue. Aussi, employait-il tous les jours plusieurs heures à s'habiller, même dans les circonstances où il eût été fort important de se hâter.

Assez souvent, il nous est arrivé de le forcer à s'habiller relativement vite, en l'aidant au besoin. L'effet produit était alors très curieux : pendant plusieurs heures, M... restait dans le plus grand désarroi ; hors d'état de s'intéresser aux choses extérieures, comme absorbé en lui-même, la face congestionnée, il s'acharnait à tâter ses poches, ses boutonnières, ses dents, par petits mouvements saccadés, presque impulsifs, répétés indéfiniment. Ce n'est qu'insensiblement que le calme revenait, avec une liberté d'esprit relative.

Le malade ne s'avouait pas la vraie nature de ces gestes bizarres, de ces mouvements anormaux, révélateurs du trouble mental. Il s'appliquait instinctivement à dissimuler les plus fréquents, à les masquer sous l'apparence d'habitudes particulières, de petites *manies* sans importance, destinées à le tromper lui-même et à donner le change aux autres. Il affectait un air dégagé pour porter la main à sa poche ou à ses boutonnières, donnait de légères chiquenaudes à ces parties du vêtement, passait sa main dessus, à plusieurs reprises, comme pour les épousseter, etc., etc. Notons enfin que le commencement de l'acte, *la mise en train* était particulièrement difficile. L'impulsion volontaire semblait s'épuiser au fur et à mesure de sa production ; au lieu d'un mouvement harmonique et complet, elle ne déterminait que des secousses maladroites.

Nous arrêterons ici cette longue étude de l'état mental de M... Les développements que nous lui avons donnés se légitiment par l'importance de certains détails, trop négligés ou entièrement passés sous silence par les auteurs, et qui nous

semblent de nature à montrer sous son vrai jour l'affection dont il s'agit.

La situation de M... ne se modifia d'abord en aucune façon pendant les premières semaines du traitement que nous lui avions imposé. Les obsessions, les inquiétudes, les incertitudes étaient aussi nombreuses que jamais. Une nouvelle obsession surgit même à ce moment, de nature à entraîner des conséquences tragiques, et qui dut à cette mollesse mentale, sur laquelle nous avons tant insisté, d'aboutir à une simple comédie. M... commença par *craindre d'avoir l'idée de tuer sa mère*, dont la chanbre était voisine de la sienne. Comme toujours, cette idée s'implanta dans son cerveau, et l'obsession du meurtre suivit. Terrifié par la crainte de succomber à l'horrible impulsion, n'ayant aucune confiance dans sa force de résistance, désespérant d'ailleurs de voir s'améliorer un état qui le retranchait en réalité de la vie sociale et le torturait sans relâche, M... se dit que mieux valait en finir avec l'existence. Un matin, vers six heures, il se lève sans bruit, s'habille, ouvre sa fenêtre, et, après bien des hésitations, s'élance dans le vide !... Il retomba tranquillement sur ses pieds, la fenêtre qu'il avait choisie étant très peu élevée au-dessus du sol. Il en fut quitte pour une légère entorse, remonta clopin-clopant dans l'appartement, frappa à la porte, et, tout penaud, avoua à sa mère, accourue pour lui ouvrir, qu'il venait de faire une tentative de suicide !

Cet incident sembla jouer le rôle d'une crise ; l'idée du meurtre disparut. L'amélioration devint appréciable et se continua progressivement. Un régime tonique, de longues promenades, des excursions parfois difficiles relevèrent les forces et l'énergie du malade. Un peu de confiance en soi lui revenait petit à petit de la constatation des difficultés vaincues et des résultats acquis. Un certain degré d'initiative apparaissait. En le pressant pendant qu'il s'habillait, en refusant obstinément de répondre aux questions manifestement inutiles, on put arriver à abréger notablement le temps consacré à la toilette et à diminuer la tendance aux interrogations, le besoin des réponses.

Sans entrer dans des détails fastidieux et d'ailleurs inutiles, nous dirons qu'au retour de ce voyage, après cinq mois de traitement, les parents et les amis de M... le trouvèrent transformé. Son allure même était plus assurée, il était beaucoup moins préoccupé de ses poches et de ses dents, il s'habillait plus vite. Il était redevenu capable de lire et de s'occuper utilement. Les obsessions et les bizarries n'avaient pas disparu,

non plus que le rabâchage, mais tous ces symptômes s'étaient atténués au point de permettre à M... de vivre presque de la vie de tout le monde.

Cette amélioration se maintient encore depuis trois ans environ. M... s'occupe de ses affaires, il gère ses propriétés, il reçoit et rend des visites, il voyage seul, etc. Enfin, bien que restant minutieux à l'excès et bizarre, il a retrouvé la possibilité, que sa maladie lui avait fait perdre, de vivre en société.

### OBSERVATION II.

**SOMMAIRE.** — Femme. — Antécédents héréditaires. — Début après vingt ans. — Émotivité, scrupules. — Panophobie, agoraphobie et claustrophobie. — Hésitation psychomotrice, aboulie. — Neurasthénie. — Obsession des chiens enragés. — Altération des mouvements et bizarrie des actes (délire du toucher). — Tentatives de suicide. — Aucun symptôme d'hystérie.

M<sup>me</sup> P..., âgée de trente-sept ans, célibataire, entre à la maison de santé de Vanves, le 17 novembre 1890. Elle est atteinte de « folie du doute et du toucher, avec crises de violence pendant lesquelles elles devient un danger pour elle-même (tentatives de suicide) et pour les autres ». — Dr P. Berbez.

Les renseignements sur l'hérédité sont incomplets ; mais ceux que nous possédonssont intéressants.

Le père était plus que bizarre. Quand le repas était servi à 6 h. 5 au lieu de 6 heures, il ne dinait pas. — Quand on pouvait, en se hâtant, arriver à la gare de façon à prendre un train, il refusait de marcher vite, décrétant qu'on *devait* manquer le train, etc., etc.

La mère est *migraineuse*.

M<sup>me</sup> P... a toujours été nerveuse, impressionnable, scrupuleuse, méticuleuse à l'excès. Il y a quelques années, elle est assaillie, un soir, dans la rue, par un chien qui la touche de ses pattes et la salit peut-être de sa bave, *mais sans la mordre*. Elle éprouve une vive frayeur, et s'imagine *que ce chien était enragé*. Cette idée s'impose, devient une obsession qui entraîne une foule de conséquences pratiques : M<sup>me</sup> P... ne veut plus toucher aux vêtements et au linge qu'elle portait à ce moment, ni à rien de ce qui a pu être en contact avec ces objets. Elle craint que le virus rabique n'ait souillé son logement ; il faut tout faire repeindre, boiseries et murs. Mais, alors, elle prétend

qu'on n'avait pas eu la précaution de faire exécuter, par d'autres ouvriers, un lavage préalable et que, par conséquent, le seul résultat obtenu a été d'étendre le virus partout ! Sa mère, qui vivait avec elle, en est réduite à se débarrasser du linge et à changer d'appartement.

Remarquons ici un fait assez particulier. Ce grave incident, qui va peser sur l'existence entière de la malade, ne détermine pas chez elle de l'antipathie pour les chiens en général, tant s'en faut ! Elle a un chien, Bijou, à qui elle a voué un attachement exagéré, — un véritable amour de vieille fille — qu'elle couvre de caresses, dont elle s'occupe sans cesse, au moins autant que de ses parents.

Cependant, l'état de M<sup>me</sup> P.... s'aggrave. En changeant d'appartement, elle n'a rien perdu de sa crainte des chiens enragés ni des préoccupations qu'ils lui causent. Le caractère et la santé s'altèrent. Son impressionnabilité naturelle devient excessive. Elle souffre et s'irrite de tout. Elle se plaint sans cesse de douleurs dans la tête et sur tous les points du corps. De véritables idées hypocondriaques se développent, accompagnées de crises de violence et de tentatives de suicide. Tout travail la fatigue. Craignant de ne pouvoir bientôt plus occuper son emploi dans une grande administration, ayant pris en grippe sa mère et tout son entourage, elle consent à entrer dans une maison de santé.

Nous constatons, en même temps que l'obsession et la crainte des chiens enragés, un sentiment de vacuité et de faiblesse cérébrales, avec céphalalgies fréquentes, une sensation d'an-goisse profonde dans les espaces ou très étendus (agoraphobie) ou très resserrés (claustrophobie) ; une très grande émotivité, des sensations douloureuses très mobiles sur tous les points du corps, presque constantes au niveau du crâne et du rachis, de l'insomnie, des troubles gastro-intestinaux, et un assez mauvais état physique. Bref, tous les symptômes d'une grave neuro-thénie psychique et somatique, avec des obsessions particulières.

Aucun trouble de la sensibilité périphérique, cutanée ou sensorielle. Pas d'altération de la motilité. — Menstruation régulière. Réflexes normaux. Aucun stigmate physique de dégénérescence. Pas de stigmates hystériques. Intelligente.

La malade parle très volontiers des nombreuses sensations pénibles qu'elle ressent. Elle ne fait aucune difficulté d'avouer qu'elle est fort impressionnable, qu'elle a une *maladie nerveuse* grave ; elle croit que le repos et l'isolement lui sont indispen-

sables, mais elle discute aigrement et *se fâche quand on fait seulement allusion aux suites de l'histoire du chien.* Sa conduite dans ces circonstances lui semble parfaitement raisonnable, et elle s'ingénie à la justifier.

Pendant les dix mois qu'elle a passés à Vanves, elle s'est montrée constamment préoccupée de sa santé, prenant mille précautions, en même temps qu'elle manifestait une grande défiance pour toute espèce de médicament, pour tout mode de traitement. Son caractère, d'une feinte douceur, était en réalité égoïste, acariâtre et violent. Indifférente, ou à peu près, pour sa mère, elle montrait une affection exagérée pour son chien Bijou ; ses lettres étaient remplies de recommandations et de tendresses pour lui. On le lui amenait de temps à autre, et elle le couvrait de caresses et de baisers.

La caractéristique de son état mental résidait dans la faiblesse et l'extrême lenteur de la volonté, unies à une émotivité excessive. Une nouvelle imprévue, même insignifiante, la bouleverse. Elle est absolument incapable de répondre à une question brusquement posée, de prendre rapidement une décision quelconque. Dans ces circonstances elle est comme effarée, piétine sur place et, finalement, ne peut aboutir ni à une parole, ni à un acte déterminés. Elle a l'horreur instinctive de tout changement, de toute nouveauté. Livrée à elle-même, elle ne procède que par *gradations successives et fractionnées*, par *lentes réflexions*, et le calme absolu lui est nécessaire. Elle éprouve le besoin de répéter et de faire répéter plusieurs fois la même chose ; ceci d'une façon très générale et sans qu'il y ait prédominance pour tel ou ordre d'idées.

Voici d'autres exemples : Quand sa mère vient la voir, elle doit se faire annoncer et les premières minutes se passent sans mot dire ; — ce qui, chacun le sait, n'est pas l'ordinaire des habitudes féminines. Il lui a fallu plusieurs semaines pour oser traverser le parc ; encore devait-on l'accompagner. A la suite de ses premiers efforts, elle était oppressée et fatiguée comme après une longue marche.

Le jour où elle a quitté la maison, elle a cru indispensable de se promener dans le parc, pendant deux ou trois heures, en se reposant de temps à autre, avec sa bonne, mais sans sa mère. Il ne s'agissait nullement pour elle de revoir une dernière fois les lieux qu'elle allait quitter, mais seulement, elle l'avouait, *d'assurer ses esprits, de se remettre d'aplomb.*

La même hésitation, la même lenteur se remarquaient dans

ses mouvements. Non seulement, elle éprouvait une grande répugnance à toucher un objet inconnu, surtout si la propreté en était douteuse, mais les mouvements les plus habituels s'exécutaient avec timidité. Elle retirait sa main presque aussitôt qu'elle l'avait avancée vers un objet, et cela à plusieurs reprises. Elle était très sobre de gestes. Elle marchait toujours lentement et avec de grandes précautions. Elle consacrait un très long temps à sa toilette, d'ailleurs des plus simples, recommandant plusieurs fois les mouvements nécessaires, etc.

Si on essayait de la forcer à agir dans un sens quelconque, on n'aboutissait qu'à augmenter le trouble cérébral, l'hésitation les sensations pénibles ; l'action devenait impossible, et le malaise se prolongeait pendant plusieurs heures ; l'angoisse n'est jamais allée, cependant, jusqu'à la syncope.

Nous n'avons remarqué chez elle ni abus des lavages, ni crainte spéciale soit des boutons de portes, soit des pièces de monnaie, soit des couteaux et des aiguilles, etc.

Nous avouons ne pas attacher une très grande importance aux tentatives de suicide qu'aurait faites M<sup>me</sup> P.... avant son entrée. S'il existe quelques exemples de suicide chez des malades de ce genre (en dehors des faits, bien entendu, où il y a *obsession suicide*), dans l'immense majorité des cas, le défaut d'énergie mentale rend ces tentatives puériles, elles n'aboutissent pas. L'observation I nous en a déjà fourni une preuve.

Notons, pour compléter ce que nous avons dit de l'état physique, une transpiration abondante, surtout à la paume des mains, toujours en moiteur ; — la lenteur des digestions et la constipation habituelle ; — des alternatives de rougeur et de pâleur à la face, sous l'influence de la plus légère émotion.

Cette malade a quitté la maison de Vanves à la fin de septembre 1891. Son état neurasthénique s'était légèrement amélioré sous l'influence du repos moral, de la vie au grand air, d'un régime tonique et d'une médication appropriée; mais rien n'était modifié dans les manifestations psychiques pures ni dans l'état des mouvements.

### OBSERVATION III.

SOMMAIRE. — Homme. — Début à la puberté. — Scrupules. — Emotivité. — Panophobie, topophobie, crainte des foules. — Hésitation psychomotrice, aboulie. — Neurasthénie. — Obsessions interrogatives et doute (poison, contagion). — Altération

des mouvements, bizarrerie des actes (délire du toucher). — Abus des lavages. — Hallucinations probables. — Impulsions. — Idées fixes. — Quelques idées de persécution. — Stigmates physiques de dégénérescence.

D..., âgé de vingt ans, né au Havre, a toujours été timide, craintif, scrupuleux, minutieux, *maniaque*. Depuis quelques années, ces tendances habituelles se sont développées et des troubles psychiques manifestes sont apparus, sous forme d'obsessions et d'impulsions. Il entre le 3 octobre 1890 à la maison de santé de Vanves.

Nous ne lui connaissons aucun antécédent héréditaire. Sa mère et son frère, que nous avons vu plusieurs fois, paraissent normaux. Mais ajoutons que l'enquête sur l'héritage n'a pu être sérieusement faite. Le certificat d'entrée mentionne « des idées de persécution, des scrupules, des doutes exagérés, de la perversion du toucher ».

D... est principalement obsédé par l'idée et la crainte du poison. Il en recherche les traces imaginaires sur ses mains, sur ses vêtements, sur ses livres, etc., et il procède à d'incessants lavages des mains. Le contact d'une substance inconnue, surtout d'*une poudre*, le plonge dans une inquiétude angoissante. Les moisissures vertes qui recouvrent les troncs d'arbres, s'il vient à les toucher, produisent le même effet.

Non content de redouter le poison pour lui-même, il vit dans la crainte perpétuelle de contaminer son entourage. Il a encore, mais à un degré moindre, la crainte obsédante du feu, de l'incendie.

La répétition mentale est incessante chez ce malade. Il éprouve aussi le besoin impérieux d'affirmations rassurantes, qu'il sollicite à chaque instant, son esprit ne pouvant se fixer dans la certitude.

Les obsessions surgissent d'ordinaire par bouffées, par véritables accès qui s'accompagnent d'anxiété et d'oppression.

D... ne semble pas impressionné par les boutons de porte, les pièces de monnaie, les épingles, les animaux, etc. Mais il est possible qu'une fréquentation plus intime et plus prolongée nous eût révélé l'existence d'un certain nombre de ces bizarries. Peut-être le sens de ces obsessions prédominantes a-t-il été déterminé chez D.. par ses occupations habituelles ; il est, en effet, élève en pharmacie.

Il a conscience de l'absurdité de ses craintes, *mais jusqu'à un*

*certain point seulement*; par exemple, il insiste pour savoir si telle ou telle substance, qu'il a touchée, peut vraiment être toxique; il demande avec inquiétude si les effets du poison peuvent rester latents pendant plusieurs jours et se manifester ensuite, etc. Par ce caractère de conscience incomplète, l'obsession tend vers l'*idée fixe*.

Outre les obsessions, D... présente encore des impulsions, dont certaines sont vraiment irrésistibles : impulsion à se laver les mains, à cracher, à faire certains gestes, à prononcer certaines paroles, à se lever la nuit pour cracher à tel ou tel endroit ou se livrer à quelque autre action bizarre. L'impulsion résulte habituellement d'*une idée subite* très vive, à ce point qu'elle s'*objective presque*, qu'elle ressemble à une hallucination : « Je me figure, par exemple, dit le malade, que quelqu'un m'ordonne de cracher, de me laver, de quitter mon lit, que si je résiste, il m'arrivera malheur. C'est stupide, je sais bien que cet ordre personne ne me l'a donné, mais je l'exécute malgré moi. » Il semble certain, d'après les renseignements qui nous sont fournis par son frère, étudiant en médecine, que D... a eu de véritables hallucinations.

Les impulsions peuvent naître également à l'occasion d'une circonstance extérieure, toute fortuite. Ce ne sont ni les moins graves, ni les moins inquiétantes. Nous citerons celle-ci, entre autres : Un jour, D... eut un violent accès de colère, avec impulsion au meurtre contre son domestique qui, par ordre, lui avait enlevé sa cuvette.

Les divers troubles que nous venons d'énumérer chez D... reposent sur un fonds de déséquilibration psychosomatique et d'émotivité extrêmes. Très timide, il se trouve mal à l'aise dans les foules, croit que l'on s'occupe de lui avec malveillance ; parfois il a peur même des arbres du parc. Nous attribuons à ce même état général sa continence exagérée, son appréhension de tout ce qui lui est peu familier.

La musique l'émeut outre mesure, elle l'attriste et le fait pleurer. Aussi a-t-il renoncé au piano qu'il aimait beaucoup jadis. L'attention volontaire, même très peu soutenue, est impossible. D... ne peut même plus lire. Très irritable avec cela, il a d'assez fréquents accès de violente colère, qui s'accompagnent d'impulsions dangereuses ; nous en avons donné ci-dessus un exemple.

Tous ses mouvements sont lents, incertains, fractionnés.  
Comme il les recommence indéfiniment, il est devenu incapable

de toute occupation suivie; il met tous les jours plus de deux heures à s'habiller, ôtant et remettant chaque pièce de son vêtement, se lavant les mains vingt fois, trente fois. Ses doigts se crispent dans de véritables spasmes qui rendent les mouvements presque impossibles. Il faut le presser, le bousculer pour qu'il en finisse. Alors il est extrêmement troublé, et il ne revient à son état relativement normal qu'après un assez long temps; D'une intelligence convenable, D... est très malheureux de son état, qu'il déplore amèrement dans ses périodes de calme. Au moment de ses accès, sa physionomie est tout à fait stupide.

**ETAT PHYSIQUE.** — D... présente de l'asymétrie et des malformations crano-faciales : déviation d'un côté de la face, voûte palatine ogivale, dents mal plantées, lèvre inférieure pendante.

On observe chez lui des tendances congestives, avec bouffées de chaleur et rougeur de la peau, principalement vers la tête. Il se couvre très peu et reste tête nue au dehors par les plus grands froids. La paume des mains est presque constamment moite. Ces symptômes sont plus marqués après les repas.

Sensations douloureuses de vide, de ballottement dans le crâne, et surtout au moment des crises. Insomnies fréquentes.

Digestions lentes, ballonnement, renvois, pyrosis. Constipation habituelle.

Sensibilité normale.

D... a quitté la maison de santé, après deux mois de séjour, sans amélioration bien appréciable, sauf en ce qui concerne l'appétit et le sommeil, devenus meilleurs.

(A suivre.)

---

---

## Établissements d'aliénés.

---

DU

# PATRONAGE DES ALIÉNÉS

**Par le Dr Ernest CHAMBARD**

Ancien interne des hôpitaux de Paris,  
Médecin directeur des asiles publics d'aliénés.

---

### I

Il n'existe encore pour les aliénés aucun milieu entre l'internement avec toutes ses rigueurs et la liberté sans appui et sans contrôle. Que l'aliéné soit radicalement guéri d'un accès de folie passagère ou que l'amélioration survenue dans son état ne soit que l'atténuation d'accidents entés sur une diathèse psychopathique constitutionnelle ; qu'il s'agisse d'un brave ouvrier surpris par l'alcool ou d'un de ces dégénérés débiles, proie assurée de tous les entraînements et de tous les délires ; qu'il ait passé à l'asile la quinzaine d'observation de rigueur ou y ait vécu des années ; qu'il doive trouver, à sa sortie, des camarades, un atelier, une famille heureuse de revoir son chef ou la solitude, l'abandon et les siens dispersés ou misérables, l'administration, dès que le médecin l'a déclaré, « actuellement inoffensif pour l'ordre et la sécurité publiques », lui donne son maigre pécule, lui ouvre la porte et ne le connaît plus. Cette grave mesure de la mise en liberté d'un aliéné, dont je

me suis efforcé déjà de montrer les difficultés (1), l'administration la prend sans enquête sur le passé du malade, sans données sur son avenir et, si elle consulte son médecin, c'est moins pour lui demander jusqu'à quel point le malade est guéri, quelles sont ses chances de récidive, quelles seront ses ressources et ses armes dans la mêlée des compétitions et des intérêts, quelles mesures d'assistance et de surveillance commanderaient encore son état, que pour observer la loi et mettre à couvert sa responsabilité. Aussi voit-on beaucoup d'aliénés, aussi imprudemment mis en liberté, traîner une existence miserable, finir par le suicide, se livrer à de graves attentats contre la pudeur, l'honneur, la vie des citoyens ou, récidivistes de la folie, hanter les asiles au grand détriment des finances départementales ainsi que des malades curables qu'ils renferment et les médecins de ces établissements, eux-mêmes, hésiter à demander la sortie de ceux de leurs pensionnaires qu'ils savent incapables de se conduire, de subvenir à leurs besoins, de supporter les causes de récidive auxquelles ils seront exposés et provoquer leur maintenue en les déclarant, grâce à une large interprétation d'une disposition légale, heureusement fort élastique, dangereux tout au moins pour l'ordre public.

De tout temps, cependant, les médecins aliénistes et ceux qui, par profession ou par goût, s'intéressent au sort des aliénés, se sont préoccupés de cette situation. Dans un mémoire lu en 1842 au congrès scientifique de Strasbourg, David-Richard, alors médecin-directeur de l'asile public de Stephansfeld, avait engagé les membres du congrès à demander au gouvernement d'instituer pour les aliénés indigents sortis des asiles, des sociétés

---

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

de patronage analogues à celles qui s'étaient formées en faveur des prisonniers libérés. Cet appel fut entendu : en 1843, Baillarger et, peu après, Falret père organisaient pour les aliénés indigents sortis convalescents de la Salpêtrière et de Bicêtre deux sociétés de patronage bientôt fondues en une seule qui fut reconnue d'utilité publique par un décret du 16 mars 1849. Plus tard, en 1848, le département de la Meurthe entra dans la même voie en fondant une société de patronage, non seulement pour les malades de Maréville, mais encore pour les orphelins, les sourds-muets, les enfants trouvés et les aveugles (1).

En 1889 et 1890, enfin, Baume, directeur-médecin de l'asile de Quimper, proposa à M. Le Gay, préfet du Finistère, et obtint du conseil général la création d'une société analogue dont j'exposerai plus loin le programme et qui fonctionne encore aujourd'hui (2).

La question des sociétés de patronage fut reprise dans le cours de ces dernières années à propos des discussions auxquelles donnèrent lieu les différents projets de lois appelés à remplacer la loi du 30 juin 1838 et dans sa session de juin 1891, le Conseil supérieur de l'Assistance publique vota, sur le rapport de M. Bourneville, les résolutions suivantes :

RÉSOLUTIONS VOTÉES PAR LE CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE AU SUJET DE LA CRÉATION DE SOCIÉTÉS DE PATRONAGE POUR LES ALIÉNÉS SOR-TANT DES ASILES. (*Sesssion de juin 1891.*)

I. — Le Conseil émet le vœu qu'il existe dans chaque département une ou plusieurs sociétés de patronage

(1) Constans, Lunier et Dumesnil. *Rapport général à M. le ministre de l'intérieur sur le service des aliénés en 1874* (Rapport des inspecteurs généraux). Imprimerie Nationale, 1874.

(2) Baume. Projet d'une société de patronage pour les aliénés indigents du Finistère. *Annales médico-psychologiques*, 1882.

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 où guéris par les moyens suivants : secours en argent, en linge, en vêtements, outils (ces secours pourront être hebdomadaires, mensuels, trimestriels) ; dégagements d'objets mis aux Mont-de-Piété ; paiement de loyers ; placements des malades dans les 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, 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 (1).

Bientôt après, conformément au vœu exprimé par le Conseil supérieur de l'Assistance publique, M. le ministre de l'Intérieur adressa aux préfets une circulaire (2) dans laquelle, après avoir recommandé à leur attention le programme que l'on vient de lire, il les priait d'étudier les éléments d'organisation, les ressources particulières que pouvait offrir à sa réalisation leur département, ainsi que les causes spéciales d'insuccès que celle-ci était exposée à y rencontrer. Invité par M. le préfet du Cher

(1) Conseil supérieur de l'Assistance publique. Session de juin 1891, fascicule n° 36, 1892.

(2) Circulaire ministérielle du 9 février 1892.

à donner mon avis sur cette question, je lui adressai un Rapport qui a servi de base au travail que je soumets aujourd'hui aux lecteurs de ce Recueil.

## II

Étranger au département du Cher, il m'était difficile de renseigner l'administration sur les éléments d'organisation et de succès qu'y pouvait rencontrer le projet du Conseil supérieur ; mais, connaissant un peu les hommes en général et les aliénés en particulier, il devait m'être plus aisé de prévoir les obstacles qu'un projet de cette nature pouvait avoir à combattre non seulement dans ce département mais partout ailleurs. Ces obstacles sont de trois ordres : les uns résident dans le recrutement des sociétés de patronage ; les autres dans le caractère des patronnés ; d'autres, enfin, dans le mode même de patronage qui semble avoir été définitivement adopté par cette assemblée consultative.

I. — Nul doute qu'on ne recrute aisément les éléments directeurs des sociétés de patronage. Sans compter les hommes à qui leur situation politique ou leurs attaches avec l'administration feront un devoir ou une quasi-obligation de prêter leur concours à cette œuvre, il ne manquera pas de gens désireux de se mettre en avant et de se ménager, au prix d'un léger sacrifice de temps et d'activité, l'espoir de distinctions honorifiques et la considération de leurs concitoyens. C'est ainsi que se forment les commissions de surveillance, les comités consultatifs et autres corps analogues. Mais le recrutement du personnel payant, indispensable pourtant au service d'une œuvre dont le moyen d'action est, avant tout, l'argent, offrira peut-être plus de difficultés. La province est peu généreuse et ce n'est guère qu'à Paris, dans quelques grandes villes et dans de rares milieux sociaux, que

les capitaux se mettent au service d'une institution charitable et d'une idée généreuse. Je n'en veux pour preuve que la rareté des sociétés de patronage en France, bien que l'idée qui leur a donné naissance ne soit pas neuve, et ce fait que la société privée fondée, à Paris même, par Falret père, n'a pu vivre que grâce aux libéralités de l'Assistance publique de cette ville, du Conseil général de la Seine et du ministère de l'intérieur (1).

II. — D'autres causes d'insuccès viendront des patronnés eux-mêmes. Ils accepteront sans doute, sinon avec reconnaissance, — vertu, qui rare partout aujourd'hui, comme toutes les vertus, est un mythe chez les aliénés, — du moins avec empressement, les secours en argent, linge, vêtements, instruments de travail que la Société voudra bien leur accorder, voire même le paiement de leur loyer et le dégagement des objets qu'ils auront mis au Mont-de-Piété ; mais ce serait mal connaître les aliénés, gens éminemment ingrats, imprévoyants et présomptueux, dénués, du reste, de toute conscience de leur infériorité mentale et sociale, que de croire la plupart d'entre eux disposés à supporter patiemment la surveillance que l'article II du programme du Conseil supérieur leur promet.

Ils se refuseront à être ainsi tenus en tutelle, se plaindront du tort que cette mesure leur fera dans l'esprit de leurs patrons et de leurs camarades et, s'ils ne parviennent pas à décourager leurs bienfaiteurs, tenteront de se soustraire, en disparaissant, à une aussi gênante sollicitude. Il faudrait, tout au moins, que cette surveillance qu'ils repousseront, une disposition légale permet de la leur imposer.

III. — Restent, enfin, les causes d'insuccès liées au

(1) Bourneville. *Conseil supérieur de l'Assistance publique*, fasc. 36, p. 121.

programme même des sociétés de patronage. Elles viendront pécuniairement en aide aux aliénés libérés : il faudra, pour cela, beaucoup d'argent et la question est de savoir si la dépense sera couverte par les cotisations et les dons des sociétaires (1).

Elles se proposent aussi de les placer provisoirement dans des « asiles de convalescence, des cottages et des hospices », qui, sauf les hospices, n'existent encore que sur le papier (2) et que leurs modiques ressources ne leur permettront pas, à coup sûr, d'édifier. Quant aux départements, ils auront déjà fort à faire pour créer, conformément à l'esprit de la loi nouvelle, les asiles qui leur manquent, pour mettre ceux qu'ils possèdent déjà au niveau des exigences de la science et de l'hygiène hospitalière modernes, et l'on ne voit guère en France, comme en Angleterre, aux États-Unis et même en Grèce, de riches particuliers consacrer leur fortune à la création d'établissements d'instruction et d'assistance publiques.

Les sociétés de patronage se proposent, enfin, de placer définitivement leurs protégés dans des ateliers, des maisons de commerce, des établissements agricoles et de les y surveiller. Il faudra, pour faire accepter une telle combinaison aux chefs de ces établissements, vaincre non seulement la routine, l'inertie, l'horreur

(1) Les ressources des sociétés de patronage seront les suivantes : 1<sup>e</sup> cotisation des membres de différentes catégories composant la société ; 2<sup>e</sup> subventions de l'État, des départements et des communes ; 3<sup>e</sup> dons et legs ; 4<sup>e</sup> loteries annuelles et bisannuelles avec lots provenant de la bienfaisance privée ou du travail des aliénés ; 5<sup>e</sup> participation occasionnelle des asiles par un prélèvement sur les bonis qu'ils ont réalisés (part du travail des aliénés).

(2) Depuis quelque temps, par suite d'un accord entre M. le Directeur de l'Assistance et de l'hygiène publiques, le Conseil général et la Commission de surveillance des asiles de la Seine, les aliénés sortant des asiles de ce département sont admis pour quelques jours, les hommes à la Maison de la rue de Charenton dépendant de l'asile de convalescence de Vincennes, les femmes à l'Asile-ouvroir municipal de la rue Fessard.

et la crainte de toute innovation si généraux en province surtout, mais encore, comme l'a dit M. Bourneville, « les préventions trop répandues auxquelles sont en butte les personnes ayant passé par un asile d'aliénés ».

Encore ces préventions ne sont-elles pas tout à fait injustifiées. Il règne, en ce moment, une tendance très respectable parce qu'elle est très humanitaire, mais peu conforme aux données de l'expérience, à insister sur le caractère purement hospitalier des asiles d'aliénés et à assimiler leurs pensionnaires à des malades ordinaires. Un certain nombre, sans doute, les aliénés par accident, guérissent radicalement et sans probabilité de récidive ; la démence en a rendu d'autres à peu près inoffensifs ; mais beaucoup, les aliénés constitutionnels qui sont, pour la plupart, des dégénérés et des héréditaires, ont été et seront toute leur vie, des déséquilibrés : leur guérison, plus apparente que réelle, n'est que l'atténuation ou la disparition momentanée d'accidents qui ont aggravé ou compliqué, à un moment donné, leur état mental originel et fondamental et nécessité leur séquestration dans un asile. Ce sont des malades, sans doute, les criminels de constitution en sont aussi, mais des malades encombrants, antisociaux, dangereux, toujours en imminence de récidive, qu'il est souvent nécessaire d'enfermer et dont il faut se défier toujours.

Or, si dans un asile d'aliénés bien tenu, parmi des centaines de malades soumis à un régime uniforme, soustraits à toute cause d'excitation, dirigés par un personnel qui les connaît et sait les prendre, sentant, d'ailleurs, la menace de la camisole de force et de la cellule, le Directeur a grand'peine à trouver, en dehors des idiots, des chroniques et des déments, plus ou moins inoffensifs, mais inaptes à tout travail sérieux, quelques aliénés à qui il puisse, sans trembler pour sa responsabilité, confier un outil ou accorder une liberté relative,

que sera-ce lorsque ces hommes se sentiront libres et seront soumis à toutes les causes d'excitation physiques, morales et toxiques, qu'ils sont moins que qui-conque en état de supporter et auxquelles ils ont dû les accidents qui ont déjà rendu leur irrervention nécessaire ? M. Bourneville, lui-même, a cité, devant le Conseil supérieur (1), plusieurs exemples des dangers qu'ont fait courir à leur entourage des aliénés assez améliorés pour qu'on ait cru pouvoir les autoriser à s'absenter de l'asile et à travailler au dehors.

Peut-être, cependant, quelques agriculteurs, industriels ou commerçants, séduits par la perspective de la main-d'œuvre à bon marché, tenteront-ils l'aventure et accepteront-ils des aliénés patronnés à condition de ne leur allouer qu'un minime salaire ? Mais ceux-ci, qui ne se croiront en rien inférieurs à leurs camarades, ne s'en contenteront pas toujours et ne tarderont pas à aller chercher ailleurs un traitement plus conforme à l'idée qu'ils se font de leurs capacités. Leurs parents, au besoin, les y pousseront : « Il m'est arrivé dans maintes circonstances, dit encore M. Bourneville, d'essayer de placer ces arriérés, ces faibles d'esprit. J'ai même réussi pour quelques-uns ; mais je n'ai pas le loisir d'aller les voir, de les encourager et d'engager les patrons à les conserver. J'hésite même à leur accorder la sortie, parce que les familles, voyant que leurs enfants ont appris un métier, s'imaginent qu'ils sont au même niveau qu'un aliéné ordinaire et se montrent très exigeants vis-à-vis des patrons et finalement ceux-ci sont obligés de les renvoyer. Il faut donc recommencer la première besogne (2). »

Pour résumer d'un mot mon opinion sur ce point, je dirai que si, connaissant les aliénés comme je les con-

(1) Bourneville. *Conseil supérieur de l'Assistance publique*, session de juin 1891, fasc. 36, p. 114.

(2) Bourneville. *Conseil supérieur*, fasc. 36, p. 114.

nais, avec leur instabilité, leur paresse, leurs préten-  
tions et leur incapacité, je me trouvais à la tête d'une  
exploitation industrielle, agricole ou commerciale, je  
croirais avoir tout avantage, tant au point de vue de la  
sécurité qu'à celui du rendement, à préférer de bons  
ouvriers ordinaires, sauf à les payer le double, à des alié-  
nés ou ex-aliénés patronnés, quelque assurance qu'on  
dût me donner de leur parfaite guérison.

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 fraction. Cette  
disposition adoptée sur la proposition de M. Napias (1)  
est fort sage, car tout aliéniste sait combien la plupart  
des malades, même guéris, sont peu aptes à gérer le  
plus mince capital ; mais est-elle bien légale (2) ? Ne  
peut-on craindre avec M. Regnard (3), qu'elle n'éloigne  
beaucoup d'ex-aliénés des sociétés de patronage ? Le  
médecin pourrait, ainsi que l'a suggéré M. Th. Rous-  
sel, ne déclarer l'aliéné guéri que s'il consentait à cet  
abandon (4) ; mais cette pression morale serait-elle bien  
légitime et le médecin serait-il tenu de se prêter à cette  
petite manœuvre et d'introduire dans son jugement un  
élément qui n'a rien de médical ?

Il est enfin une question que le Conseil supérieur de  
l'Assistance publique ne me semble pas avoir envisagée  
avec assez d'attention : c'est celle du Secret médical. La  
société de patronage ne saurait guère taire aux patrons  
les antécédents pathologiques de ses protégés sans com-  
mettre à leur égard une sorte d'abus de confiance et,

(1) Napias. *Conseil supérieur*, fasc. 36, p. 128 ; avis appuyé par  
MM. H. Monod et Briand.

(2) *Conseil supérieur*, fasc. 36, p. 128, avis de MM. Thulié et  
Brueyre.

(3) Regnard. *Conseil supérieur*, fasc. 36, p. 128.

(4) M. Th. Roussel. *Conseil supérieur*, fasc. 36, p. 129, avis  
conforme de M. Magnan.

d'ailleurs, son intervention seule suffirait à les éclairer à cet égard. Elle devra donc violer le principe du secret médical (1), et sans compter les poursuites auxquelles elle s'exposera de la part de ses patronnés, ne leur fera-t-elle pas plus de tort que de bien, au moins dans les centres peu importants où tout le monde se connaît, en dévoilant ainsi leur passé ? Le Conseil supérieur a conclu en laissant les sociétés maîtresses de leur conduite : C'est un avis peu compromettant, mais une garantie un peu aléatoire contre les revendications possibles des intéressés.

### III

Telles sont, si je ne me trompe, les difficultés pratiques que pourra rencontrer l'organisation des sociétés de patronage, telle que l'a esquissée, à la suite d'une discussion peut être un peu superficielle et théorique, le Conseil supérieur de l'Assistance publique. Est-ce à dire qu'elles soient insurmontables et qu'il faille renoncer à une institution excellente en soi ? Je ne le pense pas ; mais il importe d'étudier de plus près les conditions de succès de ces Sociétés et de ne pas attendre d'elles seules la découverte d'un mode de surveillance et d'assistance des aliénés, intermédiaire entre l'internement avec toutes ses rigueurs et la liberté sans contrôle, sans borne et sans appui.

Et d'abord, il faut, sur l'avis du médecin, appliquer aux aliénés en voie de guérison un *régime spécial de convalescence*. Point n'est besoin, pour cela, au moins dans les départements peu fortunés, d'édifier à grands frais des « cottages », des asiles spéciaux, ni même des

---

(1) *Conseil supérieur*, fasc. 36, p. 128, MM. Roussel, Napias, Monod, Regnard, Thulié, Brueyre, Magnan, Hameau.

quartiers d'asile, et surtout de compliquer par l'introduction de nouveaux éléments l'économie déjà suffisamment hétéroclite et défectueuse de beaucoup d'hospices de province : il suffit, dans l'asile même, d'accorder aux convalescents une demi-liberté, du travail, un pécule plus rémunérateur et des congés leur permettant de renouer avec leurs connaissances, de chercher de l'ouvrage et de reprendre l'habitude de la vie de famille ainsi que celle de la liberté. Cette augmentation de pécule aurait pour corollaires nécessaires une meilleure et plus large organisation du travail dans l'asile, organisation bien défectueuse dans certains établissements de second ordre, et un sacrifice pécuniaire qu'il faudrait demander, non au budget ordinaire de l'établissement souvent incapable de suffire à de pareilles largesses, mais à une subvention départementale ou communale et aux sociétés de patronage elles-mêmes. Il conviendrait aussi de ne pas rendre le médecin-directeur trop responsable des évasions et même des accidents plus graves qui pourraient se produire. Le régime de demi-liberté, que serait le régime de convalescence, comporte certains risques : en charger la responsabilité déjà si lourde et si fatigante du chef de l'établissement serait le rendre peu soucieux de relâcher en faveur des malades dont une pareille mesure pourrait cependant favoriser la guérison, la trame des règles de surveillance et de discipline d'où dépend la sécurité relative dont il jouit.

La période de convalescence, qui serait aussi une période d'observation, pendant laquelle on étudierait avec soin l'aptitude du malade à la liberté, étant écoulée, le médecin délivrerait à son pensionnaire un certificat de sortie dans lequel il ferait connaître au préfet non seulement son diagnostic, mais aussi et surtout son pronostic, c'est-à-dire les chances de rechute auxquelles le libéré lui paraît exposé, le régime physique

et moral qui lui serait le plus convenable, son plus ou moins d'aptitude à se diriger, à subvenir à ses besoins, à résister aux causes prévues de récidive et les mesures de patronage qu'il conviendrait de prendre à son égard.

Pour être sérieux et utile, ce certificat doit être, non une pièce administrative banale, mais un document médical ; non une tâche d'employé, mais une œuvre d'expert : il doit être justifié et libre. Il n'est justifié que s'il repose non seulement sur l'observation de l'aliéné pendant son séjour à l'asile, mais encore sur la connaissance de ses antécédents héréditaires et personnels, des internements et des condamnations qu'il peut avoir subis, du milieu dans lequel il a vécu et est encore appelé à vivre, des éléments d'une *Instruction psychiatrique* (1), en un mot, analogue à l'enquête à laquelle se livre la justice pour l'instruction des plus minces délits ; il n'est libre, que si celui qui le signe est maître de sa rédaction et n'est tenu, ni de le délivrer dans un délai donné ou, du moins, trop court, ni d'imposer à ses conclusions, même contre sa conscience, un caractère absolu et de résoudre, avec la rigueur apparente d'une opération algébrique, un problème dont les donnés lui font en partie défaut et dont, par la nature même des choses, la solution ne peut être, souvent, qu'approximative et conditionnelle.

L'aliéné guéri ou très amélioré sorti, c'est alors qu'interviendra le patronage. En quoi consistera-t-il ? c'est là le nœud et le point critique de la question, toute de pratique, qui m'occupe en ce moment.

Il me faut ici insister sur une distinction capitale qui domine la psychiatrie pratique, comme elle dominera la défense sociale lorsque les progrès de la Criminologie

(1) E. Chambard. De l'Instruction des affaires en médecine mentale. *Annales médico-psychologiques*, 1890.

positive auront assis le Code pénal sur des bases rationnelles (1). Comme les criminels, les aliénés se divisent pratiquement en deux grandes classes : les uns, quelque soit le masque de stupeur, de tristesse ou de fureur que le délire mette sur leur visage, ne diffèrent guère des autres hommes ; nous constatons, chez les autres, des caractères tant physiques que psychiques qui les rapprochent entre eux autant qu'ils les séparent du reste des humains. Ceux-ci procèdent de parents sains d'esprit ; leur conformation est normale ; leur existence, jusqu'au moment de leur séquestration inattendue ou jusqu'au début de l'affection qui l'a motivée, a été celle de tout le monde ; ils peuvent succomber à leur mal ou demeurer incurables, mais, s'ils guérissent, c'est intégralement et sans grande probabilité de récidive ; de retour au sein de la société, rien ne décèle l'atteinte passagère que leur intelligence a subie. Ceux-là, au contraire, sont entachés, dès leur naissance, d'une tare héréditaire, à moins qu'ils n'aient subi, de bonne heure, parfois même dans le sein maternel, les atteintes d'une lésion assez grave pour troubler ou arrêter l'évolution de leurs centres nerveux ; des vices de conformation, des troubles fonctionnels indélébiles les stigmatisent ; ils ont été toute leur vie débiles, bizarres, absurdes, impulsifs, subdélirants ; ils ont souffert de névroses diverses ; candidats patients à la folie, leur internement, depuis longtemps attendu, n'a surpris personne ; ils succombent rarement à l'affection mentale qui l'a rendu nécessaire, mais leur guérison, plus apparente que réelle, n'est que la disparition d'accidents épisodiques mettant à nu leur état physique fondamental et les laissant aussi prédisposés qu'auparavant,

---

(1) E. Chambard. La Zone mitoyenne médico-judiciaire. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1890.

plus même encore, à de nouvelles atteintes. Les premiers, déments par lésions organiques des centres nerveux, paralytiques généraux, intoxiqués, délirants chroniques, simples maniaques ou mélancoliques dont l'intelligence a fléchi sous un choc trop violent ou sous un poids trop lourd, sont des *aliénés par accident*. Les seconds, débiles persécutés ou alcooliques, intermittents, circulaires, raisonnants, etc., sont des *aliénés constitutionnels*, membres de la vaste famille des dégénérés, qui compte tant de types divers, depuis l'idiot le plus parfait jusqu'à l'imbécile de talent et au déséquilibré de génie.

Des aliénés de la première classe, ceux qui sont curables guérissent intégralement et peuvent rentrer dans la société ; mais un séjour plus ou moins long à l'asile leur a fait perdre l'habitude du travail, l'habileté et l'énergie nécessaires pour s'en procurer : ils trouvent souvent, en rentrant chez eux, leurs amis dispersés, leur famille à l'hôpital ou dans la misère. Il est juste et nécessaire de soutenir leurs premiers pas, de les remettre en train et c'est à quoi pourront s'employer les Sociétés de patronage : elles paieront leur loyer bien souvent en souffrance, dégageront leurs meubles, leur achèteront des outils, leur avanceront de l'argent et, sans les présenter directement aux patrons, ce qui entraînerait une violation du secret médical et leur ferait peut-être plus de tort que de bien, leur chercheront et leur indiqueront des places ; elles substitueront, en un mot, leur entremise charitable à la complaisance usuraire du Mont-de-Piété et à l'indigne exploitation du bureau de placement.

Quant à ceux des aliénés de la première classe qui, sans avoir besoin d'un internement rigoureux, ne deviennent inoffensifs qu'à la condition d'être soumis à une certaine surveillance et aux aliénés de la seconde qui ne sauraient, en pleine liberté, se conduire raisonnablement,

subvenir à leurs besoins et résister aux causes d'excitation qui les ont déjà amenés à l'asile, le mode de patronage qui leur convient est tout autre et c'est pour eux, à moins que leurs familles veuillent ou puissent s'en charger, qu'il faut instituer un mode d'assistance intermédiaire entre la séquestration et l'abandon.

Ce mode d'assistance implique l'octroi du maximum de liberté compatible avec une surveillance efficace et d'un pécule suffisamment rémunérateur. Il faut que des malades dont la séquestration sera peut-être perpétuelle, soient le moins possible privés des avantages et des douceurs de la vie familiale et sociale : à cet effet, ils jouiront dans l'enceinte de l'établissement de la plus grande liberté d'allures compatible avec le bon ordre, recevront les visites de leurs parents, obtiendront la permission de passer, de temps en temps, quelques heures au sein de leurs familles et même des congés plus ou moins longs, véritables essais d'une mise en liberté définitive ; mais aussi ces sorties et ces congés n'auront sur l'internement qu'un effet suspensif. Ceux qui les auront obtenus seront soumis, au dehors, à une certaine surveillance et, en cas de besoin, il sera pourvu à leur réintégration. Il faut aussi que des malades dont la séquestration plonge la famille dans la misère, puissent, s'ils sont aptes à un travail vraiment productif, recevoir, au lieu d'un misérable pécule, encore déterminé d'une manière assez arbitraire, un véritable salaire leur permettant, soit de soulager un peu les charges de leur famille, soit de se créer une petite masse destinée, en cas de sortie, à subvenir à leurs premiers besoins. Une telle organisation de l'assistance est pour la Société un devoir, surtout à l'égard de certains malades qui, pour être dangereux et avoir commis, sous l'influence de leurs conceptions déliantes, des actes irréparables, n'en sont pas moins intelligents, capables d'un travail sérieux et plus que beau-

coup d'autres, aptes à souffrir, pour eux et pour les leurs, de leur impuissance et de la perte de leur liberté.

Si la Société a le droit, au nom d'intérêts supérieurs, de les maintenir indéfiniment sous sa surveillance, elle a le devoir, en échange, de leur faire une existence supportable. Qu'on se figure, par exemple, la situation d'un épileptique, d'un persécuté, jeune, intelligent, actif, bon ouvrier, condamné pour avoir eu le malheur de commettre, dans un moment d'absence ou poussé à bout par des hallucinations, un meurtre dont il ne conserve, dans le premier cas, aucun souvenir, à errer toute sa vie parmi les furieux, les idiots et les déments entre les quatre murs d'un quartier de surveillance, alors qu'il sent à quelques pas de lui sa famille en proie aux tortures et aux suggestions de la faim ? C'est bien le moins que l'on crée pour ces malheureux, plus durement frappés comme malades qu'ils l'eussent été comme criminels, un régime tolérable et que, en échange de la liberté qu'elle est obligée de leur ravir, la société leur en accorde une pâle image avec les moyens d'améliorer, par le travail, leur propre sort et celui des leurs.

Ce régime mitigé en faveur de malades incomplètement guéris, incapables de vivre entièrement libres ou dangereux partout ailleurs que dans un asile, peut être réalisé de trois manières : par le placement chez des particuliers isolés, habitant près de l'asile et jouant, sous la surveillance administrative, le rôle d'infirmiers ou de gardiens, de nourriciers ; par l'internement dans un village, organisé sur le modèle des fameuses colonies de Gheel et de Lierneux et par le maintien dans un *Asile de travail*.

Je n'entreprendrai pas ici la critique de ces trois systèmes, qui exigerait de longs développements historiques, une description minutieuse, et une expérience ainsi que des données d'observation qui me font défaut.

Je marquerai cependant, avec A. Foville fils (1), ma préférence pour le troisième : celui d'asiles de travail annexés aux asiles de traitement et d'observation, c'est-à-dire, pour leur donner le nom que leur impose le trait principal de leur organisation, des *colonies agricoles*.

Je sais que dans beaucoup d'asiles publics et surtout privés le travail des aliénés est, autant dans leur intérêt que dans celui de l'établissement, aussi développé que possible et que certains possèdent des fermes et des exploitations agricoles parfaitement organisées. Je m'efforce moi-même, autant que le permettent les ressources fort limitées dont je dispose, de suivre cet exemple. Mais, pour répondre pleinement à leur but de patronage, les colonies agricoles, tout en étant voisines du chef-lieu de l'établissement manicomial et soumis à la même direction, doivent offrir à leurs pensionnaires un régime absolument distinct. Il faut que ceux-ci habitent complètement la colonie : dispensé d'allées et venues continues, le colon perd moins de temps et fait un travail meilleur ; séparé des aliénés sales, turbulents et indisciplinés, il jouit d'un calme propre à accroître ses chances de guérison et bénéficie du régime plus libéral, de la discipline plus souple que permet seul un milieu plus tranquille et plus raisonnable ; le passage de l'asile à la colonie est pour lui un puissant stimulant, un précieux encouragement, une récompense fort appréciée, comme la réintégration à l'asile une menace salutaire, une punition redoutée (2).

Ces colonies indépendantes existent, d'ailleurs, dans

(1) A. Foville. *Les aliénés. Etudes pratiques sur la législation et l'assistance qui leur sont applicables.* Paris, 1870.

(2) La préfecture de la Seine étudie, en ce moment, la création d'une colonie d'aliénés, selon le type de Gheel, dans un village du canton de Dun-sur-Auron (Cher) ; je doute fort du succès de cette tentative.

plusieurs asiles publics et privés. C'est sur ces bases qu'ont été fondées par les frères Labitte (1) les colonies de Fitz-James et de Villiers, annexées à l'asile de Clermont (Oise) et que Baume avait projeté celle de Kerbasquiou, près de Quimper. L'asile des hommes de la Gironde, situé à Cadillac-sur-Garonne, possède aussi sur la route de Branne, à deux kilomètres de l'établissement principal, une colonie viticole d'une trentaine d'hectares où demeurent de nombreux malades. Il ne manque à ces organisations qu'une direction exclusivement médicale, un système régulier de sorties et de congés et une majoration du pécule accordé aux aliénés travailleurs, pour que mes vues sur ce mode de patronage se trouvent à peu près réalisées.

On reprochera peut-être à ces vues de compliquer et de rendre plus onéreuse l'assistance des aliénés. Ce ne serait pas une objection dirimante, car il s'agit ici d'assistance et non de spéculation ; mais, bien compris, le système des colonies ou asiles de travail donnerait peut-être des résultats économiques tels que leurs dépenses d'organisation deviendraient non seulement nécessaires et justes, mais profitables. L'assistance manicomiale, telle qu'elle existe actuellement, pèche par un excès de simplicité et rappelle un peu trop la justice à la turque : la folie n'étant pas une, une méthode uniforme ne saurait suffire à guérir tous les aliénés, à les utiliser et à les mettre hors d'état de nuire.

---

(1) Gustave Labitte. *Des colonies de Fitz-James et de Villiers, succursales de l'Asile d'aliénés de Clermont (Oise)*, Paris, J. Ballière, 1861.

---

# SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

---

SÉANCE DU 25 AVRIL 1892

**Présidence de M. CHRISTIAN.**

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

M. le Président annonce la mort de M. le professeur Steenberg, directeur de l'Asile de Copenhague, membre associé étranger de la Société.

## *Correspondance et présentations d'ouvrages.*

La correspondance manuscrite comprend :

1<sup>o</sup> Une lettre de M. Roubinovitch, posant sa candidature au titre de membre correspondant. Commission : MM. Magnan, Briand et Marandon de Montyel, rapporteur.

2<sup>o</sup> Des lettres de remerciement de MM. les Dr Bonnet, nommé membre correspondant, Clemens Neisser et Pachoud, nommés associés étrangers.

3<sup>o</sup> Une lettre d'invitation au 3<sup>e</sup> Congrès d'anthropologie criminelle, de Bruxelles. MM. Magnan et Garnier sont délégués par la Société pour l'y représenter.

La correspondance imprimée comprend :

1<sup>o</sup> *Le Bulletin du manicomie privé Fleurent*, numéros de janvier et de février.

2<sup>o</sup> *L'automatisme ambulatoire chez les aliénés*, par Francesco Aerta.

3<sup>o</sup> *Annales de Psychiatrie et d'Hypnologie*, numéro d'avril.

4<sup>o</sup> *Revue d'Hypnotisme*, numéro d'avril.

*Rapport de candidature.*

M. MARANDON DE MONTYEL. — M. le Dr Boubila qui sollicite, messieurs, de votre bienveillance, le titre de membre correspondant de notre Société est, depuis longtemps déjà, très avantageusement connu de nous tous par ses intéressants travaux scientifiques. Tous, en effet, avec plaisir et profit, nous avons lu le récit attrayant et instructif de ses voyages dans les asiles de Norvège, de Suède et de Danemark, l'exposé rempli de faits de ses minutieuses et savantes recherches sur le méthylal dans l'insomnie des aliénés, ainsi que sur le chlorure d'or et de sodium dans la paralysie générale progressive.

Nous devons à notre confrère une description complète des établissements de Gaustad à Christiania, de Condradsberg à Stockholm, de Saint-Jean à Roskilde, l'ancienne capitale du Danemark, et enfin du quartier de l'hôpital général de Copenhague, réservé à la clinique des maladies mentales. M. Boubila nous apprend que dans ces asiles, le non contraint est poussé si loin que, pour maintenir les agités dans les baignoires, on n'emploie que la persuasion ; aussi, rarement obtient-on d'eux qu'ils y restent plus d'une heure, résultat que pour ma part je trouve déjà merveilleux et qui me laisse indécis sur ce que je dois le plus admirer, de la docilité des maniaques de ces pays, ou de l'énorme ascendant moral exercé par les gardiens. Les bains prolongés avec contrainte sont absolument proscrits. Notre collègue nous apprend aussi que là, non seulement les deux sexes sont souvent réunis sans inconvénients pour des bals et autres distractions, ainsi que cela se pratique dans quelques-unes de nos maisons, mais encore qu'un personnel féminin est attaché au service des hommes. Pour le coup, il ne saurait être douteux que les mœurs des aliénés du Nord diffèrent de celles des nôtres ; car je doute que chez nous, surtout dans la région où exerce notre confrère, un tel mélange des sexes dans les quartiers fût sans dangers. Pour moi, qui ai résidé dans cinq asiles du Midi, j'ai constaté partout une telle effervescence érotique dans les divisions d'hommes, que si cette innovation

s'implantait dans notre pays, je ne saurais conseiller aux mères de choisir ces postes pour leurs fils et encore moins aux maris pour leurs épouses. Ce n'est donc pas exclusivement une aride description des lieux que nous donne M. Boubila, mais il nous montre les établissements étrangers qu'il décrit, en pleine vie, avec leur population spéciale, leurs us et coutumes, leurs moyens hygiéniques et thérapeutiques. Notre distingué confrère nous a ainsi fourni une description animée et des notions aussi exactes qu'utiles sur ces hôpitaux si éloignés, que privilégiés sont ceux qui ont occasion de les visiter. Aussi le gouvernement danois n'a-t-il fait que rendre un juste hommage à son mérite et à sa sincérité en le nommant, à propos de ce voyage scientifique, chevalier de Saint-Eustaphe.

Avancer que la thérapie mentale, en dehors de l'hygiène et de l'hydrothérapie, est la chose la plus négligée dans les services d'aliénés, serait répéter une vérité devenue banale à force d'avoir été dite et redite, qui néanmoins existe toujours et existera, je crois, tant qu'il y aura des asiles-casernes. M. Boubila n'est que plus à louer d'avoir rompu avec ces habitudes traditionnelles et de chercher les moyens de traiter avec efficacité les personnes confiées à ses soins. Tous ses travaux ont, en effet, pour objet, la thérapie. Tout d'abord c'est le méthylal qu'il essaie pour triompher de l'insomnie de ses malades et il en obtient de bons résultats dans la hypomanie à toutes les phases de son évolution, dans la période dépressive de la folie circulaire, dans la manie en voie déjà de développement ou de terminaison, dans l'agitation épileptique, mais surtout dans la paralysie générale et plus particulièrement dans la sénilité. J'ai expérimenté de mon côté cet hypnotique sur quarante et un de mes malades de toutes catégories et je n'ai pas précisément obtenu à Ville-Evrard les mêmes heureux effets constatés à Marseille; mais j'ai un service d'hommes, tandis que M. Boubila a un service de femmes, et j'ai noté cette intéressante particularité que M. Mairet qui a, lui, un service mixte, a rapporté à propos de cette substance employée par lui, une très longue série d'observations qui, si on les classe par sexe au lieu de les considérer en bloc, fournissent pour le

mASCULIN une proportion défavorable de 54.50 p. 100 et favorable au contraire pour la femme de 86.67 p. 100, ce qui confirmerait absolument les constatations de M. Boubila dans son service de femmes. Le méthylal, remède galant, réserveraient toute son efficacité pour les dames.

Notre collègue s'est ensuite attaqué à cette redoutable affection qui s'appelle la paralysie générale et dont l'incurabilité est à ce point un dogme pour beaucoup, qu'ils n'hésitent pas, quand par hasard un malade guérit, à affirmer une erreur de diagnostic, même si ce diagnostic a été fait par eux. M. Boubila a employé contre elle, et non sans un certain succès, à en juger par les observations qu'il rapporte, le chlorure d'or et de sodium. Il a été amené à essayer ce médicament, peu usité de nos jours, par la théorie syphilitique, si on peut ainsi dire, de la maladie, laquelle pourtant résiste au traitement classique du mal vénérien. Il s'est demandé si le vieux remède de Chrétien qui prétendait réussir avec, là où les mercuriaux et les iodures avaient échoué, ne fournit pas quelques résultats. Ceux qu'il a obtenus, communiqués dans leur ensemble au congrès de Lyon et récemment publiés en détail avec vingt et un faits à l'appui, sont des plus encourageants. Aussi, dès juillet dernier, ai-je immédiatement prescrit le chlorure d'or et de sodium dans les conditions indiquées par notre collègue à cinquante paralytiques de mon service, syphilitiques avérés pour la plupart et dont je suis attentivement l'évolution du mal. A l'avenir de nous apporter une conviction dans un sens ou dans un autre.

Certes, messieurs, un tel bagage scientifique autorisait largement M. Boubila, que M. le ministre de l'instruction publique nommait, en juillet dernier, officier d'académie, à solliciter de vous le titre de membre correspondant. Notre collègue de Marseille ne l'a pourtant pas jugé suffisant, et, à l'appui de sa candidature, il a envoyé la relation d'un cas des plus curieux, d'une haute portée pratique, que j'aurais été heureux de vous communiquer en son nom, à la dernière séance, si votre ordre du jour très chargé me l'avait permis. Voici le fait: Une petite fille de six ans, qui jusqu'alors s'était régulièrement développée, tomba d'une escarpolette lan-

cée à toute volée d'une hauteur de 5 mètres et sa tête porta sur une grosse pierre. A partir de ce moment l'enfant est fantasque, indisciplinée, irritable, inapte à tout travail suivi ; elle a en outre des crises nerveuses. Elle grandit et devient jeune fille et le même état se maintient ou plutôt s'aggrave ; elle ne peut occuper une place ; elle est congédiée de partout pour incapacité, paresse et emportement. Enfin, à vingt-trois ans, elle entre à l'asile Saint-Pierre, le 22 juin 1883, pour débilité mentale avec hallucinations de la vue et de l'ouïe et impulsion irrésistible à être nuisible aussi bien à elle-même qu'aux autres. Dans l'établissement, quelques semaines après son admission, elle a une grande attaque d'épilepsie suivie d'une très violente agitation et d'une très sérieuse tentative de suicide par strangulation. Un examen approfondi de la tête, opéré alors par M. Boubila, lui montre un enfoncement de 1 centimètre de profondeur environ, assez régulièrement circulaire, d'à peu près 4 centimètres de diamètre, siégeant à l'angle postéro-supérieur du pariétal gauche, mais intéressant un peu les sutures occipito-pariétaire et bi-pariétaire, avec intégrité des téguments. A ce moment seulement la mère, pressée de questions par notre collègue, finit par se souvenir de la chute dont nous avons parlé, et par en faire le récit. Un chirurgien de Marseille, jouissant d'une réputation méritée et d'une légitime autorité, est consulté par notre confrère ; il confirme le diagnostic d'épilepsie traumatique avec troubles intellectuels, mais il recule devant une opération. La malade reste en conséquence à l'asile dans la même situation jusqu'au 1<sup>er</sup> juillet 1891. Elle a, durant ce long temps, à défaut de grandes attaques, de nombreux vertiges épileptiques, déterminant des impulsions violentes qui la rendent un danger permanent pour son entourage et pour elle-même. A la date sus-indiquée, le traumatisme crânien datait de vingt-cinq ans, et l'isolement à Saint-Pierre, de huit ans ; pourtant M. le Dr Pantaloni, major de l'hôpital de la Conception, qui met au service des aliénés de l'asile ses brillantes qualités chirurgicales et son grand savoir avec un empressement et un désintéressement qui font de lui un vrai bienfaiteur pour ces infortunés, M. le Dr Pantaloni eut foi dans le succès d'une opération ; le 1<sup>er</sup> juillet

1891, il trépana au siège de la blessure. Les seules lésions observées au cours du trépan furent un épaississement et une dureté extrême de la table interne avec disparition à peu près complète du diploé ; à la dépression externe correspondait, par suite, une bosse d'égale dimension comprimant le cerveau. Or, messieurs, la convalescence mentale suivit de près la guérison physique de l'opération, guérison survenue rapidement sans complication, même sans réaction fébrile, résultat dû tout à la fois à l'habileté de l'opérateur et à l'observation rigoureuse de toutes les règles de l'antisepsie. Dès la fin de juillet, un mois après par conséquent, changement dans les gestes, l'attitude, la conduite de la malade qui, devenue modeste, déférente et reconnaissante, remercie les médecins, s'occupe et secourt ses compagnes, dont jadis elle était l'effroi ; elle supporte même leurs violences avec une résignation qu'elle se plaît à faire constater. Les vertiges épileptiques ont disparu.

Cette évolution en bien a été lente mais continue ; six mois après, en janvier de cette année, après quelques permissions d'une demi-journée, un congé de trente jours est accordé et est suivi à son expiration d'une sortie définitive, car la conduite de la malade au dehors n'a rien laissé à désirer. Jusqu'à ce jour, messieurs, cette extraordinaire guérison s'est maintenue. Les faits parlent trop d'eux-mêmes pour qu'il soit nécessaire d'insister sur le haut intérêt et l'importance pratique de ce cas, dont on ne saurait trop féliciter et M. Boubila et M. Pantaloni.

Je viens, messieurs, de vous montrer le savant distingué qu'est notre collègue du service des femmes de l'asile Saint-Pierre, il est juste de dire un mot du médecin dévoué aux aliénés et attaché à ses devoirs. Après avoir été interne à Avignon, successivement médecin-adjoint à Armentières et à Prémontré, M. le Dr Boubila m'a succédé à Marseille quand, en 1882, grenouille voulant devenir aussi grosse qu'un bœuf, j'eus la sotte ambition disproportionnée à mes faibles forces de m'élever jusqu'à la haute dignité des fonctions administratives. Mieux inspiré que moi, nullement attiré par cette sirène à queue bifurquée qui s'appelle la « Réunion des services », M. Boubila est resté exclusivement médecin ;

ANN. MÉD.-PSYCH., 7<sup>e</sup> série, t. XVI. Juillet 1892. 8. 8

il est demeuré fidèle au poste charmant qui lui est échu, poste que je lui souhaite d'occuper longtemps encore, moins pour sa satisfaction personnelle que dans l'intérêt de ses malades dont un grand nombre furent jadis les miens et qui perdraient beaucoup en le perdant; car, depuis dix ans, aux jours de tranquillité comme durant les deux rudes épidémies de choléra et les deux non moins rudes épidémies de variole, il leur a donné à toute heure la preuve que son cœur est aussi haut placé que son esprit, aussi la médaille d'or de première classe que lui a décerné le ministère de l'intérieur ne fut que la légitime récompense de son zèle et de son dévouement.

Messieurs, j'ai fini, car j'aurai tout dit quand j'aurai ajouté que, savant distingué, médecin dévoué, M. Boubila est encore un frère aussi sûr qu'aimable. Guéri de mes ambitions directoriales en 1887 et de retour, comme médecin en chef à Marseille, où je suis appelé sans doute à retourner une troisième fois en cette qualité, s'il est vrai que même les plus inconstants et les plus volages reviennent toujours à leurs premières amours, j'ai pu apprécier, durant toute une année, la franchise et la cordialité du caractère de notre collègue. Vous voyez, messieurs, qu'à tous les titres, M. Boubila devrait être depuis longtemps des nôtres et si vous aviez un reproche à lui adresser, ce serait d'avoir tant tardé, par modestie, à solliciter parmi nous une place que vous vous empresserez aujourd'hui, j'en suis certain, de lui faire grande.

Conformément aux conclusions de ce rapport, M. Boubila est élu, à l'unanimité, membre correspondant.

*Hallucinations persistantes de la vue chez un dément, provoquées et entretenues par une tumeur de la glande pituitaire non soupçonnée pendant la vie et comprimant les nerfs optiques.*

M. CHRISTIAN. — Messieurs, je viens de perdre un malade qui est resté cinq ans dans mon service. Certains symptômes qu'il a présentés pendant la vie, les lésions que nous avons trouvées à l'autopsie, m'ont paru offrir

un intérêt suffisant pour que je vienne en entretenir la Société.

M. X... était employé dans une des grandes Banques de Paris ; il y occupait un poste très important, et qui l'astreignait à un travail assidu. Marié, père de famille, il menait une existence très régulière. Son seul plaisir était de passer les soirées au café, mais il n'a jamais fait aucun excès alcoolique.

En 1885, il perdit sa femme, et c'est à partir de ce moment que son entourage constata une modification progressive dans son état mental ; l'intelligence baissait, le travail devenait difficile ; M. X... dut prendre sa retraite.

A ces renseignements sommaires se borne ce que j'ai pu apprendre sur les débuts de l'affection mentale. Il ne paraît exister aucune hérédité.

Les symptômes s'accentuèrent peu à peu ; M. X... eut des insomnies, des hallucinations ; il crut qu'on voulait le voler, l'assassiner. Se levant la nuit, il courait dans la maison, il réveillait le concierge et les autres locataires, leur demandait de le protéger contre les malfaiteurs qui avaient envahi son domicile. Y eut-il à cette époque des accidents congestifs ? Cela est probable. Toujours est-il que l'agitation devint de plus en plus intense, et M. X... fut placé à Charenton au mois de mars 1887 ; il y avait, au dire de la famille, à peu près dix-huit mois que l'on s'était aperçu des premiers symptômes.

Au moment de son entrée, le malade avait cinquante-neuf ans ; c'était un vieillard affaibli, presque complètement paralysé des jambes. Pendant les cinq ans que je l'ai observé, sa vie a été celle d'un dément réduit à une existence végétative, passant de son lit à son fauteuil, et restant couché le plus qu'il pouvait. Jamais il n'est resté levé plus de cinq à six heures par jour.

Des incidents pathologiques variés, auxquels le malade échappa, survinrent dans cette période. En 1889, il eut des hémostyses formidables, dont je ne pus deviner la cause, car, ni avant ni après, je ne découvris aucune altération dans les poumons, ni au cœur. A plusieurs reprises, et pendant des semaines, il eut des troubles gastriques, caractérisés surtout par des vomissements après le repas : tout finissait par rentrer dans l'ordre, et sans traitement, car le malade n'a jamais consenti à en suivre aucun. Enfin, je signalerai encore de fréquentes éruptions érythémateuses aux cuisses, au dos, très douloureuses, provoquées sans doute par le séjour prolongé au lit.

Mais je tiens surtout à appeler votre attention sur un symptôme, qui, apparu dès le début de la maladie, persista sans interruption ni modification jusqu'à la fin, ce furent les hallucinations de la vue.

Tous les matins, à la visite, M. X... nous faisait le récit de ses tribulations de la nuit précédente. Des hommes, des femmes en nombre plus ou moins considérable, il y en avait quelquefois jusqu'à trente, avaient pénétré dans sa chambre, s'y étaient installés, et n'étaient partis qu'au jour levant. Tantôt ces hommes et ces femmes se livraient à des actes obscènes, qu'il nous décrivait dans un langage absolument réaliste; tantôt ils se bornaient à s'installer dans son fauteuil, à sa table, devant son lit. Jamais ces personnages n'ont parlé; il n'y a donc jamais eu d'hallucinations de l'ouïe. Mais le malade était absolument convaincu qu'ils venaient pour lui faire du mal, et il avait les craintes les plus absurdes: on devait le prendre dans son lit et le porter dans la Marne; ou bien il était destiné à être mis dans une affreuse machine où il serait déchiqueté en mille morceaux, ou encore il serait assommé à coups de bâton.

Par les détails que M. X... m'a maintes fois donnés, j'ai pu m'assurer que ses hallucinations de la vue étaient nettes et distinctes: il pouvait décrire ses visiteurs nocturnes, l'un était grand et fort avec une barbe noire, un autre était vêtu en ouvrier, la femme avait une robe noire ou grise, etc. Il les voyait entrer par la fenêtre, à travers le grillage qu'ils avaient desserré; quelques-uns descendaient par la cheminée.

A certaines époques, et cela coïncidait chaque fois avec un malaise passager, il se joignait aux hallucinations de la vue des hallucinations de la sensibilité générale: les femmes apportaient sous leurs jupes de grands cornets remplis de toutes sortes de bêtes venimeuses, qu'elles semaient sur le lit et sous les couvertures. Ces bêtes qui le dévoraient, M. X... les décrivait avec une grande précision; mais dès qu'il voulait en saisir une, elle disparaissait sous la peau, ou lui entrait dans l'œil.

Les hallucinations, tant de la vue que de la sensibilité générale, ne se sont jamais produites que la nuit: jamais le malade ne s'est plaint dans la journée, où il était généralement gai et de bonne humeur. Mais pendant les cinq ans que M. X... a été notre pensionnaire, elles ont persisté sans aucune modification.

Cette persistance tout à fait anormale et exclusive des hallucinations de la vue m'avait fort intrigué et, bien souvent, j'avais cherché à m'en rendre compte.

Je m'étais demandé s'il ne fallait pas les attribuer à l'alcool que consommait le malade. En effet, M. X... étant très affaibli, et mangeant fort peu, avait chaque jour un supplément de 100 grammes de vin de Bagnols et de 250 grammes de punch; mais il ne les buvait pas très régulièrement. D'ailleurs les hallucinations alcooliques sont beaucoup plus mobiles, plus terrifiantes que ne l'étaient celles de M. X..., et elles se montrent le jour aussi bien que la nuit.

Je ne pouvais pas davantage les rattacher à des phénomènes congestifs, car alors elles ne seraient apparues que par intervalles, et n'auraient duré qu'autant que la congestion elle-même.

Bref, aucune explication ne me paraissait bien plausible ; l'autopsie nous donna les clefs de l'éénigme.

Dans le courant de l'hiver (1892), M. X... s'affaiblit graduellement ; l'appétit diminua de plus en plus ; il y eut de nouveau quelques vomissements. Le 8 avril, il s'éteignit subitement dans son fauteuil.

L'autopsie, faite avec le plus grand soin par M. Henri Berbez, interne du service, mais bornée au crâne, révéla l'existence d'une tumeur du volume d'un œuf de poule, remplissant la selle turcique, et fortement encastrée dans la substance de la base du cerveau, dont elle est cependant distincte.

Cette tumeur, pédiculée, adhérant fortement à la selle turcique, présente en avant un prolongement qui s'étend entre les deux gouttières optiques, et aplatis les nerfs optiques contre leurs gouttières. Les nerfs optiques, ainsi que les bandlettes, jusqu'aux tubercules quadrijumeaux, sont manifestement diminués de volume (d'un tiers au moins). Le chiasma lui-même est comprimé par la tumeur.

Un examen attentif démontre que la tumeur est développée dans la glande pituitaire, qu'elle conserve une apparence de lobulation analogue à celle de la glande normale. On ne distingue plus ni tige pituitaire, ni tuber cinereum. Par sa partie antérieure, la tumeur s'est creusé une loge profonde à la base de l'encéphale ; elle a produit une dépression écartant les deux hémisphères et ayant aminci considérablement le plancher des ventricules latéraux. Cependant son développement a été parfaitement symétrique, car les deux hémisphères cérébraux sont d'un poids égal (500 grammes).

La tumeur elle-même pèse 20 grammes. A la coupe elle présente une pulpe tremblotante limitée par de très minces et très fines travées conjonctives, et donnant au raclage un suc lactescient mélangé de stries rougeâtres. Tout à fait en avant, dans l'intérieur de cette pulpe, il existe un foyer hémorragique gros comme une noisette, rempli de caillots de sang noirâtre, dû à la rupture des vaisseaux très nombreux dans cette région. La tumeur est contenue dans une enveloppe fibreuse résistante et fortement adhérente au tissu osseux.

Je dois avouer que, pendant les cinq ans que j'ai vu le malade, jamais l'idée ne m'était venue qu'il pût y avoir dans le cerveau une lésion de la nature de celle que nous a révélée l'autopsie. Aucun symptôme ne m'avait donné l'éveil. S'il est vrai que souvent, et principalement dans

les derniers mois de sa vie, M. X... se soit plaint de maux de tête, c'est là un symptôme tellement banal, que je n'avais pas à m'y arrêter. La vue avait baissé. Le malade ne pouvait plus lire son journal, même avec ses lunettes, mais ce pouvait être simplement un effet de l'âge, de l'affaiblissement général.

Mais l'existence de cette tumeur, comprimant les nerfs optiques, explique d'une façon très satisfaisante, ce me semble, pourquoi M. X... a été tourmenté par des hallucinations de la vue, et pourquoi ces hallucinations de la vue ont persisté sans relâche pendant des années.

Habituellement, lorsque l'on observe des hallucinations de la vue chez les aliénés, ce n'est que d'une manière passagère. Leur persistance, chez mon malade, a tenu sans doute à la compression et à l'irritation permanente des nerfs de la vision. Ce serait donc un exemple très net d'hallucinations dues à une cause périphérique; à ce titre, il m'a paru intéressant de le rapporter et de le rapprocher des nombreuses observations analogues qui ont été publiées par des auteurs tels que Luys, A. Voisin, Régis, etc.

M. BRIAND demande si le traitement tonique et alcoolique supplémentaire n'était pas la cause des hallucinations et si la contre-épreuve a été faite en le supprimant.

M. CHRISTIAN. — Je ne m'explique pas non plus les hallucinations; mais elles ne tenaient pas au traitement et, de plus, elles étaient exclusivement nocturnes.

M. JOFFROY. — Je relèverai seulement deux points dans l'intéressante observation de M. Christian. Le premier a trait à la mort subite. Elle est fort fréquente chez les malades atteints de tumeur cérébrale, et c'est un fait sur lequel on n'insiste pas suffisamment. Et cependant c'est une des maladies où la mort subite survient le plus souvent. Dans la majorité de mes observations les malades sont morts subitement, quelquefois même sans avoir jamais présenté de symptômes de tumeur cérébrale.

Le second point à relever est l'existence des hallucinations. Il est possible qu'elles soient périphériques. J'ai en ce moment dans mon service une malade pour laquelle j'ai songé au diagnostic du goitre exophthalmi-

que. Mais il y a des exophthalmies en vertu de lésions intra-oculaires. Il ne s'agit pas de maladie de Basedow. Or cette malade à des hallucinations qu'on ne peut rattacher qu'à des lésions périphériques, et qui s'accompagnent d'obnubilation de la vision. Elles ne surviennent guère qu'à la tombée de la nuit. Il lui semble voir des communiantes allant et venant. Elle a donc des hallucinations à un moment précis de la journée.

Chez la malade de M. Christian, il ne faut peut-être pas mettre l'hallucination sur le compte de la lésion périphérique, ou du moins rester dans le doute. Il est possible qu'elle soit de nature centrale. Chez ma malade il n'y a aucun trouble psychique ; chez celui de M. Christian, au contraire, il y a de la démence se rattachant à des modifications physiques des centres nerveux. Peut-être est-il plus rationnel d'admettre par conséquent des hallucinations de cause centrale.

M. A. VOISIN. — M. Briand paraissait croire que les hallucinations étaient dues à de l'alcoolisme. Or, M. Baillarger a insisté sur la fréquence des hallucinations dans la période hypnagogique crépusculaire, ce qui peut expliquer ce que nous disait M. Christian.

M. BRIAND. — Le malade n'en avait que la nuit.

M. CHRISTIAN. — En rapportant cette observation, j'ai voulu signaler un fait curieux sans rien affirmer. Il est rare de voir chez les aliénés des hallucinations de la vue aussi persistantes. Chez ce malade elles ont été le seul symptôme pendant cinq ans. Je les ai mises sur le compte de l'alcoolisme à un moment donné, en désespoir de cause. Mais cela n'était pas. Était-ce de la congestion ? Mais, dans ce cas, elles ne durent que quelques jours seulement. Or, à l'autopsie, je trouve une tumeur comprimant les nerfs optiques : je suppose un rapport direct entre cette tumeur et les hallucinations, qui me paraît plausible, rien de plus.

*Consultation médico-légale sur un cas d'homicide commis par un ancien pyromane.*

M. PAUL GARNIER. — Messieurs, l'un de nos distingués collègues de province, M. le Dr Samuel Garnier, médecin en chef de l'asile de Dijon, a été récemment

appelé, par le Parquet de cette ville, à donner son avis dans une affaire d'assassinat. L'auteur de ce meurtre est un individu déjà poursuivi, il y a six ans, pour crimes d'incendies et déclaré irresponsable par M. Marandon de Montyel, qui avait été chargé de l'examiner et avait reconnu en lui *un pyromane impulsif*. Interné à la suite de ce rapport, à l'asile de Dijon, cet homme, auquel on laissait d'ailleurs une assez grande liberté, vu son état habituel de calme et de lucidité, parvint à s'évader. Quelques semaines plus tard, il assassinait, dans des circonstances restées tout d'abord assez mystérieuses, un sieur X..., chez lequel il s'était placé comme domestique après son évasion. L'affaire se présentait donc dans des conditions un peu spéciales. Après avoir soumis l'accusé à un examen prolongé, notre collègue s'est formé une conviction, et son rapport qui en est l'expression motivée, est aujourd'hui entre les mains de la justice.

M. Samuel Garnier a porté sur ce cas une opinion que, naturellement, il croit la vraie. Cependant, il serait désireux de soumettre ce fait médico-légal intéressant à la Société médico-psychologique, dans l'espoir que sa manière de voir sera partagée par ses collègues.

Il a bien voulu s'adresser à moi pour vous donner connaissance de son rapport et je ne pouvais que m'empêtrer de déférer à son désir. Je vous demande donc la permission de vous lire son travail. Vous appréciezrez s'il y a lieu d'en discuter les termes ou les conclusions et de formuler, à ce sujet, une appréciation sur l'importance de laquelle je n'ai pas besoin d'insister.

I. — Je soussigné, médecin en chef, directeur de l'asile des aliénés de la Côte-d'Or, membre correspondant de la Société médico-psychologique, commis par ordonnance de M. le juge d'instruction de Dijon en date du 1<sup>er</sup> mars 1892, à l'effet « d'examiner l'état mental du nommé Vuillerot », domestique à la ferme de la Pothenière (Côte-d'Or), « et dire subsidiairement si on peut ajouter foi aux déclarations de cet homme », après avoir prêté le serment prescrit par la loi, pris connaissance de la procédure instruite contre lui, examiné le prévenu à l'asile, ai consigné, dans le rapport suivant, les résultats de mon expertise.

Le 5 décembre dernier, dans l'après-midi, le corps d'un nommé Laifour, ancien quincaillier à Is-sur-Tille, en villégia-

ture depuis quelques jours avec sa femme, à la ferme de Pothenière, commune de Lemeix, était découvert dans le bois de Barjon, par le nommé Vuillerot accompagné de la femme Laifour et de la fermière. Le cadavre occupait la position suivante, constatée un peu plus tard par la gendarmerie, « couché à plat ventre dans le sens de la longueur d'un sentier d'aménagement, le haut du corps un peu courbé à droite, la face gauche reposant sur le sol, tenant dans sa main droite crispée un revolver de petit calibre dont l'extrémité était légèrement fichée en terre, le bras gauche allongé le long du corps et dans lequel était engagé la bretelle d'un fusil Lefaucheux chargé mais non armé, lequel gisait à terre dans une position oblique, en avant de la tête », il portait à la tempe droite deux blessures distantes l'une de l'autre de 4 centimètres environ, produites par les projectiles d'une arme à feu de petit calibre.

La femme Laifour reconnut sur les lieux, et plus tard devant les gendarmes, le revolver de son mari, et émit aussitôt l'hypothèse de son suicide. Un médecin requis pour les constatations d'usage, ayant délivré une déclaration de décès par suicide pour obtenir le permis d'inhumation, les préparatifs commencèrent. Le domestique Vuillerot se chargea des courses obligatoires et le cadavre fut transporté à Is-sur-Tille, où les funérailles étaient fixées pour le 8 au matin.

Bien que l'arme meurtrière trouvée dans la main de Laifour et reconnue comme la sienne eût rendu son suicide très probant, on n'en crut rien à Is-sur-Tille, où les époux Laifour, de notoriété publique, vivaient depuis longtemps dans la désunion. On disait ouvertement que la mort de Laifour n'était qu'un assassinat commis à l'instigation de sa femme. Un examen cadavérique fut décidé, et il permit de constater que les deux blessures de la région temporale droite communiquaient avec le cerveau. Dans ces conditions, un crime avait eu lieu, car les deux blessures étant mortelles, une seule aurait dû être constatée dans l'hypothèse d'un suicide. De plus un témoin affirmait que les coups tirés avaient été distancés de trois à quatre minutes. La femme Laifour fut arrêtée.

De son côté, la gendarmerie recommençait une enquête à la ferme de la Pothenière, et le 9, au matin, la femme Depon-tailler déclarait alors ce qui suit : « Ayant appris par la clameur publique qu'une somme de 400 francs avait dû être soustraite après sa mort, à Laifour, j'ai soupçonné de suite notre domestique Vuillerot d'être l'auteur de ce vol. Mes soupçons sont basés sur ce que, hier matin, ce domestique est arrivé à la maison en disant : « Les gendarmes ont mal fouillé les vêtements de Laifour, car j'ai trouvé une pièce de 10 francs en or nouée dans la corne d'un mouchoir qu'il avait sur lui et une pièce de

20 francs dans une poche de gilet » ; et a poussé cette exclamation : « Il y a gras maintenant ! » Je n'ai pas cru un seul mot de ce qu'il m'a dit et ma conviction est que Vuillerot lui-même a placé là cet or pour donner le change. J'ai aussi appris qu'à Moloy où il était allé, il s'était livré à des dépenses exagérées qu'il avait soldées, bien que le sachant sans le sou, ce qui confirme de plus en plus mes soupçons. D'ailleurs, depuis la mort de Laifour, Vuillerot n'est plus le même, *il paraît gêné, est tout en lui-même et n'a plus le goût du travail.* » Aussitôt interrogé sur ces faits, Vuillerot répondit : « Si on vous a dit que j'avais fait quelques dépenses, soit à Moloy, soit à Poiseul ou à Lemeix, c'est faux, car je n'avais pas d'argent, je n'ai pas reçu d'argent de M<sup>me</sup> Laifour, pas plus pour payer le cercueil que pour tout autre chose. Hier, j'ai trouvé, en fouillant dans les effets qui avaient été retirés à Laifour au moment de sa mise en bière, 30 francs que j'ai remis à ma patronne. »

Comme il était patent qu'aucun argent n'avait été laissé sur Laifour, les recherches antérieurement faites par la gendarmerie sur son cadavre ayant amené la découverte d'un portemonnaie contenant une pièce de 100 francs en or, d'un couteau, d'une montre en or et d'un portefeuille, Vuillerot fut aussitôt soupçonné, ou d'avoir dérobé l'argent qu'il disait avoir trouvé sur Laifour, ou l'avoir reçu d'un tiers intéressé au crime. L'enquête se poursuivant, sa culpabilité apparut bien nette quand on eut acquis la preuve qu'il avait réellement soldé des dépenses d'auberge avec une pièce de 10 francs et une pièce de 20 francs, et on allait l'interroger de nouveau quand on s'aperçut que, quoique gardé à vue à la ferme, il avait pris la fuite. Appréhendé plus tard et interrogé sur le motif de son évasion, il resta muet ; mais arrivé à la caserne de gendarmerie il fit la déclaration suivante : « Le jeudi 3 décembre, dans la matinée, j'ai eu avec la femme Laifour l'entretien que voici : J'ai un mari, m'a-t-elle dit, avec lequel je ne puis m'accorder : Jelui ai répondu en riant : Vous n'avez qu'à lui faire son affaire. Elle a repris : Si vous voulez m'en débarrasser je vous donne 101 francs, tout ce que je possède sur moi : j'ai eu la faiblesse de me laisser tenter, et elle m'a remis à l'instant même le revolver chargé de cinq coups dont je me suis servi pour tuer son mari.

« Le vendredi 4 décembre, jour du départ de Laifour pour Poiseul et après que mon patron Depontailler qui l'avait mis sur son chemin, fût rentré à la ferme, moi, qui me trouvais tout près, je me mis à suivre Laifour aux côtés duquel je marchai jusqu'au moment où me trouvant à sa droite, je lui tirai deux coups de revolver dans la tête ; ma victime étant tombée foudroyée, je lui plaçai le revolver dans la main droite

tel que vous l'avez trouvé à votre arrivée. Ce complot a été tramé entre la femme Laifour et moi, seulement les époux Depontailler sont complètement innocents du crime qui a eu lieu à leur insu; et si je suis entre vos mains, c'est grâce à eux; dans ces conditions s'ils étaient coupables, je les dénoncerais immédiatement à la justice pour me venger. De la somme de 101 francs versée par la femme Laifour, il me restait 60 francs, c'est-à-dire les 30 francs présumés avoir été découverts par moi dans les effets de Laifour et 30 francs qui m'ont été saisis. »

Interrogé le 10 décembre par le juge de paix, Vuillerot maintint cette déclaration et ajouta que la femme Laifour en lui donnant la somme de 101 francs lui en avait promis une plus importante sans la déterminer, en lui disant que les deux ne feraient qu'un, ce qui, pour lui, signifiait qu'ils se marieraient ensemble. Transféré le 10 au soir à Dijon, ainsi que la femme Laifour, Vuillerot comparut devant le magistrat instructeur, et avoua être l'auteur du crime; mais il introduisit dans son récit des déclarations nouvelles qui contredisaient ce qu'il avait dit d'abord, notamment en ce qui concernait les époux Depontailler. Il prétendait que les femmes Laifour et Depontailler, parties ensemble de la ferme le 2 décembre, dès le matin, n'étaient rentrées que le soir vers cinq heures (neuf témoins d'Is-sur-Tille avaient déclaré, en effet, que les deux femmes avaient été vues ce jour-là à Is-sur-Tille et Vuillerot avait eu connaissance de ce fait). Il racontait de plus, que la veille du crime, la femme Depontailler, en lui recommandant d'allumer le feu du four, avait ajouté que M<sup>me</sup> Laifour avait affaire à lui; que cinq minutes après, la femme Laifour l'avait rejoint pour lui dire: « Nous sommes décidés à tuer mon mari, je vous donnerai une forte somme, mais je n'ai sur moi que 101 francs, les voilà »; qu'en lui remettant le revolver, elle lui avait conseillé de conduire son mari à la chasse, et que là, il trouverait bien le moyen de lui foutre (*sic*) son affaire. Il précisait que le jour du crime, au repas de midi, les époux Depontailler et la femme Laifour échangeaient entre eux des regards à la dérobée; qu'au moment du départ, la femme Laifour l'avait désigné pour accompagner son mari; puis, plaçant ici la version déjà donnée du crime commis par lui, qui seule restait intacte, il ajoutait qu'à son retour à la ferme, après le départ des deux femmes pour Poiseul, dont le signal avait été donné par les détonations du revolver, il avait trouvé à son patron Depontailler, un air égaré; que le soir à table, le mari et la femme avaient l'air tout détraqués, tout pensifs. Profitant d'une conversation entendue à la ferme, en septembre, et d'après laquelle il aurait été question, entre les époux Depontallier et Laifour, de l'achat d'un hôtel à Is-sur-Tille avec ces derniers comme

bailleurs de fonds, il laissait supposer que la femme Laifour aurait promis, sans doute, de fournir elle-même l'argent, en récompense de la coopération des époux Depontailler au drame qui s'était déroulé à leur ferme.

La femme Laifour interrogée à son tour nia toute participation au crime dont on l'accusait, et notamment avoir donné de l'argent à Vuillerot ni avant ni après, n'ayant eu elle-même qu'un franc sur elle à ce moment et son mari tenant la caisse. Les apparences étaient néanmoins contre elle, surtout à cause de sa situation vis-à-vis de son mari qui avait voulu, peu de temps auparavant, faire constater ses relations adultères avec un nommé L..... En face des dénégations opposées par la femme Laifour aux affirmations de Vuillerot, et malgré l'aveu de ce dernier sur son rôle de meurtrier, il restait à éclaircir comment le revolver de Laifour avait pu se trouver à sa disposition. Dans l'hypothèse où la femme Laifour l'aurait remis à l'inculpé, comme il le prétendait, comment cette femme avait-elle pu s'en emparer, en admettant que Laifour n'en fût point toujours porteur? Ce ne pouvait être à la ferme, sans quoi le mari, s'il le portait, s'en fût aussitôt aperçu; on pensa donc qu'il avait pu l'oublier chez lui à Is-sur-Tille. Mais on acquit rapidement la preuve que la femme Laifour n'avait pas quitté la ferme pour aller le chercher au domicile conjugal, et, par conséquent, il était de moins en moins prouvé qu'elle avait pu disposer du revolver, comme Vuillerot le soutenait. La femme Depontailler mettait de son côté à néant toutes les imputations de l'inculpé sur sa prétendue coopération au complot de l'assassinat, et établissait victorieusement d'autre part que la femme Laifour ne possédait qu'un franc à son arrivée chez elle. Du reste, une femme Mallard-Deschiens avait raconté que le dimanche 6, la femme Laifour, en rentrant à son domicile, avait aussitôt fouillé la table de nuit où son mari avait l'habitude de placer son revolver, et, en constatant son absence, avait poussé l'exclamation : « Mais il n'y est plus ! »

Vuillerot, interrogé de nouveau le 19, fut obligé de convenir qu'il avait fouillé le cadavre après l'avoir tué, mais n'avoir trouvé que 30 francs, en dehors de la pièce de 100 francs qu'il n'avait pas osé voler, et continua à soutenir avoir reçu 101 francs de la femme Laifour, contre toute vraisemblance, attendu qu'en additionnant l'argent trouvé sur lui avec celui qu'il avait replacé dans les poches de Laifour, et celui qu'il avait dissipé, il y avait un écart de 50 francs avec le total de ce qu'il prétendait avoir pris sur Laifour et reçu de la femme.

II. — L'instruction, malgré l'aveu du meurtrier, restait néanmoins aussi obscure que touffue. Brôchant sur le tout, la question de la folie de l'inculpé se trouvait alléguée par la

femme Laifour, et il était bien vrai que Vuillerot sortait de l'hospice des aliénés de Dijon. Le magistrat instructeur me confia alors la mission que l'on sait dans les termes rapportés plus haut.

J.-B. Vuillerot, aujourd'hui âgé de trente ans, enfant naturel de Reine Vuillerot, né à Dijon le 12 novembre 1861, avait été placé en observation à l'asile des aliénés le 24 décembre 1885. Il était, à cette époque, inculpé de nombreux incendies ; mais à la suite d'une ordonnance de non-lieu rendue sur les conclusions d'un rapport d'un de mes prédecesseurs, le déclarant irresponsable, il fut maintenu à l'établissement. Nous aurons à revenir sur ce rapport : pour l'instant, bornons-nous à dire que Vuillerot était donc à l'asile depuis cinq ans et demi, quand, pour la seconde fois (il était revenu de lui-même une première fois), il réussit à s'évader le 21 août 1891. J'avais ainsi moi-même observé ce malade depuis 1889, c'est-à-dire depuis deux ans, et c'était pour moi une vieille connaissance. Il me parut alors que la question subsidiaire que j'avais à résoudre, de dire si l'on devait ajouter foi à ses déclarations, passait au premier plan. Tel, en effet, que je connaissais l'inculpé ramené dans mon service, je le savais d'ores et déjà capable de mentir effrontément. Or, de la lecture patiente du dossier, il paraissait résulte que ses déclarations se modifiaient au fur et à mesure que de nouvelles informations parvenaient à sa connaissance. La recherche de la vérité s'imposait alors avant toute autre chose, et puisqu'il était l'acteur principal du drame de Lemeix, c'est de lui seul que je devais donc tirer le récit fidèle de son crime et de ses circonstances. Vuillerot continua d'abord à maintenir ses dernières déclarations, en même temps que, pendant les deux premières nuits, il essayait de me donner le change sur son état d'esprit véritable, en se montrant agité, loquace, causant seul quand il se sentait observé ; il disait, par exemple, comme s'il s'adressait à la femme Laifour, sa complice : « Il faudra bien que tu montes sur l'échafaud comme moi. »

Retenant la lecture du dossier pour fixer les points acquis, relever les nombreuses circonstances qui caderaient mal ensemble et présentaient même pour certaines d'entre elles une invraisemblance absolue, je démontrai alors à Vuillerot, en premier lieu, que sa version des 101 francs versés par la femme Laifour était fausse ; celle-ci, en effet, n'avait pu lui donner d'argent, car elle n'en possédait pas, puisqu'elle avait demandé à son mari, au moment de partir pour la Pothenière, de payer la blanchisseuse qui lui rapportait du linge à Is-sur-Tille, pour une somme insignifiante. D'autre part, l'hypothèse des 101 fr. versés par la femme Laifour s'accordait si mal avec le compte

donné par lui de l'argent qu'il prétendait avoir eu à sa disposition, qu'il était obligé d'invoquer dans ce système, une défaillance de mémoire absolument inimaginable. Vuillerot m'avoua alors, qu'effectivement, il n'avait reçu aucun argent de Léonie Cuenin, femme Laifour. Tout l'échafaudage de mensonges laborieusement édifié par l'inculpé devait tomber du fait de cet aveu, comme on va le voir.

Poursuivant ma démonstration, j'avançai que tout l'argent qu'il avait eu à sa disposition venait de Laifour, dépouillé par lui aussitôt après l'assassinat ; que la femme Laifour n'avait pu lui donner le revolver de son mari, sans que celui-ci, le portant vraisemblablement sur lui, ne se fût immédiatement aperçu de cette soustraction et, par conséquent, n'eût mis tout en œuvre pour le retrouver ; que le revolver lui avait donc été confié, selon toute apparence, par Laifour lui-même. Toutes ces raisons ébranlèrent Vuillerot qui me fit alors le récit entier du crime et de ses circonstances, non parce qu'il croyait se confier au médecin, mais parce qu'il sentait que son système ne pouvait se soutenir plus longtemps. Il me manifesta aussitôt le désir de faire de nouvelles déclarations à M. le juge d'instruction. Ce magistrat l'entendit le lendemain, et voici quel fut son nouveau récit. « La veille du jour où les époux Laifour ont quitté la ferme de la Pothenière, il y eut entre eux une violente dispute au cours de laquelle Laifour, d'une part, traita sa femme de tous les plus vilains mots, et M<sup>me</sup> Laifour, d'autre part, lui dit : « Si t'étais donc crevé ! je serais bien débarrassée » ; un instant après, tandis que j'étais à mon travail, je rencontrais la femme Laifour qui me dit : « Vous avez vu mon mari comme il me traite, comme il est gentil ! » Je repris : « Si j'étais femme, c'est moi qui m'en débarrasserais d'un mari comme ça ! » Elle me fit remarquer que la chose n'était pas si commode et je lui répondis : « On le tue, et je veux bien vous le tuer si vous voulez me donner quelque chose », et à son tour de s'écrier : « Ah ! si vous voulez le faire, je vous donnerai bien quelques couples de mille francs. » Notre conversation due au hasard s'est arrêtée là. Or, le lendemain je les ai quittés après-dîner, un instant avant leur départ, pour aller moi-même faire des fagots à 300 ou 400 mètres de la ferme. C'est un peu avant d'arriver à cet endroit que j'aperçus Laifour qui abandonnait la ferme seul et descendait dans les guérets pour gagner le bois et chasser. Aussitôt, faisant un détour en courant, je le rejoignis au bout de dix minutes. En m'apercevant, Laifour me dit : « Où vas-tu ? » Je lui répondis : « Je vais chercher des liens », et, en marchant à côté de lui, je lui demandai à voir son revolver, que mon intention était d'en acheter un semblable. Il le prit dans la poche de derrière de son paletot de chasse,

me le confia, en me le tendant sans se retourner, car je marchais derrière lui. C'est alors que je lui tirai à la tempe un premier coup, qu'il tournoya sur lui-même, et lui en tirai un second. Une fois à terre, je lui plaçai le revolver dans la main et le fouillai : je trouvai dans son porte-monnaie quatre pièces d'or dont je m'emparai en laissant la pièce de 100 francs, et retournai à mon travail. »

Quand le juge instructeur lui demanda s'il y avait eu pacte, c'est-à-dire accord intime entre la femme Laifour et lui, Vuillerot répondit : « Elle ne m'a pas dit de tuer, mais, ah ! si vous pouviez le tuer, je vous donnerais bien quelques couples de mille francs », sans m'indiquer de prendre telle ou telle disposition.

Confronté avec les habitants de la ferme et la femme de la victime, Vuillerot persista à soutenir la véracité de ce qu'il venait d'avancer au sujet de la conversation tenue avec la femme Laifour. Cependant les époux Depontallier affirmèrent qu'à la date et à l'heure indiquées par Vuillerot, pas plus qu'à d'autres, aucun colloque ne s'était établi entre l'inculpé et la femme Laifour qui, elle aussi, continuait à nier avec énergie. En présence des témoignages contraires à sa version, témoignages qu'il avait lui-même sollicités pour appuyer ses dires et qui les contredisaient formellement, je n'hésitai pas à croire que Vuillerot devait encore mentir en ce qui concernait la participation de la femme Laifour au crime: Je ne lui avais pas caché du reste que la promesse de mariage qu'il prétendait avoir reçue de la femme Laifour, pour prix du meurtre du mari, était invraisemblable de la part d'une femme en puissance d'amant célibataire, et qu'il venait d'être encore pris en flagrant délit de mensonge au sujet de sa prétendue conversation, origine du crime. Il avait déjà menti en disant primitivement qu'il ignorait que Laifour possédât un revolver, tandis que le 3, il avait connu cette circonstance par la victime elle-même. Je l'engageai donc à ne pas chercher à égarer davantage l'instruction. Il me déclara alors qu'il avait encore dit un mensonge en racontant que la femme Laifour lui avait proposé de tuer son mari, que cette idée lui était venue à lui seul et lui avait été suggérée par le fait, de lui connu, de la mésintelligence qui régnait entre les époux, mésintelligence dont la dispute qu'il avait pu entendre était un indice certain. Supposant alors que cette désunion ferait accueillir avec satisfaction par la femme Laifour l'annonce du meurtre de son mari, et que cette satisfaction l'engagerait à donner facilement à celui qui la lui aurait ainsi procurée, une bonne somme d'argent, il avait conçu le projet qu'il a si adroitemment mis à exécution. Cet aveu définitif fut recueilli par M. le juge d'instruction, le 22 mars écoulé.

III. — J'ai dit plus haut que la question subsidiaire de l'expertise, de dire si l'on pouvait ajouter foi aux déclarations de Vuillerot, était devenue pour moi la question principale à résoudre. Connaitre la vérité, en effet, était un des éléments de l'appréciation qu'on réclamait de l'expert sur l'état mental de l'inculpé, dans l'hypothèse même d'une folie dont il pouvait être atteint, celle-ci ne pouvant s'opposer à ce qu'il puisse raconter ce qui s'était réellement passé, puisqu'elle ne devait d'ores et déjà appartenir qu'au genre de celles qui laissent intact le raisonnement. Une première expertise avait, en effet, démontré ce dernier point, et la connaissance que j'avais de Vuillerot n'infirmeait point cette constatation précieuse. L'inculpé, en tout état de cause et sans préjuger en rien de son véritable état mental, était donc capable de dire la vérité ; il me reste à démontrer qu'en revendiquant pour lui seul la perpétration de son crime, il n'a pu tromper, cette fois, la justice, ni l'expert lui-même. Comment en douter, quand on voit sa version définitive si bien cadrer avec tous les points acquis par l'instruction, alors que ses déclarations antérieures s'alliaient si mal avec eux ? Enfin, la partie capitale elle-même de son système de défense consistant à présenter la femme Laifour comme la complice, sinon l'instigatrice de son crime en tout ou partie, n'était-elle pas, *a priori*, insoutenable dans la forme que Vuillerot prétendait lui donner, tandis que, maintenant, la femme Laifour étant hors de cause, on s'explique l'énergie des dénégations de celle-ci, que les déclarations catégoriques des époux Depontailler, relatives au présumé colloque où s'était élaboré le crime et imaginé par l'inculpé, corroboraient absolument ?

On sait maintenant comment Vuillerot a pu savoir que Laifour portait sur lui un revolver, et cela hors de la présence de Depontailler. C'était la veille du crime : parti pour la chasse avec Laifour, vingt minutes avant que Depontailler, son patron, n'eût pu le rejoindre, Vuillerot s'était muni d'un fusil à un coup. A ce moment, il avait déjà fait la réflexion que Laifour mort serait loin d'être regretté par sa femme et il avait entrevu la possibilité de le tuer avec l'arme chargée à balle qui était entre ses mains, lorsque Laifour lui-même lui suggéra, sans s'en douter, un moyen d'opérer d'une manière beaucoup plus simple et voici comment. A la vue du fusil dont Vuillerot était porteur, Laifour lui fit remarquer que ce n'était pas une arme sérieuse, qu'elle ne valait guère mieux que son revolver. Ces paroles amenèrent tout naturellement la réflexion suivante de l'inculpé : « Mais vous avez donc un revolver, montrez-le moi ? » Laifour accéda à ce désir, et en le regardant, Vuillerot s'aperçut qu'il était chargé. Cet incident insignifiant en apparence donna ainsi une tout autre direction aux réflexions

antérieures de l'inculpé sur la manière de se débarrasser de Laifour, et, pendant la nuit du 3 au 4, il conçut le projet, aussi simple qu'habile, d'employer le revolver même de Laifour pour commettre l'attentat qu'il méditait. C'est ce qui explique d'une façon lumineuse comment Vuillerot a pu opérer le lendemain, et l'impossibilité matérielle de soustraire le revolver de Laifour, sans que ce dernier s'en aperçut, puisqu'il le portait sur lui, circonstance ignorée à la fois de la femme Laifour et des époux Depontailler. Le crime, une fois résolu par Vuillerot, et son moyen d'exécution trouvé, quelle en a été la raison d'être ?

Le mobile qui apparaît comme le plus plausible est, sans contredit, le vol dont s'est rendu coupable l'inculpé après le meurtre de la victime ; mais on s'abuserait étrangement en pensant que Vuillerot a voulu tuer Laifour uniquement pour le dépouiller de l'argent dont il était nanti. L'inculpé avait des visées plus hautes, et je tiens de sa bouche l'explication fort raisonnée qui va suivre de l'acte dont la justice lui demande compte. « J'étais, m'a-t-il dit, très inquiet depuis le mois de septembre, au sujet de ma situation d'évadé de l'asile et je redoutais à chaque instant d'être ramené à l'établissement. Impliqué par erreur dans un procès-verbal, j'avais des craintes légitimes que mon nom n'eût déjà éveillé les soupçons du Parquet sur mon identité. D'autre part, un malade sorti des Chartreux, le nommé E....., d'Aignay, m'avait aperçu, et le frère d'un autre malade, le nommé C....., travaillait lui-même dans les bois des environs. Je songeais donc à quitter la Pothenière pour gagner Montbéliard que je connaissais pour être allé aux foires de ce côté, mais j'étais arrêté par le manque d'argent, quand la connaissance de l'inimitié des époux Laifour me fit faire la réflexion que la femme Laifour serait sans doute bien satisfaite d'être débarrassée de son mari. J'estimais qu'étant donnée la fortune qui lui reviendrait de cette manière, elle donnerait sans doute bien une forte récompense à celui qui l'aurait ainsi rendue héritière avant le temps. Mon crime fut alors résolu en deux jours et, d'après mes prévisions, la façon dont je pensais m'y prendre, en me servant du revolver de Laifour, devait facilement faire croire à son suicide. Je comptais, après l'oubli de cet événement, qui passerait pour fortuit, aller trouver la veuve à Is-sur-Tille et lui dire : Eh bien, vous voilà tranquille maintenant, et sur sa réponse que je prévoyais déjà contenir l'expression de sa satisfaction, ajouter : C'est à moi que vous le devez, et lui raconter la scène du crime. J'aurais alors mesuré l'importance de la somme que je pensais lui demander, au degré du contentement qu'elle aurait manifesté devant moi. Une fois en possession de 1,500 à 2,000 francs que j'espérais bien obtenir, je me serais définitivement éloigné du pays. Il va

sans dire, qu'en cas de refus de sa part de me remettre une bonne somme, je l'aurais menacé de tout révéler en disant que je n'avais agi que d'après ses ordres. »

IV. — Je pense avoir démontré que les dernières déclarations de Vuillerot relatives au crime commis par lui sont sincères : ses explications touchant la genèse de celui-ci n'étant pas moins véridiques, il me reste à apprécier maintenant l'état mental de l'inculpé.

Je ne serai démenti, ni par l'expertise faite sur lui il y a six ans aujourd'hui, ni par les circonstances de son crime récent, ni par les péripéties de l'instruction, ni par l'observation à laquelle Vuillerot a été soumis de nouveau en avançant que s'il est fou, il ne peut l'être, qu'en le supposant atteint d'une folie qui laisserait, comme je l'ai déjà avancé, son intelligence intacte. Peut-on mettre en doute l'intégrité de celle-ci, en effet, quand on songe avec quelle ruse, avec quelle présence d'esprit, avec quelle puissance d'assimilation notre inculpé a su habilement tirer parti des moindres faits qu'il connaissait, et de ceux qu'il apprenait dans l'instruction pour égarer celle-ci et faire englober dans les poursuites judiciaires, d'abord la femme Laifour, puis les époux Depontallier? Et si je me suis étendu, outre mesure peut-être, sur les diverses phases de l'instruction laborieuse dont Vuillerot a été le héros, c'est précisément afin de rendre plus éclatante la souplesse de son esprit, véritablement étonnante chez un individu qui n'a jamais reçu de culture intellectuelle, chez lequel, lors de l'expertise de 1885, on constatait une ignorance telle qu'il ne savait ni lire, ni écrire automatiquement son nom. Mais, en dépit de cette ignorance, le premier expert constatait aussi que Vuillerot se rendait parfaitement compte de la portée morale et sociale de ses actes.

Enfin, le crime lui-même a exigé de son auteur, et notamment pour son exécution, une justesse de conception incompatible par cela même avec une folie ayant lésé les facultés de l'entendement. Ceci admis, quelles sont donc, parmi les maladies mentales, celles qui respectent ainsi les facultés syllogistiques de l'individu? On n'en connaît que trois : la folie systématisée, la folie morale et la folie impulsive. — Examinons-les : Pour ce qui est de la folie systématisée, outre que cette maladie se caractérise par des idées délirantes spéciales qui n'ont jamais été constatées chez Vuillerot, ni avant ni après son crime, bien qu'il eut essayé de faire croire, à son arrivée à l'asile, à des hallucinations de l'ouïe, par les monologues nocturnes auxquels il avait commencé à se livrer avec intention, quand il se savait observé, comme il me l'a avoué, il y a encore autre chose qui permet d'affirmer que cette folie ne peut pas cadrer avec les données du crime actuel, c'est que celui-ci n'a pas été

commis sous l'influence d'une idée délirante, comme c'est presque toujours la règle dans les délires partiels. J'ai donc le droit de dire que l'inculpé n'est pas atteint de folie systématisée, sans qu'il puisse s'élever à cet égard le moindre doute. Quant à la folie morale, j'espère démontrer qu'elle fait également défaut chez Vuillerot.

L'expert qui l'avait examiné lors de ses crimes d'incendie s'était déjà, à son sujet, posé le problème d'une folie morale, et après avoir dit que la solution était particulièrement délicate, eu égard à ses antécédents, qui le montraient dans son jeune âge particulièrement malicieux à l'égard de ses voisins, je crois même brutal avec les animaux, avait fini par repousser, au point de vue des crimes spéciaux de l'époque, l'hypothèse un moment envisagée. Il se fondait principalement, pour la repousser définitivement, sur ce que les faits auxquels il faisait allusion et possibles d'une interprétation morbide, s'étaient accomplis à la puberté, âge particulièrement favorable aux perversions morales, surtout chez des dégénérés, et rien ne pouvait faire croire que Vuillerot en était un, mais qu'ils avaient totalement disparu plus tard, la perversion signalée s'étant subitement effacée à l'établissement de cette même puberté. Je pourrais borner là ma démonstration de l'absence de folie morale chez Vuillerot, en repoussant avec M. Marandon, pour les mêmes motifs que lui, le diagnostic qu'il s'était refusé à poser chez l'inculpé ; mais les cinq années qui se sont écoulées, et les faits nouveaux qui se sont accomplis depuis, m'obligent à insister. S'il est vrai de dire que Vuillerot, pendant son séjour à l'établissement depuis que je le connais, s'est montré empressé au travail, cherchant à se rendre utile, et non pas possédé du besoin de nuire de n'importe quelle manière, il est tout aussi exact de noter qu'il est, ainsi qu'on l'a vu, menteur et voleur, qu'il a fait une tentative de viol, qu'enfin il a assassiné. A s'en tenir à la brutalité de ces constatations, il est certain qu'elles pourraient servir à étayer l'existence chez lui d'une folie morale, si l'on ne savait, d'une part, que les fous moraux s'acharnent surtout contre leur entourage immédiat, et de l'autre, qu'ils sont menteurs pour le plaisir de mentir, voleurs pour le plaisir de voler, assassins pour le plaisir de tuer et la satisfaction que leur procurent les souffrances des autres, en un mot, font le mal pour le mal. Or, rien de tout cela n'existe chez Vuillerot : s'il vole, c'est pour se procurer de l'argent ; s'il ment, c'est pour essayer de diminuer ses torts et sa responsabilité ; s'il tue, c'est pour en tirer profit et non pour satisfaire un besoin de son organisation. Au surplus, la folie morale, réductible seulement à des actes nuisibles ou criminels qui ne s'accompagneraient daucun autre indice de dérangement d'esprit, concomitant ou épisodique, n'est pas loin

d'être un mythe. Cela est si vrai que quand on rencontre des individus « qui n'ont pas la notion de l'honneur ni de la probité, pour qui la vie humaine compte pour peu, dont les actes sont régis seulement par la passion, par l'instinct et par l'intérêt, qui souvent tirent leur orgueil de leurs méfaits et qui alors font le mal pour le mal, on ne dit plus que ce sont des fous moraux, mais des criminels » (Camuset, *Archives de neurologie*, mars 1892).

L'inculpé n'étant pas un fou moral, il me reste à examiner si, ayant agi sous l'influence d'une impulsion, il doit être reconnu comme atteint de folie impulsive. M. Marandon l'a dit, Vuillerot a eu des impulsions irrésistibles quand il a commis les cinq crimes d'incendie, relevés à sa charge de 1882 à 1885, et ces impulsions irrésistibles étaient liées très probablement chez lui à une transformation de l'épilepsie. Cette dernière s'était toutefois manifestée par une seule crise convulsive nettement constatée, en 1882, par une sœur de l'hôpital de Dijon.

Pourrait-il se faire qu'impulsif au feu en 1885, Vuillerot fut devenu impulsif au meurtre en 1891 ? Théoriquement, cela n'est pas foncièrement impossible ; mais si l'on veut bien ne pas oublier que les impulsions en vertu desquelles il mettait le feu n'ont pas pris naissance sur un terrain de dégénérescence favorable à leur diversité, et que pour expliquer jadis leur raison d'être chez l'inculpé, on a dû admettre qu'elles étaient alors produites par la transformation de son épilepsie convulsive en épilepsie psychique, on trouvera déjà dans ce fait la raison d'un doute motivé. Le propre de la folie épileptique, transformée ou non, est, en effet, d'amener chez le sujet, à chaque accès convulsif ou psychique, la répétition des mêmes actes ; par conséquent, si Vuillerot devait redevenir criminel sous cette influence névrosique, il aurait dû l'être, non sous la forme d'impulsions meurtrières, mais pyromaniques, comme autrefois.

Mais il y a une autre raison, décisive cette fois, qui ne nous permet pas d'attribuer le crime de Lemeix à une impulsion irrésistible, c'est que l'irrésistibilité et l'intérêt s'excluent. Toutes les fois qu'on trouve l'intérêt comme mobile d'un acte criminel, on peut hardiment nier toute irrésistibilité à commettre cet acte. Et puis, il faut bien le dire, parce que c'est un fait d'observation pratique d'une haute importance, il est sans exemple qu'un véritable impulsif ait cédé du premier coup à son impulsion ; il s'établit toujours une lutte plus ou moins longue entre l'émotivité qui demande à être satisfaite et l'intelligence qui résiste, jusqu'au moment où cette dernière succombe. C'est ce qui explique tous ces phénomènes cliniques observés d'angoisse cardiaque, de maux de tête, etc., qui trahissent la lutte et le trouble de l'organisme, trouble qui cesse

dès que l'émotivité a trouvé l'apaisement de sa souffrance. Vuillerot a présenté cet enchaînement de symptômes somatiques quand il est devenu incendiaire pyromaniaque, et a eu des maux de tête, un besoin, dépourvu de mobile intéressé, de voir clairer (*sic*), de la joie à la vue des flammes, du regret du mal causé, de l'empressement à le réparer : mais, quand il est devenu meurtrier, toute cette symptomatologie a fait défaut.

J'ai déjà montré l'intérêt évident qui l'a poussé au crime ; maintenant l'absence chez lui d'hésitation à le commettre, dès qu'il a été conçu, la manière même dont il l'a accompli, sans aucun trouble matériel dans ses fonctions, permettent donc d'affirmer sans hésitation que Vuillerot n'a pas agi comme un fou impulsif en cette circonstance.

J'ai indiqué plus haut les raisons cliniques sur lesquelles je me basais pour affirmer que si l'inculpé devait redevenir impulsif à un moment donné, ce devait être sous forme pyromaniaque ; cela m'amène à envisager maintenant ce que sont devenues son épilepsie et les impulsions irrésistibles, qu'elles en aient été ou non la traduction symptomatique. Sur l'épilepsie convulsive, il n'y a pas la moindre erreur ; depuis sa première séquestration jusqu'à aujourd'hui, c'est-à-dire depuis près de six ans, en décalquant la période de trois mois pendant laquelle il est resté en liberté, aucun vertige, aucune crise comitiale n'a été constatée chez Vuillerot. Si l'épilepsie n'a point reparu d'une façon vertigineuse ou convulsive, les impulsions pyromaniaques, qu'elles en aient été ou non les équivalents psychiques chez lui, ne se sont pas reproduites. Vuillerot a bien déclaré rétrospectivement, dans un de mes entretiens avec lui, qu'il avait eu pendant la nuit une fois encore à l'asile en 1886, l'idée de mettre le feu, mais outre qu'il n'en a pas averti le médecin à l'époque et n'a présenté concurremment aucune perturbation dans sa santé physique, alors qu'on a vu combien celle-ci pouvait être troublée, on doit légitimement se demander s'il ne ment pas, et j'ai tout lieu de croire qu'il cherche à en imposer dans la circonstance. Mais en admettant même qu'il soit sincère, il a pu dominer cette unique impulsion bien ancienne qui ne s'est jamais reproduite depuis. Cependant, pendant tout son long séjour à l'asile, l'inculpé a eu, non pas une fois, mais mille fois, la possibilité de satisfaire sa passion pyromaniaque si elle eut existé, puisqu'il a été employé pendant très longtemps, tant à la basse-cour qu'à la porcherie, dans une liberté quasi illimitée que j'ai dû restreindre plus d'une fois en raison des dangers possibles d'une telle situation. C'est parce qu'il avait du dépit de se voir retirer les immunités dont il jouissait de ce chef qu'il s'était évadé la première fois pour

rentrer trois jours après, et la seconde pour aller louer ses services à la Pothenière dont il connaissait le fermier.

Bien qu'il ne parût plus présenter d'impulsions depuis bien longtemps, je ne me croyais pas autorisé à provoquer une sortie que Vuillerot ne sollicitait d'ailleurs pas. Les nombreux incendies allumés par lui et le placement à l'asile fait dans les conditions particulières de son cas, m'imposaient une réserve facile à comprendre, et j'estimais que pour des crimes qui lui eussent valu une longue condamnation, s'il eût été reconnu responsable, la solidité de sa guérison devait être soumise à une épreuve assez longue. Aujourd'hui qu'il a jugé à propos de rompre la séquestration qui lui était imposée, et que les trois mois de liberté dont il a joui n'ont pu démentir la guérison de sa pyromanie, j'ai le droit d'affirmer qu'elle doit être considérée comme réelle et valable.

De tout ce qui précède je suis donc amené à conclure, pour répondre aux questions de M. le juge d'instruction :

1<sup>o</sup> Vuillerot a dit la vérité en s'attribuant l'unique rôle dans le crime commis sur la personne de Laifour.

2<sup>o</sup> Il doit rendre compte de cet acte à la justice (1).

M. MARANDON DE MONTYEL. — Je ne veux pas me prononcer sur l'état mental d'un individu que j'ai vu il y a sept ans. Mais il y a deux faits acquis : 1<sup>o</sup> Il a été épileptique, 2<sup>o</sup> il est devenu pyromane. Ces deux faits étant admis, il me semble extraordinaire qu'il soit responsable aujourd'hui.

M. JOFFROY. — Il y a une règle à observer chez les épileptiques. Il est une période de la maladie où ils sont irresponsables et une période, en dehors de la maladie, où ils sont responsables ou ont une responsabilité limitée. Ici le crime a-t-il été commis dans la première ou la seconde période ? Il me semble que, dans ce cas, tous les détails s'accompagnent de conscience et de souvenir parfaits. C'est bien un épileptique ; il a été assurément un fou. Mais est-ce comme fou ou comme responsable qu'il a agi ? Je crois, d'après le rapport, qu'il a agi en dehors de sa maladie, qui présente des intervalles de lucidité, pendant lesquels il est pervers.

---

(1) Les débats de cette affaire ont eu lieu le 31 mai, devant la Cour d'assises de la Côte-d'Or, et, sur les conclusions du rapport médical, renouvelées à l'audience publique, Vuillerot a été condamné aux travaux forcés à perpétuité. — S. G.

Or, si on ne veut pas punir les pervers, il faut renoncer à récompenser les gens vertueux.

M. BRIAND. — C'est s'engager dans une voie périlleuse que de discuter des rapports qui nous sont soumis. Nous sommes exposés à nous mettre en contradiction avec la justice, en jugeant d'ailleurs sans avoir en main toutes les pièces du procès. Il vaut mieux attendre pour donner son avis scientifique que le jugement ait été rendu.

M. P. GARNIER. — Notre confrère de Dijon s'est assuré l'assentiment du procureur général qui accepte l'opinion de la Société médico-psychologique dans le cas particulier, en réservant bien entendu la publication du rapport après les assises.

M. VALLON. — M. Samuel Garnier s'engage dans une voie mauvaise. Son rapport est plus judiciaire que médical, et il a eu tort, à mon avis, de répondre à la question de savoir comment l'assassin s'y est pris.

M. CHARPENTIER. — Je crois qu'on peut discuter ce rapport, et M. S. Garnier a eu raison de porter la discussion devant nous. Il s'agit, contrairement à ce qui se passe d'habitude, d'un aliéné sorti, et qui, après un crime, n'est pas réintégré dans un asile comme fou. Il me semble que c'est un vulgaire assassin, chez lequel je retrouve les caractères que je rappelais la dernière fois : une seule attaque épileptique qui n'a été vue par personne de compétent, une évasion, un crime. Il a eu des troubles psychiques au moment de la puberté, mais je ne voudrais pas affirmer qu'il ait jamais été fou.

M. P. GARNIER. — Que l'individu soit un dégénéré, un déséquilibré, c'est certain. Il a agi autrefois comme un impulsif pouvant être déclaré irresponsable. Aujourd'hui il ne présente rien de particulier. Depuis plusieurs années à l'asile, il s'évade, se place et combine, d'après des propos entendus, un crime qu'il accomplit froide-ment. En présence de l'absence d'impulsion et de délire, c'est certainement à un criminel responsable qu'on a affaire. M. Vallon a assurément raison. Mais le ques-tionnaire du juge d'instruction indiquait la marche à suivre : « Peut-on ajouter foi aux déclarations de l'accu-sé ? » y était-il spécifié. M. S. Garnier a été obligé de faire le magistrat enquêteur et il est excusable.

M. VALLON. — Que l'accusé modifie ses récits aux assises, que fera le médecin ?

M. BRIAND. — C'est certainement une voie dangereuse que de discuter ainsi des rapports avant le jugement, et je demanderai à M. Charpentier s'il a la conscience tranquille en approuvant, sur l'audition seule du rapport, les conclusions de M. S. Garnier.

M. CHRISTIAN. — Au point de vue scientifique, on peut discuter le rapport, mais la Société médico-psychologique ne peut pas se prononcer et s'en rendre ainsi solidaire.

M. P. GARNIER. — Il est en effet impossible de se prononcer, et j'ai compris qu'il faudrait mettre tant de réserves dans la réponse qu'elle ne servirait plus à rien.

M. CHARPENTIER. — Il suffit de remercier simplement M. S. Garnier et répondre qu'on ne peut donner aucun avis sur ses conclusions.

La séance est levée à six heures.

P. SOLLIER.

---

## SÉANCE SOLENNELLE DU 30 MAI 1892.

### **Présidence de M. Th. ROUSSEL.**

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

### *Correspondance et présentation d'ouvrages.*

La correspondance manuscrite comprend :

1<sup>o</sup> Une lettre de M. le Dr Boeteau, sollicitant le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Bouchereau, Dubuisson et René Semelaigne, rapporteur ;

2<sup>o</sup> Une lettre de M. le Dr Toulouse, sollicitant le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Bouchereau, Vallon et Marandon de Montyel, rapporteur ;

3<sup>e</sup> Une lettre de remerciements de M. Boubila, nommé membre correspondant dans la dernière séance.

La correspondance imprimée comprend :

Le numéro de mai des *Annales de psychiatrie* et de la *Revue de l'hypnotisme* :

*Eloge de J. Baillarger.*

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture de l'éloge de J. Baillarger. (V. plus haut p. 5.)

*Rapport sur le prix Esquirol.*

M. RENÉ SEMELAIGNE. — Messieurs, vous avez confié à une commission composée de MM. Bouchereau, Falret, Mitivié, Ritti et René Semelaigne le soin de désigner à vos suffrages le plus méritant des compétiteurs pour le prix Esquirol.

Deux mémoires ont été présentés cette année. Le n° 1 a pour titre : *Neurasthénie et mélancolie dépressives. Contribution à l'étude de l'étiologie de la mélancolie*, et porte comme épigraphe cette maxime de Lasègue : « C'est un fait commun dans l'histoire des maladies que les travaux auxquels elles donnent lieu, changent de formes suivant les temps qui les voient naître. »

Le mémoire n° 2 est une *Contribution à l'étude des troubles de la sensibilité et des réflexes dans la paralysie générale*. Cette phrase du professeur Ball : « La paralysie générale est la maladie du siècle », lui sert d'épigraphe.

Avant d'esquisser une rapide analyse de ces travaux, nous sommes heureux d'offrir nos félicitations sincères aux deux concurrents. Ils ont, chacun, fait preuve de qualités sérieuses, et le désir de la commission eût été de décerner une double récompense. Mais le prix Esquirol ne saurait être divisé. Nous nous trouvons donc, à notre grand regret, dans la triste obligation de vous réclamer une victime.

L'auteur du mémoire n° 1 nous montre d'abord dans quelles conditions il a entrepris sa tâche. On n'avait fait que signaler jusqu'à ce jour, surtout en Allemagne, les

rapports de la neurasthénie avec la mélancolie. Ayant pu réunir plusieurs observations, où les relations de l'épuisement nerveux et de la lypémanie paraissaient suffisamment nettes, il s'est proposé de nous les présenter avec quelques observations générales à l'appui.

Parmi les soixante malades soumis à son examen, il a reproduit seulement les observations de ceux qui lui ont paru le moins chargés de tares héréditaires, ou dont les cas se rapprochaient le plus de l'état dépressif, avec le moins possible de complications hypocondriaques ou d'idées de persécution. Il les a classés à peu près dans un ordre correspondant à la gradation de passage de la névrose à la vésanie.

Après un rapide aperçu sur l'état actuel de la question, l'auteur insiste sur l'analogie des conditions étiologiques. Une succession de causes, ou une continuité de la cause première détermine la neurasthénie d'abord, et la lypémanie ensuite ; celle-ci survient comme une phase d'aggravation. Mais si, sous l'influence d'un agent plus puissant, la lypémanie se déclare d'emblée, n'y a-t-il pas lieu d'y voir un état grave de suite et à début bruyant de la même entité morbide, comme les choses se passent souvent dans d'autres maladies ? En effet, l'examen de ces lypémanies aiguës montre réunis tous les signes physiques et psychiques des deux affections, mais à un degré d'intensité supérieur à celui des cas chroniques ordinaires.

Dans la mélancolie dépressive, tous les symptômes physiques de l'épuisement nerveux peuvent se retrouver et existent parfois réunis chez le même malade. Mais les uns sont aggravés, les autres n'ont pas changé d'aspect ; certains sont corrigés ou diminués par l'immobilité qu'impose la psychose.

Sous le rapport des phénomènes psychiques, la similitude de caractère des deux états est telle, qu'il est difficile, dans la généralité, d'établir une différence, à moins de chercher celle-ci dans le degré d'intensité. La lypémanie dépressive inconsciente est, en quelque sorte, le terme fixe, la cristallisation de l'état neurasthénique. Le malade, tombé dans l'aboulie absolue, a, pour ainsi dire, tari la source de toutes ses énergies. Il ne réagit presque plus aux impressions externes, ne regarde plus

en dehors de lui. Ses sensations suggestives le trompent, ses obsessions se déterminent, se définissent et constituent l'idée fixe autour de laquelle gravite le délire.

Passant ensuite à l'étude de l'asthénie psychique, l'auteur montre que l'angoisse et l'émotivité extrême du neurasthénique, sont, avec son défaut général d'énergie, les facteurs de sa timidité et de sa défiance de lui-même. Cette timidité, qui parfois échappe aux yeux chez les mélancoliques, existe pourtant, mais avec des manifestations moins bruyantes, et elle est d'autant moins apparente que le malade est plus déprimé. Ce ne sont plus, en effet, les rougeurs subites, les contractions de la face, les palpitations, la respiration haletante, le tremblement exagéré qui la dénoncent. L'irritabilité a subi chez le lypémâniaque l'influence du processus dépressif, et les réactions automatiques ont elles-mêmes perdu de leur activité. Certains de ces malades redoutent encore un entretien avec une personne étrangère, à un tel point que le tremblement qu'ils en éprouvent est visible même chez des stupides. Pour d'autres on peut, le doigt sur l'artère, saisir l'accélération cardiaque produite par l'émotion ; ou bien, la rougeur monte au front de ces malades inertes et muets et constitue le seul indice des réactions. Dans les formes hyperesthésiques, anxieuses, au contraire, où la dépression est moins universelle, l'émotivité prend un caractère dominant, et les moindres modifications extérieures, les moindres phénomènes internes réveillent chez le sujet les plus terribles angoisses.

La diminution de l'ensemble des énergies conduit à une prostration générale, et, à un plus haut degré, à cette stupeur sans mouvement et sans délire, sans idée, sans pensée, sans aucun travail cérébral, que l'on doit distinguer de la stupeur apparente avec délire terrifiant.

Si les défaillances inégales des diverses énergies des facultés constituent, selon leurs groupements, les divers types de la maladie, la déchéance égale dans l'ensemble, mais inégale dans son intensité, établit la différence entre le déprimé épuisé nerveux simple et le lypémâniaque. L'un est un parétique, l'autre un paralytique.

Après nous avoir présenté une série de quinze obser-

vations détaillées et fort intéressantes, l'auteur pose les conclusions suivantes : « La neurasthénie est une entité morbide dont les symptômes constants : céphalée, insomnie, angoisse, tachycardie, troubles de la sensibilité générale, dépression, sont en rapport étroit avec ceux de la mélancolie. »

L'auteur du Mémoire n° 2 a porté ses recherches sur cent-soixante-quinze paralytiques généraux ; mais il dut en éliminer cent-vingt-cinq, desquels il ne lui fut pas possible d'obtenir des renseignements suffisamment précis pour être en droit de les faire figurer sur sa statistique. Il lui reste donc cinquante observations pour établir les conclusions de son travail. D'après ses expériences, la conservation des réflexes tendineux ou même l'exagération de certains d'entre eux, sont des phénomènes qui manquent rarement dans la paralysie générale. Les réflexes pupillaires sont modifiés chez un très grand nombre de malades, l'auteur a trouvé l'existence du signe d'Argyll Robertson à un degré plus ou moins accentué seize fois sur cinquante. Quant à l'inégalité pupillaire, elle existait dans trente-six cas. Il y avait de la mydriase soit de l'une, soit des deux pupilles, chez vingt et un sujets ; le myosis unilatéral s'est rencontré quinze fois. Généralement, altération des réflexes cutanés. Diminution ou abolition du réflexe plantaire, soit d'un côté, soit de l'autre, dans vingt-huit cas. Très souvent ce phénomène est surtout accentué du côté du corps où les réflexes tendineux sont le plus exagérés. Sens du goût altéré chez vingt-quatre malades sur quarante et un. Diminution ou abolition de l'odorat.

Dans douze cas, il existait à la fois une diminution des trois grands modes de la sensibilité cutanée (sens du tact, de la température, de la douleur).

Dans une autre série, la sensibilité tactile était conservée, mais il y avait une anesthésie plus ou moins accentuée aux excitations douloureuses et thermiques. Enfin, chez sept paralytiques, on ne trouvait que de l'analgésie. Toutes les fois que celle-ci a pu être observée à l'état isolé ou associée à d'autres troubles de la sensibilité, elle s'étendait à la plupart des régions du corps. Cependant elle affectait à un degré plus marqué les membres inférieurs. On constatait au contraire qu'elle

faisait presque toujours défaut d'une façon plus ou moins complète, au niveau du rachis et des muscles sacro-lombaires. L'auteur en conclut que la peau de la moitié inférieure du dos, sur les côtés de la ligne médiane, conserve le plus souvent, à peu près intacte, la sensibilité à la douleur dans la paralysie générale, quel que soit l'état analgésique des autres régions. Il est exceptionnel, suivant lui, que la thermo-anesthésie existe seule, sans être précédée ou accompagnée de troubles de la sensibilité à la douleur. La méningo-encéphalite serait souvent compliquée de dégénérescences médullaires, analogues à celles qui se produisent dans la syringomyélie, les grands symptômes cliniques de cette dernière affection, l'analgésie et la thermo-anesthésie, se rencontrant à des degrés divers, soit isolément, soit réunis.

L'absence presque totale de troubles anesthésiques prouverait que les cordons postérieurs ne sont pas atteints chez les paralytiques généraux, toutes les fois que le tabes dorsalis ne vient pas compliquer la situation. L'on doit donc rechercher avec soin les signes de cette dernière affection, lorsque la sensibilité tactile a disparu, ou est seulement diminuée. L'auteur observe qu'il ne faut pas perdre de vue que, si la paralysie générale s'ajoute fréquemment à l'ataxie, la sclérose peut également suivre une marche descendante, et envahir la moelle en des points très divers; le plus souvent l'altération porte sur les colonnes grises, mais parfois les faisceaux de Burdach deviennent le siège de la lésion secondaire.

« De tous ces faits, déclare-t-il en terminant, nous conclurons que, dans la paralysie générale, il existe, d'une manière plus ou moins fréquente, à des degrés divers, des troubles variés et multiples de la sensibilité, dont quelques-uns peuvent être considérés, jusqu'à un certain point, comme spéciaux à cette affection, et méritent donc, à ce titre, d'être pris en considération. »

Messieurs, les deux mémoires que nous avons eu à examiner, et dont vous venez d'entendre une courte analyse, nous ont paru l'un et l'autre dignes d'une récompense. Néanmoins le premier présente un caractère d'une originalité plus grande, et sort davantage

des chemins battus. Votre commission vous propose donc de décerner le prix Esquirol au Mémoire n° 1, intitulé « Neurasthénie et Mélancolie dépressives ». Elle vous prie en même temps de vouloir bien accorder une mention très honorable à l'auteur du Mémoire n° 2.

Conformément aux conclusions de ce rapport, le prix Esquirol est décerné à M. Boissier, interne de l'asile de Villejuif ; une mention honorable est accordé à M. Guérin, interne du même établissement.

*Rapport sur le prix Moreau (de Tours).*

M. CHASLIN. — Messieurs, je viens au nom de la commission du prix Moreau (de Tours), composée de MM. Luys, Moreau (de Tours), Saury, Vallon, Chaslin, vous rendre compte de ses appréciations.

Il y a eu six mémoires présentés, tous les six à peu près d'égal mérite ; aussi n'est-ce pas sans une certaine difficulté qu'on a pu en distinguer particulièrement trois. Malgré toutes les qualités des mémoires éliminés (n° 1, n° 4 et n° 5), je ne vous entretiendrai ici rapidement que de ceux que la commission a cru devoir désigner à vos suffrages. Elle présente en première ligne, pour le prix, le mémoire de M. A. Marie, intitulé : *Etude sur quelques symptômes des délires systématisés et sur leur valeur*; en seconde ligne *ex æquo*, pour une mention honorable : *l'Essai sur l'état mental des hystériques*, de M. Henri Colin et *l'Hystérie mâle et dégénérescence*, de M. J. Roubinovitch.

Tout n'est pas parfait dans ces mémoires. Celui de M. Marie, pour le dire, tout d'abord, a le grand défaut d'être un peu confus ; cependant la commission a trouvé qu'il y avait un grand nombre d'observations bien prises, quelques-unes curieuses, et une étude de quelques symptômes sur lesquels on n'avait guère fait de travail d'ensemble, du moins en France. M. Marie a eu spécialement en vue les réactions défensives élémentaires chez les persécutés ; les bizarreries du langage, néologismes, incantations conjuratrices parlées ; les bizarreries de l'écriture, les formules d'exorcismes, symboles et signes cabalistiques ; enfin, les attitudes, les costumes et les gestes défensifs. Après avoir donné de nombreux exem-

ples, il discute les théories pathogéniques qui attribuent ces phénomènes, soit à la débilité native, soit à la démence acquise, soit enfin à l'atavisme. Il se rattache à l'hypothèse de la débilité native, autrement dit de la dégénérescence mentale. On rencontre dans ce mémoire à peu près toutes les réactions (qui ne sont pas des réactions violentes, ni des bizarries de maniaques ou des incohérences de déments) qui se produisent chez les délirants systématiques. Je signalerai surtout l'observation de Fl... (p. 100) parce qu'elle montre bien toute l'analogie qu'il y a entre les formules, gestes, paroles singulières des fous systématiques et les trucs mentaux employés par les fous avec conscience pour se soulager. C'est un travail intéressant, mais qui gagnerait notablement à être remanié.

M. Colin a eu pour but de démontrer qu'il n'existe pas de folie hystérique ni d'état mental propre à l'hystérie. En dehors du délire lié à l'attaque, lorsqu'un hystérique présente des troubles mentaux, ces troubles doivent être rattachés à la dégénérescence mentale héréditaire. L'hystérie et la dégénérescence sont, dit M. Colin, deux maladies évoluant côte à côte. La commission, tout en faisant ses réserves sur le fond de ce travail, a cru devoir le récompenser à cause des nombreuses et minutieuses observations qu'il renferme.

M. J. Roubinovitch tire de son mémoire des conclusions un peu différentes de celles de M. Colin, car pour lui il y aurait des rapports étroits entre la dégénérescence et l'hystérie : « Nous pouvons donc dire, conclut M. Roubinovitch, que la dégénérescence et l'hystérie paraissent avoir une affinité mutuelle qui se manifeste sous l'influence d'un agent provocateur quelconque : alcoolisme, maladies infectieuses, fièvres éruptives, traumatisme, grandes perturbations morales, misères, etc..., l'hystérie paraîtrait être ainsi le résultat d'une évolution logique de la dégénérescence. »

Si j'ai bien compris la pensée de l'auteur, l'hystérie serait une forme de dégénérescence. Mais les troubles mentaux qui peuvent exister chez l'hystérique doivent être rapportés à une autre forme de cette dégénérescence. C'est avec une réserve modeste, que l'on ne peut qu'approuver, que l'auteur pose ses conclusions.

Tels sont, Messieurs, en peu de mots, la substance des mémoires transmis à votre commission et le résultat des délibérations de celle-ci.

Conformément aux conclusions de ce rapport, le prix Moreau (de Tours) est décerné à M. Marie, médecin-adjoint à l'asile d'Évreux, et une mention honorable est accordée à M. H. Colin, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Gemmes-sur-Loire, et à M. Roubinovitch, ancien interne des asiles de la Seine.

#### *Rapport sur le prix Aubanel.*

M. P. SOLLIER. — Messieurs, vous avez nommé une commission composée de MM. Falret, Garnier, Séglas, Arnaud et Sollier, rapporteur, chargée d'examiner les titres des candidats au prix Aubanel. La tâche de votre commission a été simplifiée par le nombre restreint des mémoires envoyés, au nombre de trois seulement, et plus encore par la brièveté de ces mémoires. La question posée était : *Etude sur la fréquence du délire des grandeurs dans le délire de persécution.*

Nous laisserons immédiatement dans l'ombre le mémoire n° 3. La modestie de l'auteur qui se révèle dans l'épigraphe qu'il a inscrite en tête de son mémoire : *Ex mediocritate mea feci*, nous fait un devoir de ne pas insister. Outre qu'il ne renferme que dix-neuf pages, c'est une dissertation par trop fantaisiste du délire ambitieux des persécutés. La statistique qui comprend 98 persécutés, dont l'histoire clinique n'est pas rapportée, même de la façon la plus sommaire, et qui, par conséquent, ne s'appuie sur aucune base clinique sérieuse et contrôlable, amène l'auteur à la conclusion qu'on rencontre trois mégalomanes sur cinq persécutés. C'est le seul partisan convaincu de la psychose systématique progressive, et, par malheur, ses affirmations manquent de preuves.

Le mémoire n° 2, portant pour épigraphe : « Quel esprit ne bat la campagne, qui ne fait châteaux en Espagne ? » n'a pas de peine à être de beaucoup supérieur au précédent, sans cependant être suffisant. Après un historique assez bien traité, et qui promet plus que ne tient le reste du travail, l'auteur pose nettement la

question, et d'une façon clinique, distinguant les vrais persécutés devenus mégalomanes avant d'être déments, et ceux qui ont des idées de grandeur tenant seulement à leur état de démence. Il aborde alors la question de la fréquence du délire des grandeurs. Malheureusement il se cantonne trop dans cette étude, évidemment la principale dans l'espèce, mais à laquelle se rattachent une série d'autres points intéressants, ayant pour objet de rechercher le pourquoi de cette fréquence, le mode de développement des idées de grandeur, leur époque d'apparition, l'influence qu'elles ont sur le délire de persécution, etc. En outre, les observations ne sont pas originales. Elles sont empruntées à des recueils, à des registres d'asiles, et remontent jusqu'à 1850. Aussi certaines d'entre elles ne prouvent-elles pas du tout ce que l'auteur veut démontrer, quand, même, elles ne vont pas à l'encontre. L'absence d'observation directe des malades qu'il nous présente et le manque de précision des faits rapportés ôtent à son travail beaucoup de sa solidité. Le chiffre des cas sur lequel il s'appuie est d'ailleurs assez faible (59 malades en tout, dont 39 femmes et 20 hommes), et ne permettrait pas, en admettant même que toutes les observations fussent bien nettes, d'en tirer des conclusions très fermes.

Quoi qu'il en soit, l'auteur arrive à cette conclusion que le délire mégalo-maniacal se rencontre dans 33,30 p. 100 des cas dans le délire des persécutions ; mais tandis qu'il se présente avec une fréquence de 20 p. 100 seulement chez les hommes, cette fréquence est de 43,58 p. 100 chez les femmes. En outre, l'état de mariage favoriserait dans les deux sexes l'éclosion du délire des grandeurs. L'auteur a aussi cherché l'influence des professions sur son développement. Mais, je le répète, les chiffres sur lesquels il se base sont absolument insuffisants pour autoriser aucune conclusion de quelque valeur.

En résumé, le mémoire n° 2 est assez faible et très incomplet. L'auteur s'est borné à faire de la statistique, qui laisse, du reste, beaucoup à désirer, et au point de vue de la quantité et au point de vue de la qualité des faits.

L'auteur du mémoire n° 1, ayant pour épigraphe :

ANN. MÉD.-PSYCH., 7<sup>e</sup> série, t. XVI. Juillet 1892. 10. 10

« Le délire de persécution n'est pas la conséquence d'une forme du caractère, etc., etc., », a en partie comblé les lacunes que nous reprochions au mémoire précédent, et s'annonce dès le début comme un clinicien au courant de la question et un esprit assez logique. Il pose bien la question mise à l'étude, et fait un bon exposé historique, qui n'a que le défaut d'être un peu court. Les malades dont les observations cliniques servent de point d'appui à cette étude se répartissent sur une période de trente années. Ici encore l'examen direct manque donc. Toutefois l'auteur a cherché à éliminer tous les cas douteux où le diagnostic de délire de persécution avait été posé. Mais il semble que toutes ses observations ne soient pas comparables, car on en trouve où la démence survient dès vingt-huit, trente et quarante ans, ce qui n'est guère le fait du délire de persécution à évolution systématique. Dans un certain nombre aussi la systématisation du délire n'est pas suffisamment mise en relief. Ces réserves faites sur la valeur absolue des observations, le nombre des cas sur lesquels s'appuie l'auteur est de 38 seulement, ce qui paraît bien peu. La moyenne de la durée totale de la maladie au moment de l'observation a été de quinze ans chez les hommes et de quatre ans chez les femmes. C'est assurément trop court pour pouvoir se prononcer dans une affection dont l'évolution est si longue ordinairement.

Comment l'idée de grandeur se fait-elle jour ? L'auteur rappelle les opinions émises par MM. Foville, Garnier, Christian, Ritti, Marandon de Montyel, Mairet, etc. Il adopte celle soutenue par M. Falret, que le délire mégalomaniaque n'est qu'un délire surajouté au délire de persécution et rejette la doctrine de l'entité du délire chronique, telle que la conçoit M. Magnan.

Il trouve chez les hommes 22 p. 100 de mégalo-manes et 75 p. 100 chez les femmes. Ces résultats sont à rapprocher de ceux du précédent mémoire, avec lesquels ils concordent, surtout en ce qui concerne les hommes. L'auteur ne se prononce pas, tout en soulevant la question, sur le rapport des préoccupations génitales avec les idées ambitieuses, chez les femmes.

Considérant ensuite non plus les idées ambitieuses quelconques — qu'il croit à tort être regardées par les

partisans du délire chronique comme suffisantes pour constituer la troisième période de ce délire — mais la transformation seule de la personnalité comme caractéristique du délire de grandeurs, l'auteur n'obtient plus sur l'ensemble des observations que 21 p. 100 de mégalomanes, chiffre qui se rapproche de ceux de MM. Falret et Pichon.

De toutes façons, soit dans l'ensemble, soit suivant le sexe, il n'en reste pas moins, d'après l'auteur, que la fréquence du délire de grandeurs est relative et non absolue, et que ce degré de fréquence oscille entre 25 p. 100 et 75 p. 100.

Quant à l'influence de l'hérédité, si importante pour M. Mairet, il n'a trouvé sur ses trente-huit persécutés que sept héréditaires.

La moyenne de l'époque d'apparition du délire mégalomaniacal serait de trois ans à trois ans et demi. Mais les moyennes en ces sortes de choses sont toujours mauvaises. Ce sont les limites extrêmes qu'il importe surtout de faire ressortir. Or, sur les seize persécutés ambitieux de l'auteur, onze, c'est-à-dire les deux tiers, étaient devenus mégalomanes entre un et quatre ans ; les autres entre quatre et huit ans. Ce délire de grandeurs peut donc apparaître au bout d'un an au minimum, et de huit ans au maximum. Il semble que ces chiffres soient un peu faibles, et que, en ce qui regarde la limite minima, les cas où on la rencontre ne soient pas du vrai délire de persécution chronique, comme nous le faisions remarquer plus haut, en critiquant la valeur des observations cliniques à propos de la rapidité d'apparition de la démence dans certaines d'entre elles.

L'auteur s'est enfin demandé si le délire mégalomaniacal efface le délire de persécution, et croit que les idées de persécution persistent toujours concurremment aux idées de grandeur. Il insiste, du reste, peu sur ce point. Peut-on enfin prévoir l'évolution d'un délire de persécution vers le délire de grandeur ? Il n'y a aucun moyen de le pronostiquer, répond l'auteur.

En résumé, c'est un travail assez consciencieux, fait sans parti pris, exposé d'une façon assez claire et dans un style simple, mais qui pèche par la base, c'est-à-dire par l'insuffisance des données statistiques, alors que le

nombre et plus encore peut-être la précision des observations choisies étaient de première importance.

En conséquence, Messieurs, votre Commission, tout en regrettant que le prix Aubanel, malgré sa grande valeur, ne suscite pas plus de concurrents, ni surtout de meilleurs travaux, n'a pas cru devoir, cette année encore, décerner le prix. Elle vous propose seulement de donner à l'auteur du Mémoire n° 1, une récompense de 800 francs à titre d'encouragement, et à celui du Mémoire n° 2, une mention honorable.

La question proposée par la Commission pour le prix Aubanel à décerner en 1893 est : « Des rapports de l'ataxie locomotrice et de la paralysie générale. »

Les conclusions du précédent rapport sont adoptées : le prix Aubanel n'est pas décerné cette année ; une récompense de 800 francs à titre d'encouragement est accordée à l'auteur du mémoire n° 1, M. le D<sup>r</sup> Samuel Garnier, médecin-directeur de l'asile de Dijon ; une mention honorable est donnée au mémoire n° 2 qui a pour auteurs MM. Nicoulau et Malfilâtre, médecins-adjoints des asiles de la Seine-Inférieure.

La séance est levée à six heures.

RENÉ SEMELAIGNE.

---

---

# REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

---

## JOURNAUX AMÉRICAINS

**The journal of Nervous and Mental Disease.**  
ANNÉE 1890.

**I.** — *Trois signes diagnostiques de mélancolie*, par le Dr Landon Carter Gray (numéro de janvier). — L'auteur admet quatre formes de mélancolie : la mélancolie simple, la mélancolie agitée, la mélancolie anxieuse, la mélancolie avec stupeur. La mélancolie simple, celle qu'il a particulièrement en vue, et ce qui se base d'ordinaire sur des troubles de la sensibilité des organes, hallucinations ou illusions, est souvent difficile à rencontrer à son début, d'autant plus que les malades gardent encore, à un degré plus ou moins élevé, un fonctionnement régulier dans leurs facultés intellectuelles. D'après l'analyse de soixante observations de mélancolie simple, recueillies par lui, le Dr Landon Carter Gray estime que le diagnostic peut en être fait d'après trois signes essentiels, qui se trouvent habituellement réunis, savoir : l'élément mélancolique proprement dit, une insomnie marquée, de la douleur post-cervicale. Cette dernière se fait sentir vivement au derrière de la tête, au cou, et même parfois jusqu'aux épaules. On peut aisément la confondre avec un état névralgique. L'insomnie n'affecte pas d'allures spéciales, mais se manifeste ordinairement dès le premier début de la maladie.

**II.** — *Cas de mélancolie aiguë, au cours de laquelle se produisit le signe d'Argyll Robertson, en même temps que l'abolition du réflexe patellaire d'un côté et sa diminution de l'autre*, par le Dr Tomlinson (numéro de février). — Histoire d'un malade chez qui, à la suite de fatigue professionnelle et de préoccupations diverses, s'était développée une mélancolie profonde avec idées de ruine et d'indignité. Son état de dépression, la difficulté de l'alimenter, l'affaiblissement rapide de sa santé avaient décidé à l'interner dans un asile d'aliénés. Il y était depuis

quatre semaines, quand on remarqua que ses deux pupilles étroitement contractées, ne se dilataient pas, lorsqu'on abaisait les paupières, mais cependant subissaient des mouvements d'accommodation. On remarqua en même temps que du côté droit, le réflexe rotulien était entièrement aboli, pendant qu'il était sensiblement diminué du côté gauche. La langue ne présentait aucun tremblement. On put croire à un début d'ataxie locomotrice, bien qu'on n'eût constaté ni douleurs, ni altération de la marche ; mais, peu de temps après, le malade s'améliora, ces divers symptômes disparurent, et finalement on arriva à un état qui fut considéré comme guérison. L'individu rentra dans sa famille.

#### ANNÉE 1891.

I. — *Manie hystérique*, par le Dr H.-A. Tomlinson (numéro d'avril). — Tout en constatant que la forme morbide désignée sous ce nom n'a point une place nettement marquée dans le cadre nosologique, l'auteur l'emploie cependant et l'applique à un groupe de faits dans lesquels la perturbation mentale est caractérisée par de l'exaltation, qui alterne quelquefois avec de la dépression, qui se présente à divers degrés de violence, par des propos incohérents avec ou sans hallucinations, et sans idées délirantes prédominantes. L'activité est exagérée, les actes sont faits dans un but déterminé, et sont en quelque sorte suggérés par les circonstances.

Ce qui distinguerait la manie hystérique de la manie aiguë simple, c'est la conservation de la mémoire, le défaut de perversion mentale, et la direction intentionnelle des actes.

Le plus ordinairement, cette manie est causée par du surmenage mental ou un état d'épuisement dû à quelque maladie physique.

Parmi les observations relatées, il suffit de prendre la première et de la résumer, pour bien faire connaître les malades que l'auteur en a vue.

Une femme de trente-deux ans, couturière, fatiguée par le travail, mal nourrie, épuisée, est prise d'excitation et devient rapidement violente au point qu'il faut plusieurs personnes pour la contenir ; puis elle tombe non moins rapidement dans une dépression profonde, et ces deux états alternent pendant un certain nombre de jours, jusqu'à ce que fussent survenues des périodes de calme, qui furent le prélude de la guérison. A aucun moment la malade ne perdit conscience d'elle-même et

quel que fût son état, elle agissait dans le dessein d'attirer l'attention sur elle, de troubler et de déranger les personnes qui l'environnaient.

Les individus qui présentent des dispositions de ce genre sont communs, et méritent cependant d'être signalés à part; mais pourquoi qualifier leur état d'hystérique? C'est ce que le Dr Tomlinson ne dit pas.

II. — *Influence des émotions dans la période puerpérale*, par le Dr Adam H. Wright (numéro de mai). — Intéressant mémoire qui appelle l'attention sur l'influence nocive que des émotions trop fortes peuvent exercer chez la femme en état de puerpéralité. L'influence générale de l'esprit sur le corps a été mise en lumière d'une façon remarquable par le Dr Hack Tuke, qui a longuement insisté sur l'action des émotions. Les faits relatés par le Dr Wright sont une preuve de plus de l'importance de cette action, celui-ci a maintes fois observé des femmes en couches chez qui une contrariété un peu vive, une impression trop subite, la crainte, l'anxiété avaient déterminé des accidents divers, fièvre, excitation, modification de la sécrétion lactée, éclampsie, voire même, et c'est là ce qui nous intéresse le plus ici, un accès de maladie mentale. Aussi est-il nécessaire d'apporter une grande circonspection autour des personnes qui sont dans une période puerpérale, surtout celles qui sont d'un tempérament émotif.

III. — *Trois cas de folie chez des enfants*, par le Dr Thomas L. Wells (numéro de mai). — Le premier cas concerne une jeune fille qui fut prise, vers sa quatorzième année, de trouble mental caractérisé d'abord par une grande irritabilité, des dispositions capricieuses et fantasques. Bientôt, à la suite de l'obligation où elle avait été de retirer un corset qu'elle tenait à porter et qui était fort étroit, elle présenta une exaltation maniaque des plus violentes, ne dormant pas, tenant des propos tout à fait incohérents, et refusant de prendre de la nourriture. Cet état dura toute une semaine. On lui rendit son corset, et, à partir de ce moment, elle devint plus calme. Cependant son caractère ne s'était pas amendé. Quelques mois plus tard, à la suite d'un incident du même genre que la première fois, elle eut encore un violent accès de manie, dans lequel elle manifesta des idées délirantes diverses, notamment des idées de persécution; on dut la nourrir avec la sonde. Au bout de quelques jours, sous l'influence d'un traitement surtout narcotique, l'excitation diminua; mais l'accès maniaque dura encore plusieurs

mois et guérit. La menstruation de cette enfant ne s'établit que dans l'année qui suivit la guérison. Les antécédents de la malade ne présentaient rien de bien particulier, sinon que sa mère était une femme très impressionnable et un peu faible d'esprit. Mais quatre ou cinq mois avant l'état de folie, il était survenu de la chorée, qui cessa presque en même temps que la maladie mentale.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'une fillette de onze ans, sans antécédents héréditaires appréciables, mais ayant un frère bizarre et peu intelligent. Elle-même, à partir de sa neuvième année, était devenue capricieuse, irritable, ayant conçu contre sa mère des sentiments d'animadversion, tels qu'elle allait jusqu'à vouloir la frapper. Enfin, l'état morbide se caractérisa par des idées de défiance ; elle disait que la nourriture sentait mauvais et souvent elle refusait de manger ; elle s'imaginait que les personnages des affiches murales la regardaient fixement. Elle avait des accès de rire soudains et sans motifs. Très dissimulée, nullement communicative, paraissant avoir quelques hallucinations de la vue, elle resta plusieurs mois dans le même état. Le traitement, avec prédominance de toniques, aboutit à une guérison.

Le troisième cas est celui d'un garçon, qui avait eu dans sa petite enfance, un accident mal déterminé « à la tête » et qui était resté faible d'esprit. Vers l'âge de douze ans, il se mit à manifester des idées de persécution. Un jour il disparut ; la police le retrouva après trois jours de recherches ; il avait passé tout ce temps à vagabonder, et raconta, d'une manière incohérente, qu'il avait été entraîné par un homme bien mis qui l'avait engagé à le suivre. Quelque temps après se produisit un autre incident du même genre ; on le retrouva dans un terrain désert, complanté d'arbres, où il se cachait ; il paraissait terrifié. Il ne put pas bien rendre compte de ce qu'il était devenu. Au moment où l'observation est publiée, aucune amélioration n'est survenue et les idées de persécution sont les mêmes.

*IV. — Considérations cliniques sur la mélancolie, spécialement dans ses rapports avec la lithémie, le mal de Bright et la glycosurie, par le Dr C. Eugène Riggs (numéro de septembre).—* Quoique réellement intéressantes et bien présentées, ces considérations ne mettent en relief aucune particularité clinique nouvelle. L'auteur insiste sur ces relations très intimes de cause à effet, qui peuvent exister entre la mélancolie et les autres états morbides mentionnés dans le titre de l'article.

V. — *De l'étiologie de la paralysie générale*; par le Dr H. A. Tomlinson (numéro de décembre). — De deux individus qui seront identiquement exposés aux mêmes influences morbides, pourquoi n'y en aura-t-il qu'un seul atteint de paralysie générale? Cela tient, répond le Dr Tomlinson, à ce que celui-là seulement avait un cerveau prédisposé à subir cette maladie. Suivant cet auteur, toute l'étiologie de la paralysie générale se résume en un vice d'organisation ou de développement cérébral, indispensable pour que d'autres causes, purement accidentelles, puissent déterminer la maladie en question. Si les abus alcooliques, si la syphilis, ou n'importe laquelle des influences ordinairement invoquées, peut amener la paralysie générale, c'est que leur action s'est fait sentir sur un cerveau prédisposé, soumis à des tares héréditaires, irrégulièrement développé et dont les cellules sont incapables de résister aux causes de désorganisation. Et si la paralysie se manifeste plutôt dans l'âge moyen de la vie que dans la jeunesse, c'est qu'alors les cellules cérébrales en voie de désorganisation, perdent leur peu de résistance et ne se reconstituent pas aussi rapidement et aussi complètement qu'il le faudrait. La conception de l'étiologie de la paralysie générale exposée par le Dr Tomlinson, se rapproche beaucoup, on le voit, de celle que M. le Dr Rousset a soutenue vivement devant le congrès de Lyon, conception qui fait jouer, dans cette étiologie, un rôle très important aux influences héréditaires.

VI. — *Note statistique sur deux cent trente-quatre cas de paralysie générale, considérés spécialement au point de vue étiologique*; par le Dr M. Bannister (numéro de décembre). — Cette note comprend tous les cas de paralysie générale, à diagnostic bien certain, admis à l'asile d'aliénés de Kankakee, de 1879 à 1891. Ces cas forment à peu près le vingtième des aliénés admis dans cet asile pendant le même laps de temps, et se décomposent en 199 hommes, 35 femmes. L'âge moyen des individus auxquels ils se rapportent était quarante ans, et comme âges extrêmes, vingt-cinq et cinquante-huit ans; encore, pour des malades âgés de plus de cinquante ans, fallut-il un certain temps avant que l'on pût formuler ce diagnostic. Dans le nombre, il y avait des gens de toute classe et de toute condition. Le Dr Bannister s'est attaché avec un soin particulier à rechercher exactement combien il pouvait y en avoir qui fussent entachés de syphilis, et il a trouvé, 117 pour les hommes, 9 pour les femmes. Sur les 108 restant, 82 hommes,

26 femmes, un grand nombre étaient disparus ou dans des conditions telles, qu'en réalité on ne pouvait rien savoir de précis sur leur compte. En comparant l'influence présumée de la syphilis avec celle des autres causes auxquelles la paralysie générale est habituellement attribuée, surmenage, alcoolisme, chagrins, préoccupations d'affaires, traumatisme, hérédité, etc., le Dr Bannister estime qu'il faut lui reconnaître une part d'action prépondérante, et il formule les conclusions suivantes :

1<sup>o</sup> Contrairement à ce qui se passe pour les autres formes de maladie mentale, la paralysie générale est bien plus souvent acquise qu'héréditaire ;

2<sup>o</sup> Alors même qu'on peut lui donner comme origine, la fatigue cérébrale, le surmenage, la débilité physique, etc., on trouve, après examen approfondi, que la syphilis persistait dans la grande majorité des cas ;

3<sup>o</sup> Les cas, en bien petit nombre, si toutefois même il en est, où il n'existe réellement pas d'antécédents spécifiques, pourraient bien, en réalité, être considérés comme des cas de pseudo-paralysie générale ;

4<sup>o</sup> Si les abus de boissons rentrent parmi les antécédents fréquents de la paralysie générale, il ne s'y rencontrent aucunement d'une manière universelle ou essentielle.

Comme on le voit, le Dr Bannister donne une action prépondérante, exclusive même, à la syphilis dans la production de la paralysie générale.

Dr VICTOR PARANT.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

*Le Localizzazioni cerebrali studiate in un caso d'ipnotismo*  
 (Les localisations cérébrales étudiées dans un cas d'hypnotisme) ; par le Dr Rainaldi Rinaldo. Foligno, Salvati, 1891.  
 1 vol. in folio, 332 pages et X planches.

Le pire destin d'un livre de bonne foi c'est, à coup sûr, de ne pouvoir convaincre personne. Tel a été jusqu'ici le sort d'un livre imprimé avec grand luxe, qu'un médecin italien, fort instruit, en tout cas d'une parfaite sincérité, a publié sous le titre que nous venons de transcrire. L'auteur a rencontré un sujet, B..., hystéro-épileptique, qui, dans ce qu'il nomme la période léthargique de l'hypnotisme, manifestera une hyper-excitabilité de l'écorce cérébrale si exaltée, qu'il serait possible, au moyen de la percussion digitale, d'éveiller, successivement et séparément, les différents centres fonctionnels de la motilité et de la sensibilité générale et spéciale du cerveau.

C'est une généralisation du phénomène rolandique de Silva. Ce phénomène consiste, on le sait, à susciter isolément la mise en activité des fonctions de la zone rolandique, par la percussion ou la pression des points du cuir chevelu correspondants aux centres cérébraux sous-jacents, et cela durant l'hypnose ou à l'état de veille (1885).

Au douzième congrès de l'Association des médecins italiens de Pavie, en septembre 1887, Rainaldi présenta sa malade en léthargie, et, après avoir fait constater chez elle le phénomène de l'excitabilité neuromusculaire, il institua une série d'expériences que nous indiquerons brièvement, avant toute discussion de la méthode et des faits. Nous soumettrons ensuite à un examen critique les expériences de Rainaldi et nous rappellerons quelques-unes des tentatives, semblables ou analogues, qui ont déjà été faites dans le même ordre de recherches. La conclusion de cette note démontrera, je l'espère, avec la fausseté des méthodes, le caractère illusoire des faits invoqués par Rainaldi.

B... est dans la phase de léthargie hypnotique provoquée

que Rainaldi, fervent disciple de l'Ecole de la Salpêtrière, appelle « classique ». En dehors du phénomène de l'hyperexcitabilité musculaire, elle ne réagit à aucune excitation de la sensibilité générale et spéciale : elle ne voit ni n'entend (par hypothèse) ; elle ne peut ni parler ni mouvoir ses membres, flasques et pendants ; la peau et les muqueuses sont insensibles. Alors, en percutant avec le médius droit le point du cuir chevelu correspondant à la région située en arrière de la suture ptéro-temporale et au-dessous de la suture squameuse, partant, à l'extrémité antérieure des T<sub>1</sub> et T<sub>2</sub>, Rainaldi provoque le retour immédiat de l'audition à droite, par exemple, s'il a percuté à gauche. De ce côté, la surdité persiste encore ; le centre droit de l'audition ayant été percuté à son tour, l'ouïe revient à gauche. La malade entend les sons et les bruits. Mais, si on lui parle, elle se borne à tourner insensiblement la tête du côté d'où viennent les paroles : 'ce ne sont pour elle que des sons qui ne réveillent aucune image verbale correspondante ; elle est affectée de surdité verbale. Pour lui rendre l'intelligence des signes du langage articulé, Rainaldi percute la T<sub>1</sub> gauche d'abord, et B..., qui est encore aphasic, témoigne pourtant, par la mimique du visage, qu'elle comprend ce qu'on lui dit en s'adressant à l'oreille droite. Avant de rendre à B... la faculté d'articuler les mots, qu'elle entend et comprend, il convient de rendre la motilité à sa langue et aux muscles innervés par le facial inférieur. Rainaldi percute, à cet effet, en un point du cuir chevelu qui doit correspondre, sur l'écorce, à l'extrémité inférieure des deux circonvolutions rolandiques (précisément au pli de passage fronto-pariéctal inférieur), le centre cortical de l'hypoglosse : les muscles de la langue ont recouvré leurs mouvements. B... est invitée à tirer la langue. Si la percussion a eu lieu à gauche, la langue dévie fortement à droite ; après la même opération à droite, il n'y a plus de déviation de cet organe. De même pour les muscles innervés par le facial inférieur, dont le siège cortical est situé immédiatement au-dessus du centre de l'hypoglosse. B... remue donc maintenant les lèvres et la langue ; mais elle ne peut toujours articuler un seul mot. Percussion, à gauche, du centre de Broca ; B... répond sur-le-champ aux questions. Mais la voix est bien faible, et on n'entend qu'à peine : B... est encore aphone. Percussion, à gauche, de la zone crânienne correspondant à un point de l'écorce situé en arrière du centre de Broca.

Rainaldi a donc (encore par hypothèse) rendu, successive-

ment et séparément, à B..., non seulement l'audition et l'intelligence des mots, mais, avec la motilité des muscles de la langue, de la face et du larynx, la faculté du langage articulé et la phonation.

Notons en passant que tous ces centres corticaux du facial inférieur, de l'hypoglosse, du larynx et de l'articulation verbale, que Rainaldi prétend éveiller isolément par la percussion digitale, à travers les enveloppes osseuses et fibreuses du cerveau, sont situés à quelques millimètres carrés les uns des autres.

B..., qui entend et qui parle, ne voit pas (toujours dans l'hypothèse). Rainaldi, qui a lu Ferrier, Charcot et Pitres, percute la région du pli courbe ( $P^*$ ), et la vue est rendue à la malade. S'il avait lu Munk, ou Seguin, ou Nothnagel, et, en général, la littérature actuelle relative à la localisation du centre de la vision mentale, il aurait percuté la région du lobe occipital — et l'effet aurait été le même. Mais, si B... voit les choses, elle ne comprend pas le sens des caractères graphiques des mots : la percussion du centre de la mémoire visuelle des mots, du lobule du pli courbe, met fin à cette cécité verbale et permet à la malade de lire. La paralysie flasque ou la contracture du membre supérieur droit, dans la léthargie, ne permettait pas d'expérimenter sur le centre de la mémoire motrice des signes graphiques ou de l'écriture, c'est-à-dire sur le pied de la F. Mais Rainaldi met son sujet en somnambulisme et, après l'avoir frappé d'agraphie par suggestion, « d'aphasie de la main », il lui rend la faculté d'écrire en pressant le cuir chevelu de la zone crânienne correspondant au centre d'Exner.

Inutile d'insister sur les réveils successifs, et toujours d'après le même procédé, des centres « moteurs » des membres supérieurs et inférieurs. La sensibilité générale et le sens musculaire ne reviennent pas, toutefois, avec la motilité de ces parties : c'est qu'ils n'ont point, selon Rainaldi, leurs centres corticaux dans les frontale et pariétale ascendantes, comme on l'admet généralement aujourd'hui, ni dans le lobe limbique, selon une autre doctrine également très répandue en Angleterre et en Amérique. Pour Rainaldi, qui suit ici une troisième théorie, c'est en percutant la zone correspondante au lobule pariétal supérieur ( $P_1$ ), jusqu'à la scissure pariéto-occipitale externe, qu'il a pu rendre à B... la sensibilité générale et le sens musculaire de la face, des membres et du tronc.

Mais ce qui, au point de vue de l'histoire des localisations

cérébrales, est bien propre à nous frapper de stupeur, c'est que Rainaldi a fait évanouir l'anosmie et l'agueusie de B..., en percutant des points correspondants aux deuxième et troisième circonvolutions du lobe occipital ( $O_2$  et  $O_3$ )! Rainaldi s'est ici égaré à la suite de guides qui n'étaient ni Broca ni Meynert. B... n'en a pas moins recouvré la faculté de sentir les odeurs et de goûter les saveurs, d'abord dans la narine et sur la moitié de la langue opposées au côté percuté, puis dans les deux narines et sur les deux moitiés de la langue.

Enfin Rainaldi aurait découvert, dans la partie antérieure du lobe frontal, cette *terra incognita*, toute une série de centres d'arrêt des muscles des extrémités supérieures et inférieures, de la langue, du cou, de la tête, des mâchoires, de l'abdomen.

Telles ont été les principales expériences de Rainaldi. Elles reposent toutes sur l'hypothèse d'une transmission directe, et très exactement localisable, des excitations mécaniques du cuir chevelu à l'écorce cérébrale à travers les enveloppes osseuses et fibreuses du cerveau. Or, de l'aveu de Silva lui-même, les vibrations ainsi transmises sont inefficaces : elles rayonnent sur le cuir chevelu et sur le crâne et s'éteignent certainement sur la dure-mère. Toutes les lois connues de la physique le démontrent d'abondance.

Si l'excitation mécanique n'explique ni le phénomène rolandique de Silva ni les expériences de Rainaldi, quelle hypothèse reste-t-il à invoquer? Une théorie vaso-motrice, due encore à Silva. D'après cette théorie, entre la circulation extérieure du crâne et la circulation de l'écorce du cerveau, il existerait d'intimes rapports vaso-moteurs, dont le mécanisme aurait été indiqué par Sperino (1884). Je crois donc, dit Silva, cité par Rainaldi, que « l'excitation mécanique peut, dans ce cas, se propager par les nerfs vaso-moteurs. En excitant la peau chez des individus très excitables, comme chez les hypnotiques, on excite les vaso-moteurs superficiels, puis ceux situés plus profondément, et, par ceux-ci enfin, les organes profonds ». Or on sait que le cuir chevelu, le crâne et la dure-mère sont irrigués par la carotide externe, tandis que l'écorce cérébrale reçoit le sang des carotides internes et des vertébrales. D'une « communication vasculaire » établie entre la substance corticale du cerveau et ses parois osseuses et fibreuses, on ne sait rien. C'est donc accumuler à plaisir des hypothèses que de faire dépendre le prétendu phénomène rolandique d'une prétendue communication de la circulation crânio-cérébrale.

En outre, à l'objection qui lui a été faite au congrès de Pavie, que l'excitation du cuir chevelu, fût-elle transmise à l'écorce, ne saurait atteindre un point circonscrit, Rainaldi répond par l'image de la pierre lancée dans un lac : les vibrations transmises peuvent sans doute se propager à d'autres zones corticales plus ou moins éloignées, mais le maximum de l'excitation cérébrale doit correspondre au point où a été appliqué le stimulus externe. Ce n'est, on le voit, qu'une image, puisque, après Silva, Rainaldi a reconnu lui-même l'impossibilité physique d'une transmission de ce genre.

Ce n'est pas à dire qu'on ne puisse, avec un autre procédé d'excitation, transmettre directement à l'écorce un stimulus appliqué au cuir chevelu. Dans sa note sur les phénomènes qui se manifestent à la suite de l'application du courant galvanique sur la voûte crânienne, M. Charcot avait décrit, en 1882, des faits véritables qui sont bien du même ordre que ceux que croit avoir observés Rainaldi (1). Dans la léthargie hypnotique provoquée des hystériques, l'hyperexcitabilité neuro-musculaire, disait Charcot, ne s'étend pas seulement aux nerfs et aux muscles, mais aussi « aux régions motrices du centre cérébral ». Ainsi, en dirigeant un courant galvanique sur un des côtés du crâne, l'illustre savant vit se produire, à l'interruption du courant, des secousses musculaires dans la face et dans les membres du côté opposé chez le sujet hystérique en léthargie. À l'état de veille, le même courant ne provoquait aucune contraction.

On remarquera que la galvanisation de l'encéphale à travers ses enveloppes a produit ici une réaction d'ensemble, quoique Charcot ait noté qu'elle a été quelquefois circonscrite à une seule région du cerveau. « Il ne s'agit pas ici de localisation cérébrale », déclare-t-il expressément. C'est « par hasard », en recherchant chez les hystériques la résistance des tissus au courant galvanique, qu'il découvrit ces faits. Il les croyait nouveaux, non sans raison. C'est pourtant à la galvanisation de la tête chez l'homme qu'est due l'origine des recherches de Hitzig sur l'excitabilité de l'écorce et sur les localisations cérébrales, ainsi qu'il en témoigne dans plusieurs de ses mémoires (2) : « en faisant passer, dit-il, des courants cons-

(1) C. R. de la Société de Biologie, 7 janvier 1882.

(2) Ed. Hitzig. *Untersuchungen ueber das Gehirn*. Berlin, 1874.  
V. outre le premier mémoire sur l'excitabilité électrique du cerveau.

tants dans la région postérieure de la tête, on détermine facilement des mouvements des yeux qui ne peuvent naturellement être produits que par l'excitation directe des centres cérébraux. » Ce fut alors que, avec Fritsch, Hitzig institua une série d'expériences sur les animaux pour vérifier si, en dépit de l'opinion générale, le cerveau était excitable par l'électricité.

Quelques jours après la présentation de cette note de M. Charcot, M. Dumontpallier lisait, devant la même société savante, un travail sur « les phénomènes qui se manifestent à la suite de l'action du vent d'un soufflet capillaire sur différentes régions du cuir chevelu pendant la période cataleptique de l'hypnotisme chez les hystériques ». Il piqua aussi avec une épingle les régions du cuir chevelu correspondantes aux centres moteurs de l'écorce cérébrale. Il aurait obtenu, avec ces deux méthodes d'excitation, outre des mouvements d'ensemble, des mouvements isolés des membres et de la face. Je n'insiste pas ; les expériences de M. Dumontpallier rentrent évidemment dans la catégorie des expériences de percussion de Silva, de Giacomo Lumbroso et de Rainaldi ; elles sont passibles des mêmes critiques.

Dès 1886, un an avant les expériences de Rainaldi, un médecin distingué de Livourne, Giacomo Lumbroso, faisait connaître que, chez une hystéro-épileptique au plus haut point hypnotisable, mais dans l'état de veille, — et après avoir sillonné la tête d'échelles divisées en centimètres, on obtenait, au moyen de légers coups frappés sur le cuir chevelu, avec un marteau à percussion, une série de phénomènes paralytiques très nets. Outre la paralysie du mouvement et de la sensibilité du bras, de la jambe et de la face, Lumbroso aurait produit ainsi, successivement et séparément, la cécité, la surdité, la perte du goût et de l'odorat, la paralysie de l'hypoglosse, l'aphasie, etc. De simulation, il ne saurait être question, « car la malade ne connaissait évidemment pas la théorie des localisations cérébrales. » Mais Giacomo Lumbroso la connaissait, cette théorie, et il n'y a aucun doute que les résultats des expériences de Lumbroso, comme ceux des expériences de Rainaldi, ne portent la date de 1886 et 1887, et que le siège des localisations n'ait varié avec les livres d'où ces auteurs ont tiré ce qu'ils

---

(1870), le neuvième mémoire, intitulé : *Ueber die beim Galvanisiren des Kopfes entstehenden Stoerungen der Muskelinnervation und der Vorstellungen vom Verhalten im Raume* (1871).

savaient de la topographie des centres fonctionnels de l'écorce. Quand on a vu Rainaldi réveiller les fonctions psychiques de la vision, du goût et de l'odorat en excitant les points du cuir chevelu correspondant aux régions corticales du pli courbe et des deuxième et troisième circonvolutions du lobe occipital, on est pleinement édifié à cet égard.

Nous estimons donc que la critique a le droit de dire à ces auteurs (non à Charcot), ainsi qu'on l'a répété en Italie à Rainaldi : Vous avez fait de vos malades autant de miroirs fidèles de vos propres états d'auto-suggestion ; ils n'ont pu que refléter l'état de vos connaissances anatomiques et physiologiques sur le domaine scientifique des localisations cérébrales : c'est tout ce qu'ils ont fait et pouvaient faire. Votre sincérité n'est point mise en doute. Tous les hallucinés sont véridiques ; ce n'est pas une raison pour ajouter foi à leurs hallucinations.

Il nous reste à dissiper une dernière illusion. Tous ces auteurs, et surtout Rainaldi, insistent, pour expliquer les faits, sur l'exaltation de la sensibilité du système nerveux central dans l'hypnotisme et dans l'hystérie. Ainsi Rainaldi aurait constaté une fois de plus, après Charcot, l'état d'hyperexcitabilité spécial du cerveau pendant la période léthargique de l'hypnose chez les hystériques. Le titre même du livre de Rainaldi ne fait mention que de l'hypnotisme ; c'est un cas d'hypnotisme qui lui a permis d'étudier, comme il l'a fait, les localisations cérébrales. B... relève bien, dans l'opinion de Rainaldi, de ce « grand hypnotisme » dont elle présente, dit-il, les trois phases classiques : léthargie, catalepsie, somnambulisme. B... est hystérique, sans doute ; mais, comme telle, elle est éminemment hypnotisable, et c'est grâce à l'hypnose qu'elle a pu révéler à Rainaldi tant de faits surprenants.

Eh bien, je dis qu'ici encore Rainaldi est une victime de la suggestion, suggestion qu'il partage cette fois avec un assez grand nombre de ses contemporains. Dans l'état de crédulité où il se trouve, non seulement il croit encore à un grand et à un petit hypnotisme : il attribue à l'hypnose des phénomènes qui appartiennent manifestement, non à l'hypnose, mais à l'hystérie. Les trois fameuses périodes qui servent de base à la nosographie de l'hypnose dans l'École de la Salpêtrière n'ont absolument rien à faire avec l'hypnotisme proprement dit. C'est de quoi conviennent aujourd'hui, sans exception d'écoles ni de partis, tous les bons esprits de l'ancien et du nouveau monde, et c'est ce que vient de démontrer encore, mais avec plus d'éclat

que pas un, le professeur Tamburini, de Reggio Emilia (1).

Dans l'hypnotisme, tout est suggestion, et le sommeil provoqué, comme le sommeil naturel d'ailleurs, ne fait qu'exalter une propriété physiologique du système nerveux central, la suggestibilité. Mais combien d'hommes, dont l'excitabilité réflexe est naturellement exagérée, sont suggestibles à l'état de veille ! Pour ceux-là, « il n'y a pas d'hypnotisme » (Delbœuf). Un temps viendra où l'on se convaincra qu'il n'y en a pas davantage pour les autres si, par ce mot, on n'entend qu'un état physiologique d'hyperexcitabilité réflexe du système nerveux, partant un état de suggestibilité mentale plus ou moins intense, allant jusqu'à l'automatisme. Les diverses périodes léthargiques, cataleptiques, somnambuliques que présentent, avec l'hyperexcitabilité neuro-musculaire, cutano-musculaire, avec les contractures, etc., les hystériques dans le sommeil hypnotique, on les observe souvent pendant la veille chez ces malades. Ces phénomènes sont autant de stigmates hystériques qui préexistaient et que l'hypnose n'a fait qu'apparaître, à la manière d'un réactif puissant, en augmentant l'excitabilité réflexe des sujets. Si ces stigmates étaient restés latents, il les décèle et les découvre brutalement. Voilà pourquoi il n'est pas très rare de les observer au cours des hypnotisations, et à cet égard l'École de la Salpêtrière a raison contre l'École de Nancy. Il existe, surtout en France, semble-t-il, un si grand nombre d'hystériques, déclarés ou latents, que les phénomènes « somatiques » du « grand hypnotisme » s'observent à coup sûr très souvent. Mais l'École de Nancy, et, après elle, la très grande majorité des expérimentateurs, a raison à son tour lorsqu'elle soutient que, chez les individus normaux, non hystériques, ces phénomènes ne se manifestent pas, parce qu'ils ne préexistent pas, et que, dans ces conditions, aucune manœuvre, aucune suggestion ne saurait les produire.

C'est que l'hypnotisme, j'entends la suggestibilité plus ou moins exaltée, n'est pas un état pathologique, une névrose expérimentale : c'est un des états les plus communs de l'intelligence dans toute la série des êtres organisés (2), et, loin d'être propre aux hystériques et aux névropathes, on sait aujourd'hui que

(1) A. Tamburini, *Sur la nature des phénomènes somatiques dans l'hypnotisme*. Société d'Hypnologie et de psychologie, séance du 12 octobre 1891. — *Revue de l'hypnotisme*, nov. 1891.

(2) Aug. Forel, *Der Hypnotismus*. Stuttgart, 1891, p. 33.

L'hypnotisme n'exerce guère un empire assuré que sur l'immense troupeau d'intelligences simples et saines qui n'ont jamais eu d'idées, sur quoi que ce soit, que celles qu'on leur a suggérées à l'école, au catéchisme, à l'armée, à l'atelier, et qui ne sauraient d'ailleurs réfléchir sur rien. Ce troupeau-là, c'est l'humanité dans son ensemble, à travers les âges et sous toutes les latitudes. La civilisation tout entière, avec les langues, les religions et les différentes formes d'organisation sociale et politique, dérive de cette propriété psychique des centres nerveux, la suggestibilité. Ce qu'on appelle l'opinion publique, la tradition religieuse ou morale d'une société, les préjugés de castes, d'états et de nations, l'esthétique d'un peuple ou d'une race, tout, jusqu'à la mode, est réductible à cette propriété. Définir l'homme un animal raisonnable, c'est ne pas dire grand'chose ; car qu'est-ce que la raison ? Question d'école, thèse à ratiocinations, prétexte à développements oratoires. Définir l'homme un animal suggestible, voire hypnotisable, c'est, quoi qu'en dise M. Charcot, une définition et plus vraie et plus simple.

Il résulte de tout ce que nous avons dit, que les fondements de l'œuvre de Rainaldi n'ont pas plus de solidité que le reste, puisqu'il attribue encore à l'hypnotisme des phénomènes qui n'appartiennent qu'à l'hystérie. Ces phénomènes, et en particulier ceux de la léthargie provoquée chez les hystériques, ne sauraient absolument nous rien apprendre, quel que soit le procédé d'excitation employé, percussion du cuir chevelu ou électrisation de la tête, ni sur le siège, ni sur la nature des localisations fonctionnelles de l'écorce cérébrale.

JULES SOURY.

---

*La forma del cervello umano e le variazioni correlative del cranio et della superficie cerebrale. Studio critico sulla genesi delle circonvoluzioni cerebrali.* (La forme du cerveau humain et les variations corrélatives du crâne et de la surface cérébrale. Étude critique sur la genèse des circonvolutions cérébrales) ; par le Dr J. Chiarugi, prosecteur à l'Institut anatomique de Sienne. 1 vol. in-8°, 1886.

L'ouvrage que nous achevons de lire, et dont nous voudrions donner aux lecteurs des *Annales* un aperçu général, est malheureusement de ceux qui défient toute analyse, par la sobriété

de leur exposition et le tissu compact des faits mis en œuvre. Étude d'anthropologie, et, par certains côtés, d'anatomie comparée, la relation de M. Chiarugi est basée entièrement sur des recherches expérimentales; de là, des résultats bruts exposés sous forme de tableaux; — des chiffres représentant des mensurations, des pesées, des rapports, etc.; — des considérations judicieuses et remarquablement déduites, c'est-à-dire un ensemble d'éléments non isolables, d'où découlent une série de conclusions que nous relatons ci-après, et qui, mieux que nulleglose, indiqueront au lecteur le but poursuivi par l'écrivain dans la première partie de son œuvre. Les observations ont porté sur vingt et un cerveaux, soit quarante-deux hémisphères.

*Conclusions*: 1° Quand le cerveau est moins développé en longueur (brachycéphalie), les plis qui le sillonnent dans le sens antéro-postérieur, et qui se trouvent situés le long d'une importante scissure, se creusent, d'habitude, profondément; c'est le contraire qui advient dans la dolichocéphalie.— 2° Les sillons qui courrent transversalement, et ceux qui, dans le même sens, se développent en excès, franchissent leurs limites ordinaires, chez les brachycéphales, et se mettent en rapport de continuité avec d'autres plis. Ceux qui n'ont pas une direction parfaitement transversale tendent à se rapprocher de cette direction. Des plis transversaux surnuméraires se produisent le plus souvent; le contraire advient chez les dolichocéphales.— 3° Les brachycéphales, chez lesquels avec le plus grand développement relatif et absolu du diamètre transverse maximum, coïncide un plus grand développement absolu de la surface convexe dans la même direction, présentent fréquemment un redoublement des circonvolutions à direction longitudinale; comme si des parties de l'écorce, qui dans les conditions inverses restent cachées au fond des scissures de même sens, avaient pu émerger et rejoindre la surface libre du cerveau.— 4° S'il se rencontrent chez les dolichocéphales des cas remarquables par une grande richesse de plis et de sillons longitudinaux parallèlement disposés, l'explication qu'on en pourrait donner est la suivante: le développement transversal de la surface cérébrale s'est montré défectueux, et a motivé, de la sorte, ces inflexions longitudinales qui ne se rencontrent point dans les conditions opposées.— 5° Chez les brachycéphales, parallèlement à la plus grande extension dans le sens transversal de la surface convexe, se rencontrent, le plus souvent, dans cette direction, des ponts ou anastomoses entre les circonvolutions; chez les dolichocéphales, au contraire,

quand existe pareille chose, c'est, le plus fréquemment, dans la direction longitudinale. — 6° Il semble que les faits précédents soient d'une constatation plus facile, en particulier dans l'aire cérébrale qui domine la grande circonférence; ils se montrent un peu moins nets vers le lobe temporal et à la surface interne des deux hémisphères. — 7° Si l'on considère l'ensemble des variations présentées par les scissures et les circonvolutions selon le type cérébral, on reconnaît que ces variations ont lieu, pour la plupart, d'après un mode qui s'accorde bien avec la forme même du cerveau et avec l'obstacle qu'il peut avoir rencontré dans son expansion antéro-postérieure ou transversale; il existe pourtant des différences qui échappent à toute interprétation analogue. Seules, de nouvelles observations pourront établir : a) si ces dernières variétés sont complètement accidentelles et indépendantes par leur genèse de la forme du cerveau; b) si les concordances admises pour les premières se vérifient au même degré, dans des séries égales d'organes appartenant aux deux principales formes établies.

La seconde partie du livre de M. Chiarugi consiste en une étude critique sur la genèse des circonvolutions cérébrales. Après avoir passé en revue les différentes hypothèses émises sur la matière, l'auteur s'arrête à celle qui voit dans les circonvolutions le résultat d'une disproportion entre le cerveau et sa « quatrième enveloppe ». Il la complète de vues personnelles, qui sont les suivantes. Le crâne seul ne suffirait pas, par son exiguité, à plisser aussi richement la surface du cerveau durant sa période d'expansion. D'autres éléments entrent en jeu : ils font partie de l'organe même; ils offrent, comme la paroi osseuse, des points de résistance entre lesquels évolue, avec des modifications résultant de l'obstacle, la substance cérébrale. Le corps calleux serait un de ces centres d'inertie. « Dans les conditions normales, nous voyons les circonvolutions situées au-dessus de lui affecter une direction telle, qu'elles sont, à la fois, parallèles entre elles et au corps calleux; comme si leur production était due au résultat de deux pressions, exercées l'une d'en haut (crâne), l'autre d'en bas (corps calleux)..... En effet, tandis qu'il paraît démontré que, lorsque cet organe est venu à faire défaut vers une époque relativement avancée du développement, les circonvolutions qui le surmontent se présentent avec leurs caractères habituels, tout au contraire, il se rencontre quelque chose d'insolite dans leurs dispositions, quand la formation du corps calleux n'a pas eu lieu... La circonvolution du corps cal-

leux fait alors défaut... » Des phénomènes analogues s'observent dans la région de l'insula.

Ce n'est pas d'un seul coup, néanmoins, qu'a pu se produire un plissement aussi régulier, aussi touffu que celui présenté de nos jours par le cerveau humain ; ce furent, en quelque sorte, des poussées successives qui le perfectionnèrent de génération en génération ; de manière que nous avons aujourd'hui sous les yeux un effet de l'hérédité accumulée. Actuellement encore, les modifications de la topographie cérébrale sont de toutes les heures, quoique restreintes à un champ d'évolution bien inférieur à celui de la période initiale ; ainsi, certaines de ces variations pourraient être appelées progressives, alors que, dans d'autres, il siérait de voir, au contraire, un accident d'ordre régressif ou atavique. Mais, par quel processus intime, l'hérédité peut-elles reproduire les scissures et les circonvolutions ? Voici l'opinion de l'auteur : « Dans les points qui, par suite des inflexions établies, correspondent au fond des scissures, la prolifération des éléments de la couche corticale serait moindre qu'au sommet des circonvolutions et à la surface libre environnant celle-ci. » L'hypothèse semble être d'accord avec les faits ; car les recherches de Conti ont montré que le maximum d'épaisseur de la substance grise coïncide *constamment* avec le *culmen* des circonvolutions, et son minimum avec le fond des scissures. Ce qui se transmettrait par hérédité, c'est cette tendance à une prolifération moindre pour des points donnés.

D<sup>r</sup> NICOLAU.

---

*Manuel pratique des maladies mentales*, par le D<sup>r</sup> Régis, 2<sup>e</sup> édition, 1 vol. in-18. O. Doin, éditeur, Paris. 1892.

Ainsi que nous l'avons prédit ici même, à l'époque de son apparition, l'ouvrage de M. Régis, favorablement accueilli par les étudiants en médecine, le public médical et les spécialistes français et étrangers, a obtenu le succès le plus complet ; la première édition, épaisse depuis longtemps, en appelait une seconde.

Cette seconde édition, pour laquelle l'éditeur n'a rien ménagé au point de vue typographique, n'est pas une simple reproduction de la première ; elle est absolument revue, corrigée et remaniée à fond. Nous pouvons dire, sans crainte d'être démenti, que le manuel n'existe plus que comme titre, il s'agit aujour-

d'hui d'un traité des maladies mentales absolument au courant de tous les progrès réalisés en psychiatrie. S'il n'est pas de chapitre ou d'article qui n'ait subi quelque modification plus ou moins importante, il est juste d'appeler l'attention sur ceux qui ont trait aux éléments symptomatiques de l'aliénation mentales, à la folie systématisée, aux folies des maladies générales et des maladies aiguës, à la démence, à la folie paralytique et aux folies toxiques. Notons aussi que M. Régis n'a pas craint d'aborder certaines questions d'une actualité scientifique pratique ou primordiale, et cela de la façon la plus neuve et la plus intéressante : les neurasthénies psychiques (idées fixes, obsessions, aboulies); le délire des dégénérés (persécuteurs, persécutés, ambitieux, processifs, érotiques et jaloux, religieux et politiques); le traitement des aliénés (traitement psychique, hygiénique, chirurgical, pharmaceutique, etc.).

Pour me servir d'une expression consacrée, le *Manuel pratique des maladies mentales* a été complètement mis au courant de la science, sans pour cela perdre en rien la cachet original de la première édition ; on y retrouve l'ordre, la méthode, la clarté, les qualités du style dont M. Régis est coutumier et que les lecteurs des *Annales médico-psychologiques* ont pu apprécier depuis longtemps.

La deuxième édition, nous en sommes sûr, aura et mérite incontestablement le succès de son aînée ; il est bon de s'en réjouir et de féliciter l'auteur, qui a eu le bonheur de voir son livre franchir les frontières de notre France et pénétrer à l'étranger, dans la plupart des universités, en y faisant connaître, apprécier et vulgariser les idées actuelles des savants français dans le domaine de la psychiatrie.

D<sup>r</sup> DOUTREBENTE.

### BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Announcement. SheppardAsylum, a hospital for Mental Diseases (Annonce. Asile de Sheppard, un hôpital pour les maladies mentales). Broch. in-8° de 31 pages avec plans. Baltimore, 1891.

— Des attaques épileptiques dues à la présence du ténia. Pseudo-épilepsie vermineuse : par le D<sup>r</sup> Martha, ancien interne des hôpitaux. Broch. in-8° de 30 pages. Extrait des *Archives de médecine*, novembre et décembre 1891.

— Epitome of mental Diseases, with the present methods of certification of the insane, and the existing regulations as to « Single Patients ». For practitioner and students. (Abrégé des maladies mentales, avec les procédés actuels de certification des aliénés, et les règlements existants concernant les malades seuls. Pour praticiens et étudiants) ; par le Dr James Shaw. 1 vol. in-8° de 345 pages, cart. à l'angl. Bristol. John Wright and Cie, 1892.

— Les altérations de la personnalité ; par Alfred Binet, directeur-adjoint du laboratoire de psychologie physiologique de la Sorbonne (Hautes-Études). 1 vol. in-8°, cart. à l'anglaise (325 pages), de la *Bibliothèque scientifique internationale*. Paris, Félix Alcan, 1892.

— Psychiatrische Vorlesungen. II und III Heft : Über die Geisterstörungen der Entarten. (Leçons de psychiatrie, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> fascicules : des troubles mentaux des dégénérés) ; par V. Magnan, traduction allemande, par P. J. Möbius. 1 vol. in-8° de 123 pages. Leipzig, Georg Thieme, 1892.

— Des troubles du langage chez les aliénés ; par le Dr J. Séglas, médecin suppléant de la Salpêtrière. 1 vol. in-12 de 304 pages avec 17 figures intercalées dans le texte, de la *Bibliothèque médicale Charcot-Debove*. Paris, J. Rueff et C<sup>ie</sup>, 1892.

— Clinique des maladies du système nerveux du professeur Charcot. Leçons du Professeur, mémoires, notes et observations parus pendant les années 1889-1890 et 1890-1891, et publiés sous la direction du Dr Georges Guinon, chef de clinique. Tome I, 1 vol. in-8° de 488 pages, avec 59 figures et 3 planches hors texte. Paris, Bureaux du *Progrès médical*, 1892.

— Ueber Hebephrenie, insbesondere deren schwere Form (De l'hébephrenie, particulièrement de sa forme grave) ; par le Dr Léon Daraszkiewicz, assistant de la clinique des maladies nerveuses et mentales de Dorpat. 1 vol. in-8° de 152 pages. Dorpat, imprimerie Laakmann, 1892.

— Histoire des doctrines de psychologie physiologique contemporaine. Les fonctions du cerveau. Doctrines de l'Ecole de Strasbourg et de l'Ecole italienne ; par Jules Soury, maître de conférences à l'Ecole pratique des Hautes-Études. 2<sup>e</sup> édition revue et corrigée. 1 vol. in-8° de 470 pages. Paris. Bureaux du *Progrès médical*, 1892.

— Automatismo ambulatorio in alienato (Automatisme ambulatoire chez un aliéné) ; par le Dr Francesco Aveta. Broch. in-8° de 9 pages. Extrait du *Bulletino del Manicomio Fleuretta*. Naples, 1892.

— Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. Compte rendu du service des enfants

idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1890 ; par le Dr Bourneville, avec la collaboration de MM. Camescasse, Isch-Wall, Morax, Raoult, Séglas et P. Sollier, internes et anciens internes du service. Tome XI. 1 vol. in-8° de 252 pages avec 16 figures dans le texte et 10 planches. Paris. Bureaux du *Progrès médical*, 1891.

— *Pazzia simulata. Sullo stato di mente del soldato P...., Sig..... imputato di distruzione di oggetti di corredo, ecc. e di insubordinazione. Perizia medico-legale (Folie simulée. Rapport médico-légal sur l'état mental du soldat P...., Sig....., accusé de destruction d'objets d'équipement et d'insubordination)* ; par le Dr Ruggero Tramboni, vice-directeur du manicomio provincial de Ferrare. Broch. in-8° de 88 pages. Extrait du *Raccoglitore medico*. Forlì, 1892.

— *De la reconstitution du signalement anthropométrique au moyen des vêtements* ; par le Dr Georges Bertillon. 1 vol. in-8° de 115 pages. Paris, G. Masson, s. d.

— *Von der Naturnothwendigkeit der Unterschiede menschlichen Handelns. Eine Untersuchung der Ursachen von Verbrechen und abnormen Geisteszzuständen (De la nécessité naturelle de la distinction de l'acte humain. Examen des motifs des délits et des états mentaux anormaux)* ; par \*\*\*. Broch. in-8° de 46 pages. Berlin. Librairie du bureau bibliographique, 1892.

— *The 12 ist. Annual Report of the state of the New-York Hospital and Bloomingdale Asylum for the year 1891 (Deuxième rapport annuel de l'hospice de l'Etat de New-York et de l'asile de Bloomingdale, pour l'année 1891)*. Broch. in-8° de 62 pages. New-York, 1892.

— *Die Fürstlich Lippische Heil-und Pflege-Anstal-Lindenhaus in Brake bei Lemgo (L'asile de traitement Lindenhaus du Grand-Duché de Lippe, à Brake près Lemgo)* ; par le Dr Roller. 1 vol. in-8° de 259 pages avec 1 vol. de tableaux. Bielefeld, 1891.

— *Les aliénés à séquestrations multipliées* ; par le Dr Charpentier. Broch. in-8° de 20 pages. Extrait des *Annales médico-psychologiques*, numéro de mai 1892.

— *Reato in epilettico (Crime chez un épileptique)* ; par le Dr Frigerio. 3 pages in-8°. Extrait de l'*Archivio di psychiatria. scienze penali ed antropologia criminale*. Vol. XIII, fasc. II,

— *Quand faut-il enfermer un aliéné? (De l'opportunité de la séquestration)* ; par le Dr Charpentier. Broch. in-8° de 16 pages. Extrait de la *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1892.

---

## VARIÉTÉS

---

### NOMINATIONS ET PROMOTIONS

*Faculté de médecine de Paris.* — M. GILBERT BALLET, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est chargé d'un cours de clinique de pathologie et des maladies de l'encéphale à ladite Faculté, pour suppléer M. Ball, qui est en congé sur sa demande.

— *Arrêté du 12 mai 1892* : M. le Dr NICOULAU, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Yon (Seine-Inférieure), est promu à la classe exceptionnelle de son grade (4,000 fr.), pour prendre rang à partir du 1<sup>er</sup> mai.

### PATRONAGE DES ALIÉNÉS GUÉRIS DES ASILES DE LA SEINE.

Nous avons publié dans les *Annales* (n° de septembre 1890, p. 332) une circulaire de M. le préfet de la Seine, relative à la création d'un service de patronage des aliénés sortis guéris des asiles de la Seine. Ceux-ci sont reçus dans une annexe de l'asile national de Vincennes et pouvaient y séjourner pendant trois jours. La circulaire préfectorale suivante augmente de quarante-huit heures la durée de ce séjour :

Paris, le 9 mars 1892.

Monsieur le Directeur,

Aux termes d'une convention avec le ministère de l'intérieur, les malades hommes sortis guéris des asiles de la Seine étaient reçus, depuis le 1<sup>er</sup> octobre 1890, à l'asile de la rue de Charenton, annexe de l'asile national de Vincennes, où ils bénéficiaient d'une hospitalisation de trois jours au même titre que les convalescents des hôpitaux.

Les malades s'étant plaint fréquemment du peu de durée du séjour et la progression relativement lente du nombre des entrées me paraissant être due en partie à la même cause, j'ai demandé à M. le ministre de l'intérieur d'étendre la durée de l'hospitalisation à cinq jours pleins, et M. le ministre a bien voulu consentir à cette modification.

J'ai donc l'honneur de vous informer que les malades sor-

tant des asiles de la Seine auxquels vous délivrez des bons d'admission à l'établissement de la rue de Charenton pourront dorénavant y recevoir l'hospitalité durant cinq jours pleins ; l'heure d'entrée, d'autre part, sera uniformément fixée de une heure à quatre heures de l'après-midi, c'est-à-dire que le malade entrant à l'annexe le lundi, par exemple, aura droit au dîner de ce même jour et au déjeuner du samedi, jour de sortie.

Il reste bien entendu, d'ailleurs, que votre asile continuera à n'envoyer ses malades à l'annexe que le jour qui lui est assigné ; vous voudrez donc bien prendre les dispositions nécessaires pour que la sortie des aliénés guéris, désireux de profiter de leur admission temporaire à l'annexe, coïncide, autant que possible, avec le jour où ils peuvent s'y présenter. Dans le cas où un aliéné dont la sortie aurait lieu un autre jour que celui qui vous est réservé réclamerait le bénéfice du patronage de la rue de Charenton, vous lui remettrez un bulletin de sortie avec lequel il pourra se présenter au service central des aliénés qui lui remettra, s'il y a lieu, un bon spécial pour l'annexe.

Dans les conditions nouvelles où le service va fonctionner, je ne doute pas que l'offre d'être hospitalisé rue de Charenton ne soit bien accueillie de beaucoup de malades et je vous prie de veiller à ce que l'on propose à tous vos pensionnaires sortants, sans exception, de se rendre rue de Charenton. Vous irez ainsi au devant des désirs du conseil général et de la Commission de surveillance qui s'intéressent à l'œuvre et désirent la voir se développer le plus rapidement possible.

Agréez, Monsieur le directeur, l'assurance de ma considération distinguée.

LE PRÉFET DE LA SEINE

*Pour le préfet et par autorisation  
Le sous-directeur chargé de la direction  
des affaires départementales,  
Signé : HENRI LE ROUX.*

CONGRÈS ANNUEL DES MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE  
ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE (SESSION DE BLOIS).

*Programme.*

*Lundi 1<sup>er</sup> août, à deux heures du soir, séance d'ouverture. — Nomination du Bureau, discussion de la première question du programme (Du délire des négations).*

*Mardi 2 août (A), à neuf heures du matin, deuxième séance. — Discussion de la deuxième question du programme (Le secret médical en médecine mentale). — (B), à deux heures du*

*soir, troisième séance.* — Discussion de la troisième question du programme (Les colonies d'aliénés).

*Mercredi 3 août (A), à neuf heures du matin.* — Visite de l'Asile départemental des aliénés de Blois; déjeuner offert par l'administration de l'Asile. — (B), à une heure du soir. — Visite à la prison et au bureau de bienfaisance de l'ancien hospice des aliénés et épileptiques. — (C), à deux heures du soir. — Réception des membres du Congrès par la municipalité dans la salle des Etats et visite du château de Blois. — (D); à sept heures du soir. — Banquet par souscription.

*Jeudi 4 août.* — Excursion aux environs de Blois; visite des châteaux de Chambord, Cheverny et Beauregard. Traversée des deux forêts domaniales de Boulogne et de Russy.

*Vendredi 5 août.* — (A), à neuf heures du matin, quatrième séance. — Communications et discussions sur des sujets en dehors du programme. — (B), à deux heures du soir, cinquième et dernière séance. — Fixation du siège du prochain Congrès; communications et discussions diverses. Clôture du Congrès.

*Samedi 6 août.* — Excursion finale à l'Asile des aliénés d'Orléans; déjeuner offert par l'administration. Promenades dans la ville et aux sources du Loiret (tramway).

Les séances du Congrès se tiendront à l'Hôtel de Ville, dans la salle des délibérations du conseil municipal, au premier étage, où sera le siège du Congrès depuis la veille de son ouverture jusqu'à sa clôture. Jusque-là, les lettres et tous autres documents devront être adressés à M. le Dr Doutrebente, 34, avenue de Paris, à Blois (1).

La qualité de membre du Congrès est acquise à tout docteur en médecine de France ou des pays de langue française qui verse une cotisation de 20 francs.

#### TRIBUNAUX.

*La responsabilité civile des aliénés.* — La 1<sup>re</sup> chambre du tribunal civil de la Seine vient de statuer sur une question de responsabilité civile assez curieuse.

Le 15 septembre 1885, à la Fage, dans le Cantal, M. Paul Roussilhe, dans un accès d'aliénation mentale, tua sa maîtresse, Valentine Guittonneau. Une instruction fut ouverte, et, malgré les instances de Paul Roussilhe, qui voulait passer

---

(1) Pour organiser convenablement les excursions de Chambord, d'Orléans et les déjeuners, soit à l'asile le mercredi 3, soit à Chambord le vendredi 5, soit à Orléans le samedi 6, les membres adhérents du Congrès sont instamment priés de se faire inscrire le 20 juillet au plus tard, pour assister à ces réunions.

devant le jury, le juge d'instruction, en mars 1886, rendit une ordonnance de non-lieu, « attendu que Paul Roussilhe avait agi dans un accès d'aliénation ».

Roussilhe fut interné à Charenton, et son interdiction prononcée en 1888. Mais le père de la victime, M. Jean Guittonneau, intenta un procès au jeune homme, lui demandant 15,000 francs de dommages-intérêts.

Le tribunal avait donc à juger si l'aliéné, qui n'avait pas à répondre de son acte au point de vue pénal, pouvait en être rendu responsable péquiciairement au point de vue civil.

Après plaidoiries de M<sup>e</sup> Simon-Auteroche pour Jean Guittonneau et de M<sup>e</sup> Paul Royer pour Roussilhe, le tribunal a décidé qu'il n'y avait pas lieu d'accorder des dommages-intérêts, attendu qu'au moment du crime et depuis plusieurs années Roussilhe était atteint d'aliénation mentale.

*Un aliéné en liberté.* — On télégraphie de Bourg, le 11 mai 1892 :

« Aujourd'hui, à l'audience correctionnelle, un nommé Louvery, non prévenu, a jeté des pierres contre le tribunal. Une de ces pierres a failli atteindre le président à la tête. Une lampe a été brisée.

« Le coupable a été immédiatement condamné à cinq ans de prison. Louvery a été jadis interné dans un asile d'aliénés de Bourg. Il fut mis aux fers à cause du danger qu'il présentait pour le personnel et les autres pensionnaires. Ce traitement donna lieu à un retentissant procès, à la suite duquel la supérieure de l'asile et le médecin furent condamnés et Louvery mis en liberté. »

Nous croyons devoir rappeler, à propos de ce « retentissant procès », la critique si juste qui en a été faite, par la plume si compétente de notre savant collaborateur, M. le Dr Constans, dans la chronique du numéro de juillet 1887 des *Annales*, qui a pour titre : « De l'intervention de la magistrature dans l'appréciation du mode de traitement appliqué aux aliénés et de l'emploi des moyens de contrainte. Remarques critiques à propos d'un procès récent. »

*Traitemenr des maladies nerveuses par les coups de canne.* — On lit dans le *Temps* (n° du 8 mai 1892) : « Le procès du docteur Wiederhold, qui intéresse vivement le corps médical et le public, a commencé hier à Cassel. Le tribunal était envahi par une énorme affluence. M. Wiederhold, directeur d'un établissement médical pour les maladies nerveuses à Wilhelmshöhe, est accusé d'avoir gravement maltraité une de ses pensionnaires, la femme du consul général Zachmann, de Dresde. L'accusé avoue avoir bousculé d'abord M<sup>me</sup> Zachmann, qui ne voulait pas cesser de crier et se plaignait de douleurs imaginaires ; ensuite, de lui avoir donné des

soufflets, puis, pendant qu'elle était au lit, de l'avoir frappée avec une canne au bas du dos; enfin, une autre fois, de l'avoir cravachée encore dans son lit avec une telle brutalité que, deux mois après, elle portait encore la trace des coups.

« M. Wiederhold prétend qu'il était dans son droit d'agir ainsi, la correction physique étant un souverain remède contre l'hystérie. Le consul général Zachmann déclare que sa femme est presque folle et que son corps est meurtri. L'état dangereux, pour cette femme de cinquante et un ans, est certifié par les médecins experts. Les professeurs Fiedeler, médecin du roi de Saxe, et Tuczeck, de l'Université de Marbourg, où Wiederhold étudia, condamnent sévèrement sa conduite au double point de vue humain et médical. La correction physique est une barbarie.

« Le procureur du roi réclame un châtiment sévère. Le tribunal a remis son jugement au 13 mai. »

Le Dr Wiederhold a été condamné à trois mois de prison.

#### FAITS DIVERS

*La folie de Jeanne de Montfort.* — Dans la séance du 24 juin de l'Académie des inscriptions et belles-lettres, M. de la Borderie a donné lecture d'une note intitulée : « La destinée de Jeanne de Montfort. »

Cette duchesse de Bretagne, après avoir conquis une grande illustration par ses exploits dans la guerre de Blois et de Montfort, en 1342, disparaît absolument dès l'année suivante de la scène historique.

Il résulte des recherches faites récemment à Londres au Record Office par M. Lemoine, élève de l'Ecole des chartes, que de 1343 à 1370, Jeanne de Montfort résida constamment en Angleterre, en divers châteaux, sous la garde d'officiers chargés par le roi d'Angleterre de lui donner leurs soins.

De ces faits et de diverses circonstances qui s'y rattachent, M. de la Borderie conclut que Jeanne de Montfort qui, en 1343, en passant de Bretagne en Angleterre, avait été victime d'une effroyable tempête, fut peu de temps après, frappée d'aliénation mentale et resta dans cette triste situation jusqu'à sa mort, dont on ne connaît pas la date précise, mais qui est bien certainement intermédiaire entre les années 1370 et 1377.

*Folie par suite de piqûres de moustiques.* — Un récent numéro d'*Insert Life* renferme une note d'un correspondant sur un cas de folie déterminée par des piqûres de moustiques. Il semblerait que ce fait ne soit point rare, aux Etats-Unis, du moins. La folie peut être temporaire, d'ailleurs, et se manifeste

par la fuite des lieux habités, avec des hallucinations et des troubles mentaux très marqués. (*Revue scientifique*, numéro du 14 mai 1892.)

*Suicides étranges.* — On écrit de Grenoble au *Journal des Débats* (numéro du 15 mai 1892) : « Un horrible suicide a eu lieu dans la commune des Izeaux. La nommée Durand, âgée de quarante ans, qui avait tenté plusieurs fois de se noyer et de se pendre, acheta un litre de pétrole, et, profitant de l'absence de son mari, qui travaillait aux champs, elle versa le liquide sur ses vêtements et les enflamma. Elle est morte quelques instants après au milieu d'atroces souffrances. Son corps était complètement carbonisé et ses chairs tombaient en lambeaux. »

*Lyon, le 6 mai.* — Un nommé Andrevon, âgé de soixante-cinq ans, cultivateur à Saint-Fons, s'est donné, ce matin, plusieurs coups de rasoir dans le ventre. Son état est désespéré. Ce malheureux est atteint de la folie religieuse. Il y a quelques jours, étant allé dans un de ses champs, il y planta un crucifix. Il resta agenouillé pendant quarante-huit heures devant la croix ; mais, voyant qu'il n'avait rien obtenu, il la brisa d'un coup de fusil. Depuis ce jour, Andrevon était très exalté. (*Journal des Débats*, numéro du 7 mai 1892.)

*Suicide d'un centenaire.* — On lit dans le *Temps* (numéro du 7 juin 1892) : « On mande d'Iekaterinoslaw (Russie), qu'un nommé Alexandre-Guillaume Bulan vient de se suicider dans cette ville à l'âge de cent six ans. Cet individu a laissé une lettre dans laquelle il déclarait qu'il se donnait la mort parce que la vie d'à présent, comparée au temps jadis, lui paraissait insipide et ennuyeuse. »

*L'Association médico-psychologique américaine et le Congrès international de médecine mentale de Chicago.* — L'Association des directeurs et médecins d'asiles d'aliénés des Etats-Unis, dans sa première Assemblée générale, tenue en mai 1892, à Washington, a décidé de changer de nom. Elle s'appellera désormais *Association médico-psychologique américaine*. Le but de ce changement est surtout de faire qu'il ne suffise plus de se prévaloir du titre de directeur ou médecin d'un asile pour devenir membre de l'Association. Depuis quelques années, ce titre avait été acquis d'une manière scandaleuse, en quelques asiles, et grâce uniquement à des influences politiques, sans aucun souci du savoir, de l'expérience ou des capacités professionnelles. L'Association s'en est émue à juste titre, et n'a pas voulu être plus longtemps exposée à recevoir dans son sein des membres réellement indignes.

Dans la même Assemblée générale, l'Association médicale psychologique américaine a décidé qu'en juin 1893, à l'occasion de la grande Exposition de Chicago, elle tiendrait en cette ville

un Congrès où seraient convoqués les aliénistes de tous pays. Elle a chargé une Commission de faire à ce sujet les convocations nécessaires.

— Le Dr H. M. Bannister, dont les *Annales* ont publié des lettres d'Amérique justement appréciées et fort intéressantes, et qui était premier médecin-adjoint de l'asile d'aliénés de Kankakee, Illinois, vient de se démettre de ces fonctions.

#### PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

*Prix proposés pour 1893.*

**PRIX AUBANEL.** — 2,400 francs. — Question : *Rapports de l'ataxie locomotrice et de la paralysie générale.*

**PRIX BELHOMME.** — 600 francs. — Question : *De l'audition chez les imbéciles et les idiots.*

**PRIX ESQUIROL.** — Ce prix, de la valeur de 200 francs, plus les œuvres d'Esquirol, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

**PRIX MOREAU** (de Tours). — Ce prix, de la valeur de 200 francs, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit ou imprimé, ou bien à la meilleure des thèses inaugurales soutenues en 1892 dans les facultés de médecine de France, sur un sujet de pathologie mentale ou nerveuse.

*Nota.* — Les mémoires manuscrits ou imprimés, ainsi que les thèses, devront être déposés le 31 janvier 1893, chez M. le Dr Ant. Ritti, médecin de la Maison nationale de Charenton, secrétaire général de la Société. Les mémoires manuscrits seront accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresse des auteurs.

#### ENSEIGNEMENT

*Hospice de la Salpêtrière.* — M. le Dr AUGUSTE VOISIN a repris ses conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, le dimanche 19 juin, à dix heures du matin, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

*Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.*

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

---




---

**Le Congrès de médecine mentale à Blois.**

Les congrès annuels de médecine mentale viennent de subir leur troisième épreuve, à Blois, et la fortune leur sourit ; nous sommes heureux d'enregistrer un troisième succès. Le Congrès, cette année, se présentait dans des conditions un peu spéciales. Pour la première fois on se réunissait dans une petite ville de province, et nous retrouvons, cette année, un nombre sensiblement égal de membres actifs du Congrès. Il est vrai que dans cette ville de province se trouve l'ami Doutrebente, et le succès était certain d'avance. Blois est une ville d'un peu plus de 20,000 habitants, coquettement située au bord de la Loire, et notre collègue Doutrebente n'était homme à négliger aucune attraction. Il avait même ajouté au programme du Congrès une petite partie extra-médicale, une excursion au château de Chambord. En outre, le Dr Doutrebente est l'ami du préfet et est au mieux avec la municipalité, de sorte

ANN. MÉD.-PSYCH., 7<sup>e</sup> série, t. XVI. Septembre 1892 1. 12

que l'entente la plus parfaite régnait à Blois pour bien recevoir les membres du Congrès, leur faire les honneurs du château de Blois, leur laisser de toute façon un bon souvenir de leur passage dans la ville. Le chroniqueur du Congrès ne donnerait pas un compte rendu complet s'il ne mentionnait pas la cordialité avec laquelle nous avons été reçus. Rien n'avait été négligé pour rendre le séjour agréable sans toutefois nuire à la partie scientifique de la réunion ; quelques dames avaient accompagné leur mari et M<sup>me</sup> Doutrebente organisait des excursions pour les dames pendant que les messieurs étaient envoyés aux séances. Les dames, d'ailleurs, n'étaient pas mal partagées, et M<sup>me</sup> Saincère, la préfète, comme on dit dans le pays, fort gracieuse, faisait partie du Congrès (côté des dames).

On ne peut que féliciter l'organisateur d'avoir si bien compris que nos réunions ont un double but. D'une part, c'est un excitant au travail (le nombre des mémoires qui sont apportés chaque année en fait foi), et les discussions sur les questions à l'ordre du jour, si elles n'amènent pas de solutions immédiates, provoquent de nouvelles recherches. D'autre part, c'est la seule manière de nous connaître les uns les autres, de nous unir quand nous sommes attaqués, et de défendre nos intérêts : or, c'est dans un banquet ou dans une excursion que se font le mieux les nouvelles relations de confrère à confrère.

Le Congrès a été ouvert le 1<sup>er</sup> août, dans l'après-midi, par une allocation de M. Saincère, préfet de Loir-et-Cher, ayant à ses côtés M. le maire de Blois et venant souhaiter la bienvenue aux médecins aliénistes ; M. Bouchereau, président en fin d'exercice, a remercié M. le préfet, rappelé qu'on était dans la région qui a donné le jour à Baillarger, Moreau (de Tours) et Géorget ; M. Carrier, secrétaire général du Congrès de Lyon, a présenté

les comptes du précédent Congrès dont les recettes équilibrent les dépenses, puis le nouveau bureau a été constitué. Ont été nommés par acclamation : Théophile Roussel, président ; Albert Carrier, Samuel Garnier, Giraud et Parant, vice-présidents ; Doutrebente, secrétaire général ; Marie et Thivet, secrétaires des séances. Présidents d'honneur : Calmeil, Delasiative, Ball, Brouardel, Falret, Bouchereau, Monod, directeur de l'Assistance publique ; Dufay, sénateur ; Saincère, préfet de Loir-et-Cher, et enfin le maire de Blois.

M. Théophile Roussel, toujours modeste, a remercié de l'honneur qui lui était fait, disant qu'il était resté un vieil étudiant ayant débuté, il y a cinquante-deux ans, comme externe de Falret père, puis interne provisoire de Mitivié, et ensuite interne à Bicêtre. M. Théophile Roussel a quelques espérances de voir sortir des limbes de la Chambre des députés la nouvelle loi sur les aliénés ; mais, en sa qualité de parlementaire déjà ancien, il n'a pas autant de confiance que le rapporteur actuel, M. le Dr Lafont.

Après ces préambules, la discussion s'est ouverte sur la première question à l'ordre du jour, le délire des négations. Nous croyons devoir reproduire, malgré leur étendue, les conclusions du rapporteur, M. Camuset :

« 1<sup>o</sup> D'une façon générale, et quelle que soit la forme ou l'intensité de leur affection, les mélancoliques sont négateurs. Il n'en est pas de même des persécutés ;

« 2<sup>o</sup> Les idées délirantes de négation isolées, ou plus ou moins systématisées, se manifestent souvent dans le cours de la mélancolie avec anxiété et gémissements ;

« 3<sup>o</sup> Dans certains cas de mélancolie avec grande anxiété, on observe, parfois, cette association d'idées de négation, de damnation ou de possession et d'immortalité, si bien étudiée par Cotard, mais il ne semble pas

que ces cas aient des caractères assez spécifiques toujours pour qu'il soit légitime de les réunir en une espèce nosologique nouvelle;

« 4<sup>o</sup> Dans les états mélancoliques, les idées de négation indiquent un trouble plus profond que celui accusé par les idées de ruine, d'impuissance et de culpabilité ordinaires ; mais quand ces idées de négation se manifestent, il ne semble pas que le pronostic de l'affection en soit beaucoup aggravé. Le pronostic dépend, avant tout, de l'espèce nosologique sur laquelle se sont entées les idées délirantes spéciales.

« C'est ainsi que les vésanies de forme intermittente avec idées de négation ne guérissent pas, alors que certains accès de mélancolie avec angoisse, culpabilité imaginaire, idées de damnation, de possession, de négation, d'immortalité et de suicide, survenus à l'époque de la ménopause, parfois à l'époque moyenne de la vie, et sous l'influence d'une cause vulgaire, sont assez souvent curables ;

« 5<sup>o</sup> Il est à remarquer que la grande majorité des observations recueillies, jusqu'à présent, ont trait à des femmes, la mélancolie est du reste plus fréquente chez la femme que chez l'homme ;

« 6<sup>o</sup> Il est aussi à remarquer que, dans presque toutes les observations que nous avons pu réunir, quand les antécédents de famille des malades sont connus, la tare héréditaire de ceux-ci est lourde ;

« 7<sup>o</sup> Dans les folies séniles de forme dépressive on note assez souvent des idées de négation isolées ou systématiques ;

« 8<sup>o</sup> Les sujets prédisposés à devenir négateurs sont naturellement timides, sombres, taciturnes, quelquefois ils présentent des symptômes épisodiques de la dégénérescence intellectuelle.

« Cette proposition ajoutée aux deux propositions

qui précédent semblent indiquer que le délire des négations est l'apanage des cerveaux invalides ;

« 9<sup>e</sup> On observe les idées de négation dans les états mélancoliques anxieux. Ils se combinent souvent alors à des idées de damnation, de possession ou d'immortalité, et il en résulte un tableau clinique particulier ; mais bien souvent cette combinaison délirante est incomplète ou manque complètement, les malades ne se croient pas ni possédés ni immortels.

« On les observe aussi dans la paralysie générale. Nous ne les avons jamais vus dans cette affection, s'accompagner d'idées d'immortalité ni de possession.

« On les rencontre enfin dans certains délires hypocondriaques sans anxiété ni angoisse des débiles intellectuels.

« Nous avons déjà signalé leur manifestation dans la folie sénile et démentielle ;

« 10<sup>e</sup> Le délire hypocondriaque de la paralysie générale, quand il se prolonge, imprime une rapidité plus grande à la marche de cette affection. »

La discussion s'est engagée sur ces conclusions :

M. Régis a lu un mémoire concluant à la réalité clinique de la forme décrite par Cotard, et a apporté une observation inédite de délire des négateurs.

M. Séglas a exposé qu'il existe des variations du type, mais il en sera du délire des négations comme il en a été du délire des persécutions, et on doit étudier le délire des négations dans son sens le plus vaste. M. Séglas distingue deux formes : un délire systématisé comme le type décrit par Cotard ; toutefois, les idées de damnation, de possession ou d'enormité ne sont pas nécessaires pour constituer ce type. La seconde forme est le délire de négation non systématique qu'on peut rencontrer dans certains cas de lypémanie. Les idées de persécution

sont généralement un signe d'incurabilité ; par conséquent, le pronostic est grave.

M. Falret a pris la parole pour dire qu'on observe une évolution progressive du délire des négations : on voit l'hypocondrie simple devenir anxieuse, le délire d'abord possible devient absurde pour arriver au délire d'énormité ; mais il faut faire pour le délire des négations ce qui existe pour le délire des persécutions. Il y a, d'une part, une forme essentielle, et d'autre part, on observe des idées de négation dans les différentes formes de folie ; enfin, ce qu'on ne peut pas nier, c'est que Cotard n'aït rendu un véritable service en faisant faire un progrès pour l'étude des mélancoliques.

M. Pichenot a observé la forme décrite par Cotard et a lu un mémoire portant sur ce qu'il a vu.

M. Albert Carrier a apporté quatre observations de mélancolie anxieuse avec idées hypocondriaques absurdes, et rentrant dans la forme décrite sous le nom de délire des négations. Dans ces cas, l'évolution n'a pas été celle qu'on observe habituellement dans la mélancolie anxieuse, et le traitement par l'opium à dose progressive n'a produit aucun soulagement.

M. Vallon a observé trois cas de délire des négations. Il a vu dans un cas la phase de mélancolie anxieuse précédée par une période de doute, un délire d'interrogation. Dans le dernier cas, la malade niait l'existence des personnes présentes, et se bornait à émettre des doutes sur l'existence des personnes dont on lui parlait, et qui n'étaient pas devant elle.

M. Charpentier est venu contester l'existence d'une forme essentielle de délire des négations. Pour sa part, il n'en a jamais vu et il pense que tous les cas décrits peuvent être rattachés à l'hypocondrie, à la mélancolie anxieuse, au délire des persécutions.

M. Paul Garnier a exprimé l'opinion que les idées de

négation ne sont autres que l'affirmation d'une souffrance chez les mélancoliques et l'idée d'immortalité exprime que le malade souffrira toujours ; mais M. Paul Garnier n'a jamais vu le type, l'évolution décrits par Cotard. Il n'a jamais observé les idées de négation que comme phénomène épisodique indiquant la chronicité de la maladie.

M. Gilbert Ballet a combattu l'opinion de M. Paul Garnier comme trop absolue. Les cas décrits par Cotard ont-ils présenté une évolution ? La réponse doit être affirmative. Observe-t-on une évolution régulière dans tous les cas où l'on voit apparaître le délire des négations ? On ne peut que répondre non. De même le pronostic peut varier. Si le délire de négation apparaît après une évolution lente, on doit craindre l'incurabilité ; si le délire apparaît d'emblée, le malade peut guérir.

M. Rouby a émis l'hypothèse que le délire hypocondriaque absurde pouvait être lié à une lésion du grand sympathique ; enfin, M. Vallon a exprimé l'avis qu'on devait, dans les observations qui se sont présentées, étudier non seulement la forme mentale de l'affection, mais encore le terrain d'évolution de la maladie. On pourrait peut-être expliquer ainsi pourquoi l'idée de négation apparaît d'emblée ou apparaît tardivement.

La seconde journée du Congrès a été consacrée à l'examen de deux questions : 1<sup>o</sup> du secret médical dans les maladies mentales ; 2<sup>o</sup> les colonies d'aliénés.

M. Thivet, médecin-adjoint de l'asile de Blois, avait présenté sur la question du secret médical un rapport très étudié, passant en revue les divers cas où le médecin aliéniste peut être retenu, d'une part, par le désir de garder le secret professionnel, secret prescrit, d'ailleurs, par l'article 398 du Code pénal et, d'autre part, poussé par sa conscience à parler pour ne pas laisser un malheur s'accomplir. Quel est le devoir du médecin si on vient

l'interroger en vue d'un mariage sur les antécédents personnels ou même héréditaires d'un des futurs ? Devons-nous la vérité tout entière à la femme ou au mari lorsque l'un des deux est atteint d'aliénation mentale et confié à nos soins ? La publication des observations médicales est-elle une violation du secret professionnel ? Quelle responsabilité encourt le médecin d'un asile lorsqu'un rapport lui est demandé par l'administration dont il relève et lorsque ce rapport est livré à la publicité par un intermédiaire peu scrupuleux ? M. Thivet n'a pas cru devoir proposer de conclusions et s'est borné à émettre le vœu de voir, au milieu des opinions qui seront émises par le Congrès, se dégager la ligne de conduite à suivre pour concilier l'obligation légale du secret et l'obligation morale de faire le bien.

Une discussion s'est ouverte sur le rapport de M. Thivet, et à cette discussion ont pris part MM. Rouby, Parant, Giraud, Vallon, Charpentier, Doutrebente, Régis, Paul Garnier, Auguste Voisin, Riù. Les congrès n'ont pas qualité pour interpréter un article de loi ni pour créer une jurisprudence. On n'y peut qu'exposer des vues personnelles et profiter de l'expérience des uns et des autres. M. Rouby pense que l'article 378 du Code pénal n'est plus applicable, lorsque le médecin a été accusé publiquement par le malade de séquestration arbitraire ou lorsque l'affaire a eu une notoriété telle que le secret n'existe plus. M. Parant croit que le secret médical n'existe plus quand le médecin aliéniste a délivré son certificat, parce que cette pièce passe par un si grand nombre de mains que l'état du malade cesse de pouvoir être caché ; la discrétion ne cesse pas d'être un devoir professionnel, mais l'article 378 ne devrait plus pouvoir être appliqué. M. Vallon a soulevé la question de savoir si l'envoi des lettres écrites par les malades ne pouvait pas constituer une violation du secret médical.

Certains malades en état d'excitation se mettent à écrire à des personnes avec qui ils ne sont pas habituellement en relation, et révèlent ainsi leur présence à l'asile. Ces mêmes aliénés, revenus au calme, peuvent reprocher au médecin cette divulgation. M. Charpentier a signalé qu'on demandait, parfois, des certificats en vue du divorce : il est d'avis que le médecin ne doit pas donner à l'une des parties un certificat sur l'état mental de la partie adverse. Une autre situation peut se présenter. On est appelé dans une famille et on reconnaît fortuitement un cas de folie morale. Doit-on signaler le danger et, au besoin, le révéler à l'autorité publique pour éviter un accident possible ? M. Régis a fait connaître qu'un procès, à l'occasion du secret médical, était actuellement pendant à Bordeaux : M. Pitres est poursuivi à l'occasion d'une photographie publiée dans les leçons cliniques sur l'hystérie. La malade avait autorisé l'insertion de la photographie, mais cette malade est morte et sa famille provoque des poursuites. M. Paul Garnier pense que le principe du secret médical doit rester absolu. La loi est la loi et le médecin ne doit pas l'interpréter. Si le médecin est interrogé en vue d'un mariage, il doit garder un silence absolu. On doit, dans l'intérêt de tous, publier des faits scientifiques, mais il faut donner à ces faits un caractère impersonnel. M. Paul Garnier croit, contrairement à l'avis de M. Parant, que le secret médical subsiste toujours et que sa violation est un délit. M. Voisin partage l'avis de M. Paul Garnier, que le secret médical est absolu ; mais, d'un autre côté, le mariage des gens prédisposés par l'hérédité à la folie est un fléau. Quand M. Voisin est interrogé, en pareil cas, il s'abrite derrière le secret médical pour ne rien dire, mais il propose une consultation avec le médecin de la famille. La consultation n'a jamais lieu, mais cela suffit pour jeter un doute et sauver

la situation. M. Voisin a signalé un fait où la publication d'une observation qu'il avait donnée à un de ses élèves, aurait pu avoir des conséquences très graves s'il n'avait pas eu soin de changer les initiales et prénoms, et d'effacer la date de naissance. L'identité de la personne ne pouvait plus être établie. Nous avions signalé qu'en cas d'accouchement d'une fille-mère à l'asile d'aliénés, le parquet de Rouen n'avait pas admis la non-déclaration à l'état civil du nom de la mère. M. Riu a fait connaître qu'à Orléans, dans un cas où une fille en somnambulisme était devenue enceinte sans en avoir conscience, la déclaration de naissance de l'enfant avait été faite sans révéler le nom de la mère et qu'aucune observation n'avait été faite à l'état civil. La question des certificats demandés en vue d'interdiction a encore été soulevée ; M. Riu et M. Doutrebente pensent qu'on ne doit pas remettre directement ces certificats à l'avoué qui en fait la demande, mais les adresser soit à la famille, soit au juge qui le réclame.

En résumé, la majorité des membres du Congrès qui ont pris part à cette discussion, est d'avis que le médecin aliéniste est tenu au secret, en dehors, bien entendu, des circonstances prévues par la loi du 30 juin 1838, et M. Parant, tout en soutenant que l'article 378 du Code pénal cesse de pouvoir être appliqué après que le médecin a été tenu de divulguer l'état du malade par un certificat exigé en vertu d'une loi, a maintenu que la discrétion est de rigueur.

La troisième question intitulée : Les colonies d'aliénés, avait pour rapporteur M. Riu, et la conclusion du travail peut se résumer en deux vœux :

« 1<sup>o</sup> Établissement des colonies agricoles annexes aux asiles toutes les fois que ce sera possible.

« 2<sup>o</sup> Adoption du système d'*asiles médico-agricoles*, composés d'un asile au centre et de fermes agricoles à

la périphérie, partout où les circonstances le permettront, lorsqu'il y aura lieu de créer un nouvel asile. »

M. Deschamps, président du conseil général de la Seine, assistait à la séance où la question des colonies d'aliénés était mise en discussion, et sa présence a eu pour effet de faire que la discussion a un peu dévié du terrain où l'on s'était placé primitivement. Le conseil général de la Seine a décidé de fonder une colonie de cent déments séniles à retirer des asiles pour être placés à la campagne, chez les paysans, et a fait choix pour cette expérience de Dun-sur-Auron, dans le Cher. Le travail agricole dans les asiles peut constituer une ressource pour l'établissement et doit atténuer les charges du département, mais on doit l'envisager avant tout comme un mode de traitement, tandis que le projet de colonie à Dun-sur-Auron est un mode d'assistance. Les deux questions sont donc absolument distinctes, et leur discussion simultanée a apporté une certaine confusion. Un mémoire de M. Férey, apportant une statistique favorable de Lierneux, a introduit la question de la colonie familiale votée par le département de la Seine. M. Pichenot a lu un mémoire en faveur des colonies agricoles. La colonie sera attenante à l'asile si l'établissement est à la campagne. Si l'asile est en ville, la colonie peut en être éloignée. M. Christian a soutenu que c'est une utopie de croire qu'on exonérera les départements de leurs dépenses pour l'assistance des aliénés en créant des colonies agricoles. On parle de l'encombrement causé par les aliénés chroniques. Mais, c'est dans cette catégorie qu'on trouve les travailleurs qui permettent de réduire le prix de journée payé par les départements. En formant des colonies distinctes des asiles, on aurait deux établissements au lieu d'un et on doublerait la dépense du service des aliénés. La colonie qu'on propose de créer dans le Cher

n'est pas une colonie agricole, car Gheel et Lierneux, qui servent de type ici, ne sont pas des colonies agricoles. M. Christian est d'avis qu'on doit se borner à émettre le vœu que le travail agricole soit développé dans les asiles, sans demander la création de colonies distinctes de l'établissement. M. Bourneville a exposé que la question des colonies a été soulevée parce qu'on se plaint de tous côtés d'encombrement dans les asiles, et on espère diminuer cet encombrement en déversant les malades chroniques sur les colonies. Mais, il y a d'autres manières de combattre cet encombrement, c'est, d'abord, comme l'a bien dit M. Pierret, à Lyon, en ne laissant pas la maladie devenir chronique, et en ne refusant pas l'admission précoce des aliénés, sous prétexte qu'ils ne sont pas encore dangereux. Puis, il y a les sociétés de patronage pour éviter des rechutes ; enfin, pour les séniles et les déments, on peut recourir au patronage familial et aux secours à domicile. Le travail agricole est très peu développé dans les asiles du département de la Seine, et M. Bourneville le regrette. On a eu tort de vouloir entreprendre une trop grande exploitation à Ville-Évrard et à Vaucluse et on n'a pas réussi ; mais, c'est à reprendre sur une plus petite échelle et on réussira comme on a réussi ailleurs. M. Bourneville a émis des doutes sur les résultats avantageux que peut donner, même au point de vue financier, la colonie projetée à Dun-sur-Auron. L'assistance par secours à domicile est plus morale que cette assistance par des étrangers, loin de la famille. M. Bourneville a conclu, toutefois, en disant qu'on ne devait pas condamner l'essai avant qu'il ne soit fait. On doit souhaiter qu'il réussisse et attendre pour le juger.

M. Deny a pris la parole pour donner la statistique de son service à Bicêtre ; il regrette l'absence d'ateliers à Bicêtre pour les adultes. Il serait partisan de colonies

annexes aux asiles de province et de colonies libres pour les aliénés inoffensifs. M. Marie a exposé le système adopté en Écosse pour l'assistance des aliénés. On a, d'abord, l'internement précoce dans l'hôpital de traitement; puis, quand la maladie est chronique, on évacue l'aliéné sur un hospice. Là, on pratique une nouvelle sélection pour envoyer les inoffensifs dans les colonies familiales. M. Deschamps a pris la parole pour exposer qu'en province, comme à Paris, les asiles étaient encombrés par les incurables, et pour faire l'apologie de la colonie de Lierneux qui sert, évidemment, de type à ce qu'on veut établir à Dun-sur-Auron. M. Samuel Garnier a soulevé la question de savoir quelle serait, au point de vue de la loi de 1838, la situation des malades placés à Dun-sur-Auron. Or, ces malades ne doivent plus être considérés comme séquestrés, mais assistés comme infirmes, et M. Deschamps a dû reconnaître qu'on cherchait un *modus vivendi* parce qu'on était, évidemment, obligé de tourner la loi de 1838.

La discussion a continué par diverses observations de MM. Bouchereau, Samuel Garnier, Deschamps et Doutribente. Mais le Congrès ne pouvait pas conclure en faveur ou contre une expérience que veut tenter le conseil général de la Seine. Comme l'avait dit un des orateurs, il faut attendre pour se prononcer. Personne, d'ailleurs, n'avait contesté l'utilité du travail agricole dans les asiles, sous la réserve, toutefois, qu'on n'exploitât pas l'aliéné, et qu'on n'exigeât pas de lui le surmenage demandé aux ouvriers libres dans la grande culture, à l'époque des moissons.

La matinée de la troisième journée du Congrès a été employée à la visite de l'asile de Blois. Nous ne nous étendrons pas sur cette visite à laquelle assistait M. le préfet de Loir-et-Cher et M. le maire de Blois. L'établissement se compose de trois parties distinctes : l'asile

primitif, le château Saint-Lazare ou pensionnat, le quartier des épileptiques non aliénés. L'asile primitif ne répond plus à ce qu'on demande aujourd'hui pour un établissement d'aliénés ; mais notre collègue Doutrebente en a entrepris la transformation. C'est ainsi qu'il nous a montré une infirmerie nouvellement installée dans la division des hommes ; le cube d'air y est de 40 mètres cubes par lit, et les becs de gaz y sont disposés de manière à servir, tout à la fois, à l'éclairage et à la ventilation. Le château Saint-Lazare est un beau pensionnat séparé de l'asile des indigents par des jardins, et ayant, nécessairement, ses services généraux, cuisine, bains, hydrothérapie, distincts de ceux de l'asile primitif. L'installation du quartier des épileptiques non aliénés était à peine terminée lors de la visite du Congrès ; mais on voit que le département de Loir-et-Cher est entré résolument dans la voie du progrès, puisqu'il organise l'assistance des épileptiques avant que cette assistance ne soit prescrite par la loi.

La visite de l'asile se terminait nécessairement par un banquet offert par l'administration et présidé par M. le préfet. Les dames y avaient été gracieusement conviées.

Le soir, M. le maire de Blois et le conseil municipal tenaient à faire honneur aux membres du Congrès en les recevant dans la salle des États et en leur faisant visiter le château. Nous nous apercevons que nous abordons ici la partie extra-médicale du Congrès, partie charmante assurément, mais dont nous ne pouvons pas rendre compte dans un journal médical, et nous sommes obligés de passer également sous silence le compte rendu de la quatrième journée (visite des châteaux de Chambord, Cheverny et Beauregard, et banquet confraternel).

Le cinquième jour, reprise des travaux du Congrès : lecture et discussion des mémoires et travaux dus à

l'initiative individuelle. Pour rester absolument impartial, nous avons à formuler une critique à l'ordre du jour de cette journée. Il était beaucoup trop chargé. Quinze mémoires étaient à lire et à discuter, et plusieurs étaient de nature à provoquer une discussion du plus haut intérêt. On avait à entendre des communications de MM. Pierret, Gilbert Ballet, Joffroy, Raymond ; M. Bourneville avait apporté une collection de crânes ; le temps manquait pour donner aux communications le développement nécessaire, car le Congrès était attendu le lendemain à Orléans, et il fallait épuiser l'ordre du jour dans la journée. Le secrétaire général du Congrès avait été victime d'une surprise. Il ne comptait que sur un nombre restreint de communications, et une partie des auteurs des mémoires avait attendu à la dernière heure pour demander l'inscription à l'ordre du jour. Le Congrès a décidé de réduire à dix minutes le temps accordé à chaque auteur pour faire sa communication, et les discussions ont été fort succinctes. De l'avis unanime, c'est dommage, et l'on regrettait de n'avoir pas vu charger un peu plus l'ordre du jour des précédentes séances, afin de donner le développement nécessaire à toutes les communications soumises au Congrès.

Nous ne pouvons qu'indiquer sommairement l'objet des communications faites, les mémoires n'ayant pas pu être lus en entier, et renvoyer nos lecteurs au volume qui sera publié ultérieurement, et où l'on trouvera *in extenso* les travaux déposés sur le bureau : Samuel Garnier, Retraites des médecins des asiles ; Gilbert Ballet, Caractères de certaines idées de persécution observées chez les dégénérés à préoccupations hypocondriaques ou mélancoliques ; Raymond, Troubles délirants dans le goitre exophthalmique ; Joffroy, Anatomie pathologique de la paralysie générale ; Pierret, Rapports de la paralysie générale et des tabes ; Vallon, Paralysie générale

d'origine saturnine ; Bourneville, Contre-indications de la trépanation dans l'idiotie ; Proust (de Blois), Observations sur quelques cas d'épilepsie ; Séglas, Automatisme et hysterie ; Chaslin, De la confusion mentale primitive ; Bourneville, De l'utilisation des eaux d'égouts dans les asiles d'aliénés ; Giraud et Malfilâtre, Topographie de l'aliénation mentale dans le département de la Seine-Inférieure ; Deny, De l'emploi du bromure de strontium dans l'épilepsie ; Pierret et Caret, Mélancolie avec hypothermie, et méningo-encéphalite infectieuse ; Mabille, De l'emploi du sulfate de Duboisine.

Deux vœux ont été émis par le Congrès :

Le premier, conclusion du mémoire de M. Samuel Garnier est ainsi conçu : « Dans le cas où les traitements d'activité et les pensions de retraite du corps médical aliéniste seraient mis à la charge de l'État, comme on doit le désirer à tous les points de vue, et l'édicte l'article 45 du projet de loi sénatorial sur les aliénés, les médecins d'asile, réunis en congrès, réclament, comme conséquence de ce rattachement, le remaniement des traitements qui répondent aux classes fixées par les décrets des 6 juin 1863 et 4 février 1876, et notamment la création d'une classe exceptionnelle de 9,000 francs outre les avantages en nature.

« Ils demandent ensuite que ceux qui auront droit à leur retraite, dans le délai de deux ans, à partir de la promulgation de la loi, dans le poste qu'ils occuperont, soient seuls appelés à jouir de leurs anciennes prérogatives, c'est-à-dire avoir leur retraite liquidée par la caisse de retraites de leur département de résidence. » Adopté à l'unanimité.

Le second vœu, déposé par MM. Bouchereau, Doutrebente, Gallopain, Garnier (Samuel), Giraud, Mabille, Mordret, Vallon, est ainsi formulé :

« Le Congrès des médecins aliénistes, réunis à Blois,

exprime le vœu que, par un règlement d'administration toujours suivi, les directeurs-médecins, ou médecins en chef des asiles et des quartiers d'hospice soient exclusivement recrutés parmi les médecins-adjoints titulaires de leur emploi. » Adopté à l'unanimité.

Le Congrès a ensuite décidé que la prochaine session des Congrès annuels se tiendrait en 1893 à La Rochelle. Trois villes avaient été mises en avant : Bordeaux, Dijon, La Rochelle. M. Régis, qui proposait Bordeaux, crut devoir en référer au doyen de la Faculté de médecine et reçut un télégramme dans lequel M. Pitres demandait l'ajournement de la réunion à 1894. Le choix de Bordeaux se trouva ainsi éliminé. Restaient Dijon et La Rochelle. Après avoir entendu les explications fournies par MM. Samuel Garnier et Mabille, la majorité des membres présents se prononça en faveur de La Rochelle.

La session a été close par la visite du quartier d'hospice d'Orléans. Sur la demande de notre sympathique confrère Riu, la Commission administrative des hospices avait organisé une réception à laquelle ont pris part M. le préfet du Loiret et la municipalité d'Orléans. Les médecins des hôpitaux et les représentants du Conseil général y assistaient. Nous devions voir un asile aussi bien tenu que possible dans des locaux défectueux et encombrés. Après la visite de l'établissement, un banquet était offert dans la salle des fêtes de la ville. Il n'était dans l'idée de personne de nous montrer un établissement modèle, mais plutôt de nous demander une consultation pour remédier à un état de choses qui ne satisfait personne. C'est ce qu'ont successivement exprimé au banquet sous forme de toast, M. le préfet, le Président de la commission administrative et l'un des adjoints pour le maire empêché de prendre part à la réunion, mais on s'effraie de la dépense de construction

d'un asile. La consultation demandée a été donnée *inter pocula*. Un des vice-présidents du Congrès (M. Théophile Roussel) avait dû partir pour se rendre au Congrès de Bruxelles) a exprimé formellement l'avis qu'aucune hésitation ne devait être possible. Le quartier d'hospice est encombré et l'espace manque en ville pour faire un asile répondant aux données actuelles. La construction d'un établissement hors ville s'impose donc et l'on doit faire choix d'un terrain assez vaste pour permettre l'extension de l'asile, si des besoins nouveaux se faisaient sentir, et pour permettre d'occuper les malades en plein air aux travaux de la campagne. M. Bourneville a pris la parole dans le même sens. Il a signalé, en même temps, la mesure libérale prise par le Conseil général de la Seine à l'égard des aliénés mineurs nés en province, mais dont les parents sont fixés à Paris depuis plus de deux ans. Ces aliénés ont légalement leur domicile de secours à leur lieu de naissance et sont, quand ce lieu de naissance est reconnu, transférés des asiles de la Seine dans leur département d'origine. Ils ne peuvent plus alors recevoir la visite de leurs parents et le lien de famille est rompu. Le département de la Seine consent aujourd'hui à conserver ces aliénés sous la seule réserve que le département du lieu d'origine paiera un prix de journée égal à celui qui serait payé dans l'asile du département, la Seine gardant à sa charge l'écart entre le prix de journée des asiles de province et celui des asiles de Paris. M. Doutrebente n'a pas voulu clore la séance sans porter un toast spirituel au collègue Riu; il l'a félicité de la transformation qu'il avait trouvée dans le service de l'asile; malheureusement, a-t-il ajouté, on ne peut pas faire tenir six cents malades, quand il y a de la place pour trois cents.

La session du Congrès était définitivement close. Nous n'avions plus qu'à remercier les Orléanais de leur

gracieuse réception où les dames n'avaient pas été oubliées, mais on tenait à nous faire emporter un excellent souvenir de la ville d'Orléans et de grands omnibus nous attendaient pour nous conduire aux sources du Loiret. Mais le chroniqueur doit s'arrêter, car nous retombons dans la partie extra-médicale du Congrès.

En résumé, tout est bien qui finit bien. La session de 1892 comptera parmi les bonnes sessions ; puissions-nous inspirer à quelques-uns de nos collègues le regret de n'être pas venus à Blois, où la réunion a été fort intéressante au point de vue scientifique comme au point de vue pittoresque. Notre collègue M. Doutrebente, *qui miscuit utile dulci* (le chroniqueur répète ce qu'il a entendu), mérite toutes nos félicitations et, sauf la petite critique qu'il ne faut pas laisser s'accumuler, pour la dernière heure, toutes les communications dues à l'initiative individuelle, M. Mabille peut hardiment prendre modèle sur ce qui a été fait à Blois.

A. GIRAUD.

---

---

# Pathologie

---

## SUR

### CERTAINS CAS D'ABOULIE

AVEC OBSESSIONS INTERROGATIVES  
ET TROUBLE DES MOUVEMENTS

(FOLIE DU DOUTE AVEC DÉLIRE DU TOUCHER)

PAR LES DR<sup>S</sup>

**F. RAYMOND**

Professeur agrégé de la Faculté,  
Médecin des hôpitaux.

**F. L. ARNAUD**

Médecin-adjoint de la maison  
de santé de Vanves.

*Suite et fin (1)*

---

## II

Les trois observations ci-dessus nous offrent un certain nombre de *faits communs*. Nous les considérons comme les *symptômes essentiels et fondamentaux* de la maladie, dont ils fournissent la caractéristique véritable. Ils existent, en effet, inégalement développés, mais avec les caractères d'une remarquable analogie dans toutes ou presque toutes les observations publiées de « Folie du doute », et on les retrouve dans les périodes de calme aussi bien que pendant les paroxysmes. [Nous allons les reprendre au double point de vue mental et

---

(1) Voyez les *Annales* de juillet-août 1892.

physique en les groupant sous quelques dénominations générales.

ÉMOTIVITÉ. — On comprend généralement sous le nom d'*émotivité* un état particulier du système nerveux qui le fait réagir d'une façon disproportionnée sous l'influence de causes qui agiraient très faiblement ou même resteraient sans action appréciable sur un organisme normal. C'est, proprement, *une rupture d'équilibre*. Nous n'avons aucune illusion ni sur la clarté ni sur la netteté de cette définition. Mais, s'il est impossible de savoir avec quelque précision ce qu'il faut entendre par équilibre du système nerveux et par son contraire, il reste que chacun entend suffisamment ces termes pour qu'ils soient devenus d'un emploi courant en pathologie nerveuse.

Les troubles qui relèvent de l'*émotivité* ont surtout été mis en lumière par Morel (1), mais au détriment d'autres symptômes d'une importance capitale. Il y faisait rentrer ce que l'on a appelé depuis *délire du toucher*. Ce dernier ordre de phénomènes se retrouvent, en effet, dans chacune des sept observations qui composent le mémoire de Morel sur le *Délire émotif*. — Nous avons vu que les bizarries du toucher, que la crainte des contacts existent, sous des formes variées, dans nos trois cas (chiens enragés, poison, taches, etc.). Nous nous bornerons à les rappeler ici.

Il faut y joindre quelques autres symptômes. D'abord, *l'instabilité et l'irritabilité morales*, qui prennent souvent des proportions tout à fait extraordinaires chez des malades habituellement doux et timides. Nous avons vu chez D..., cette irritabilité se traduire par de violents accès de colère et même par des impulsions homicides. Pour la malade Pr..., cette disposition avait fini par lui

---

(1) Morel. *Délire émotif. Archiv. gén. de médecine* (1886).

rendre impossible la vie commune avec sa mère. Chez M... enfin, quoique moins accentué, cet état irritable est encore très manifeste.

Nos trois malades présentaient encore de la *topophobie*, sous ses deux aspects principaux : *agoraphobie* et *claustrophobie* ; ils avaient aussi la *crainte des foules*. Sous une forme ou sous une autre, ces craintes, ces *phobies* se rencontrent dans la plupart des cas, à divers degrés d'intensité, mais avec les mêmes caractères généraux, qui ont été parfaitement décrits par les auteurs (Westphal, Cordes, Ritti, Magnan, Ball, Régis, etc., etc.).

Toutes, d'ailleurs, ont pour support et pour condition un état plus général, une sorte de *panophobie* qui se manifeste par un recul, par un arrêt tout au moins, en présence de tout ce qui est, à un degré quelconque, inconnu ou simplement imprévu. Ces malades appréhendent tout, craignent tout, sans aucune raison déterminée, et seulement en vertu du fonctionnement particulier de leur système nerveux originairement faussé. Nous avons donné de cette *panophobie* des exemples nombreux et typiques, surtout à propos du malade M...

**HÉSITATION PSYCHOMOTRICE.** — Ce même fonctionnement défectueux apparaît avec une pleine évidence dans la mise en jeu des facultés, dans le *dynamisme mental*. Qu'il s'agisse de l'intelligence ou de la volonté, les phénomènes morbides sont tout à fait comparables. Le doute est l'équivalent intellectuel de l'hésitation de la volonté, de l'incertitude des mouvements.

D'une part, il y a défaut d'impulsion et d'énergie intellectuelles, et aussi défaut de stabilité. Les malades ne trouvent pas en eux-mêmes le pouvoir d'appliquer fortement leur esprit sur les idées ; ils cherchent à obtenir cette application par des moyens détournés :

répétition mentale, affirmation étrangère; ils y réussissent pour un instant, mais ils ne peuvent arriver à ce que nous hasardons d'appeler l'*adhérence de l'intelligible à l'intelligence*, d'où la fugacité de la certitude ainsi produite, et l'hésitation, le doute perpétuels qui s'en suivent.

D'autre part, dans le domaine de la volonté et des actes, il y a également défaut d'impulsion et de stabilité. Les mouvements en général, la démarche même des malades sont devenus incertains, hésitants; toute vivacité, toute rapidité a disparu, toute sûreté aussi. Les actes qui exigent la synergie de plusieurs muscles sont les plus altérés; ils sont dissociés, fractionnés, par conséquent lents et maladroits, et d'autant plus qu'ils sont moins accoutumés. Mais les mouvements les plus familiers eux-mêmes, ceux que la répétition avait déjà rendus automatiques et presque inconscients sont atteints à leur tour; ils redeviennent conscients et volontaires, et ils perdent, avec le bénéfice de l'habitude, leurs caractères acquis de facilité et de rapidité.

La timidité et l'irrésolution perpétuelles sont un des caractères les plus frappants, nous ne saurions trop le répéter, de l'état mental de ces malades. On pourrait dire que leur premier mouvement est toujours une hésitation. Ceci n'est pas un simple jeu de mots, c'est l'expression réelle, malgré sa bizarrerie, d'un fait d'observation. Incapables par eux-mêmes d'une volonté efficace, ils ne savent agir que sous l'impulsion d'autrui. Comme ils ont conscience de leur faiblesse, ils éprouvent le besoin de s'abriter sous une tutelle dont ils n'auront plus la force de s'affranchir. A leur volonté débile, il faut pour appui et pour soutien une volonté ferme. Mais la continuité et la multiplicité des secours qu'ils exigent transforment en véritable *souffre-douleur* le tuteur qu'ils ont choisi.

Encore un point à noter. Dans la sphère motrice comme dans la sphère intellectuelle, des procédés indirects, des manœuvres de secours sont nécessaires pour produire un résultat déterminé, un *travail utile*. Nous avons vu que M..., par exemple (observation I), ne pouvait exécuter une foule de mouvements simples, très habituels, qu'en se servant de ses deux mains et en s'aidant de la vue; qu'il accompagnait ordinairement ses actes de mouvements d'approbation de la tête, d'encouragements de la voix, etc. Il y a là quelque chose de tout à fait comparable à la répétition mentale et au besoin d'une affirmation ou d'une intervention étrangère. Tous ces moyens détournés s'équivalent, et ils concourent chacun dans son domaine à un résultat identique : les mouvements accessoires, le secours de la vue font cesser l'hésitation psychomotrice et rendent l'acte possible, comme la répétition mentale et l'affirmation d'autrui font cesser le doute et fixent l'idée, au moins pour un temps; — comme, enfin, l'intervention d'une volonté étrangère triomphe de l'indécision et entraîne la volition.

**NEURASTHÉNIE.** — Outre l'émotivité et l'hésitation psychomotrice, il est important de mentionner quelques autres symptômes ressortissant à la *neurasthénie*.

Au point de vue psychique, les plus ordinaires sont une *tendance hypocondriaque* plus ou moins prononcée, mais que l'on peut regarder comme constante; — *l'affaiblissement de l'attention volontaire* et l'impossibilité d'un effort intellectuel quelque peu soutenu; — enfin, une *disposition mélancolique habituelle*, qui s'observe surtout au réveil et pendant la matinée. Il semble qu'au début de chaque nouvelle journée, les malades sentent peser sur eux plus lourdement le poids de leur misérable existence. Dans nos trois cas, les dispositions

tristes après le réveil étaient des plus manifestes. Cette remarque a, d'ailleurs, été faite depuis longtemps. Une malade de Legrand du Saulle entre autres, écrivait : « Mes nuits sont généralement mauvaises, très agitées, et la matinée surtout est très difficile (1). »

Du côté somatique, on observe des *névralgies diverses*, fugaces sur le tronc et les membres, plus fixes et plus fréquentes vers la tête ; — des *sensations pénibles* de vide céphalique, de ballottement, de serrement aux tempes et à la nuque (*casque néurasthénique* plus ou moins net) ; des éblouissements, des vertiges ; — de l'*insomnie* ; — des *troubles digestifs* variés, caractérisés principalement par la lenteur des digestions, avec ballonnement du ventre, renvois, parfois du pyrosis, constipation habituelle, bouffées de chaleur après les repas ; — des *troubles vaso-moteurs* se traduisant par des alternatives de pâleur et de rougeur de la face, sous l'influence des moindres émotions, par des sueurs abondantes, localisées de préférence à la paume des mains et à la tête, par de la séborrhée, etc.

Les nombreux phénomènes morbides que nous venons de passer en revue constituent l'*état général* de nos malades ; ce sont les plus constants, sinon les plus manifestes. Ils existent à l'état d'ébauche avant même l'éclosion de la maladie confirmée ; ils sont comme le terrain qui lui permettra de se développer. Ils sont continus et persistent tant que dure la maladie, aussi bien dans les périodes de calme que pendant les paroxysmes. Ils sont à la « Folie du doute » ce qu'est la démence à la paralysie générale, plus apparents dans les rémissions, alors qu'ils ne sont pas masqués par d'autres symptômes plus éclatants. Ceux-ci, par leur prédomi-

---

(1) Legrand du Saulle. *Folie du doute*, 1875, p. 47.

nance variable, vont donner à chaque cas particulier son individualité, sa physionomie propre.

Le premier, par ordre d'importance, est représenté par les *obsessions conscientes*. Elles affectent ici une forme interrogative ou dubitative, légitimant la qualification de *Folie du doute*, attribuée par Falret père au côté intellectuel de l'état qui nous occupe. L'objet de ces obsessions peut être quelconque. Il est possible, que dans certains cas, leur formule soit déterminée par le milieu, par les habitudes d'esprit des malades. Cette explication semble plausible pour le malade D. (obs. III). Il ne faudrait cependant pas lui prêter une signification générale. Dans la grande majorité des cas, la direction des obsessions ne peut être rattachée à une influence appréciable.

On trouve dans les auteurs une très grande variété d'obsessions à type interrogatif. On y pourrait distinguer *deux grandes classes*. Dans l'une, les malades se préoccupent de questions insolubles de leur nature : la création, la nature, la vie, etc. Pourquoi les arbres sont-ils verts ? Pourquoi l'arc-en-ciel est-il de sept couleurs ? Pourquoi les hommes ne sont-ils pas aussi grands que les maisons ? etc., etc. C'est là le *doute métaphysique*.

Dans l'autre classe, les interrogations se rapportent à des objets beaucoup plus simples, à des problèmes susceptibles d'une vérification immédiate. Tels sont les faits que nous rapportons ci-dessus. Ce sont ces dernières qui, pour nous, constituent à proprement parler la Folie du doute, puisqu'elles ont pour caractère essentiel de résister à l'évidence de preuves et de vérifications faciles et multipliées.

Les obsessions métaphysiques semblent relever d'un trouble primitif et isolé de l'intelligence ; pour Westphal, elles demeuraient toujours purement théoriques, seraient indépendantes de tout état émotif, et elles n'entraîneraient jamais, à la différence des autres, cer-

tains actes spéciaux. L'observation n'a pas confirmé cette opinion de Westphal.

En fait, toutes ces obsessions sont liées à un état émotif : elles aboutissent, après un certain temps, au même trouble des actes. Il suffit, pour s'en convaincre, de parcourir les observations publiées. La distinction entre ces deux classes d'obsessions, si elle offre quelque intérêt en clinique, ne nous paraît pas devoir entraîner une différence dans leur interprétation.

Chez nos malades, nous voyons que les obsessions prédominantes ont pour objet les chiens enragés, le poison, les dents, les organes génitaux, les parties du vêtement, la présence dans les poches du mouchoir, de la montre, des gants, du porte-monnaie, etc. Chez tous, elles s'accompagnent des mêmes phénomènes d'anxiété, de trouble général. Nous les avons déjà décrits, et nous n'avons pas à y insister davantage. Mais nous devons rappeler que les obsessions étaient liées, chez chacun d'eux, à un état émotif des plus manifestes, et qu'elles entraînaient des actes déterminés, plus ou moins irrésistibles : lavages des mains pour nos trois malades et répugnance à toucher des poudres ou des liquides inconnus ; chez M..., mouvements particuliers pour tâter ses poches ; chez Pr..., répugnance à toucher certains effets, etc. Tous ces actes correspondent au *délire du toucher* des auteurs. Leur caractère presque irrésistible les rapproche des *impulsions*.

Bien que les *tendances* impulsives soient à peu près constantes, les impulsions franches, nettes, véritablement *irrésistibles*, ne sont pas un symptôme nécessaire de la « Folie du doute ». Elles manquent souvent. On ne les trouve presque jamais notées dans les observations anciennes.

Il en est plus souvent fait mention dans les observations récentes, sans doute mieux étudiées, plus

fouillées que les premières (1), et prises d'ailleurs, sous l'influence d'autres préoccupations. Le malade D... (obs. III) nous en offre un bel exemple : il éprouvait fréquemment des impulsions à cracher, à faire certains gestes, à prononcer certaines paroles. Sous l'influence d'un état affectif surajouté, la tendance impulsive pouvait devenir autrement grave, et nous avons vu qu'elle s'était traduite en une impulsion au meurtre. Une tendance à l'impulsion homicide s'était aussi manifestée chez le malade M... (obs. I). Certaines des impulsions de D... présentaient une particularité remarquable. Elles résultaient, avons-nous dit, d'une idée subite, très vive, qui *s'objectivait* presque, qui était, par conséquent, analogue à une hallucination. D'après les renseignements, ce malade aurait d'ailleurs éprouvé des hallucinations réelles. Nous avons là un premier degré de ces *obsessions hallucinatoires*, dont Buccola, Tamburini, et, plus récemment Séglas (2), ont rapporté des exemples. Ces faits démontrent qu'il n'est pas rigoureusement exact de considérer comme indépendants les états psychopathiques caractérisés, les uns par des obsessions conscientes, les autres par des hallucinations et par un délire confirmé ; ces troubles différents peuvent coexister chez un même malade. L'observation de D... nous en fournit encore une preuve : il n'avait pas toujours conscience du caractère morbide de ses obsessions, qui devenaient ainsi des *idées fixes*, de véritables idées délirantes.

Par l'ensemble de ces caractères spéciaux — impulsions irrésistibles, obsessions hallucinatoires, idées fixes

(1) Saury. *Étude clinique sur la folie héréditaire*. Paris, 1884.  
— Kowalewsky. Neurasthénie et patophobie (*Centralblatt*, 1887).  
— Chastenet. Folie de la puberté, in *Ann. méd.-psychol.*, mars 1890. — P. Janet. Un cas d'aboulie et d'idées fixes, in *Revue philosophique*, mars et avril 1891, etc., etc.

(2) Séglas. De l'obsession hallucinatoire et de l'hallucination obsédante (*Ann. méd.-psychol.*, janv.-février 1892).

— l'observation III nous paraît correspondre à un état mental plus grave que celui de nos deux autres malades. Il ne s'agit plus ici d'un simple cas d'aboulie avec obsessions, sans complication sérieuse du côté de l'intelligence, mais bien d'un cas de transition entre les faits précédents et ceux où les troubles de la volonté sont liés à une affection mentale généralisée. Cette manière de voir est corroborée par ce fait que dans les observations des auteurs cités plus haut, où des impulsions sont mentionnées, la « Folie du doute » s'associait à un véritable délire. Pour la question si importante de savoir si un cas donné d'obsessions versera ou non dans la vésanie, il y aurait là un précieux élément de pronostic. Mais il est nécessaire que de nouvelles observations confirmatives soient produites.

Il nous reste à dire quelques mots des idées et des tentatives de *suicide* qu'ont présentées deux de nos malades. Pas plus que les impulsions, les *idées actives de suicide* ne font partie intégrante de cet état morbide. Cependant, plusieurs auteurs et notamment Legrand du Saulle, les ont constatées. *Les tentatives* sont plus rares, le *suicide effectif* plus rare encore. Legrand du Saulle n'en connaît pas d'exemple, nous n'en pouvons citer non plus. Les tentatives de suicidé de ces malades ont le caractère d'hésitation de tous leurs actes. Comme elles constituent des actes difficiles, compliqués, — éminemment inaccoutumés, — et qui exigent en outre une certaine fermeté dans la décision, on comprend sans peine que leur exécution soit hérissée d'obstacles pour des malades dont l'état mental a pour traits essentiels une quasi-impossibilité d'adaptation des actes, un état d'inhibition très marqué en présence de toute nouveauté, une mollesse et une irrésolution absolues. En fait, ces tentatives restent habituellement puériles et leur résultat nul. Sans nier qu'elles puissent aboutir, nous dirions

volontiers qu'elles n'aboutissent que *par hasard*. Mais un hasard malheureux étant toujours possible, il s'en suit qu'une surveillance attentive n'en doit pas moins être exercée dans les cas où existent des idées de suicidé.

### III

L'état psychopathique que nous examinons est généralement considéré comme ayant sa cause lointaine dans l'hérédité. Nos observations viennent à l'appui de cette opinion à peu près unanime. Les deux premières sont tout à fait démonstratives. Elles nous présentent une hérédité très lourde ; dans les deux cas, cette hérédité est *similaire* du côté paternel. Les bizarreries du père de M... et du père de P... étaient sans doute moins accentuées que celles de leurs enfants, mais elles appartaient au même ordre de réactions générales. L'hérédité similaire est d'ailleurs assez fréquente chez les malades de ce genre.

Il nous paraîtrait superflu d'insister davantage sur ce point.

Dans notre observation III, nous n'avons pas relevé d'antécédents héréditaires. Mais nous répétons que l'enquête n'a pu être assez complète pour que nous affirmions leur non-existence. Cette observation ne prouve donc rien à ce point de vue.

Sur ce terrain ainsi préparé par l'hérédité, l'éclosion de la maladie est souvent liée à l'influence des profondes perturbations organiques que produit la *puberté*. On sait que Baillarger et M. J. Falret avaient indiqué ce fait, vérifié par eux sur de nombreuses observations. Nous retrouvons nettement cette relation entre la puberté et l'éclosion de la maladie dans nos observations I et III. Dans l'observation II, le début semble avoir été plus

tardif, au moins en ce qui concerne les obsessions ; mais l'état général caractérisé par les scrupules faciles, par l'hésitation, l'émotivité et les appréhensions sans motif, était bien antérieur au développement des obsessions.

On voit toute l'importance pronostique de cette notion, quand on se trouve en présence d'un sujet héréditairement prédisposé, chez lequel approche l'époque de la puberté.

Il arrive aussi assez fréquemment que le début, ou du moins la manifestation évidente de l'état morbide, peut être indiqué d'une manière plus précise encore. Il n'est pas rare, en effet, de le trouver en rapport avec un fait particulier, d'une importance parfois minime, que le malade et son entourage considèrent comme un véritable point de départ. Les observations I et II nous en offrent des exemples très nets. Dans la première, les interrogations obsédantes et le doute ont immédiatement suivi une conversation dont le malade peut donner la date. Dans l'observation II, la crainte des chiens enragés, avec toutes ses conséquences, a été la suite directe de l'agression d'un chien dans la rue.

Ces circonstances, et toutes celles, plus ou moins analogues, que l'on peut relever dans les diverses observations, n'ont par elles-mêmes, est-il besoin de le dire, aucune action étiologique. Elles n'ont d'autre valeur que celle d'un point de repère intéressant. Elles sont comme le *déclic* dont la chute va permettre la mise en marche d'un rouage prêt à fonctionner.

La mise en marche est ici l'évolution du trouble mental, qui se produit, quand on la considère dans son ensemble, suivant des périodes d'exacerbation et des phases suspensives ou rémissions, d'une durée souvent fort longue. Cette évolution a été constatée par les premiers observateurs. Notre observation I nous présente une rémission de plusieurs années, pendant laquelle le ma-

lade a pu suivre les cours de l'École de Droit et passer ses examens avec succès.

Mais ces rémissions et ces paroxysmes de longue durée, qui constituent comme les grandes oscillations de la maladie, sont eux-mêmes coupés d'alternatives moins étendues, de petites oscillations, variables d'un jour à l'autre et dans une même journée. Même au cours des grands paroxysmes les plus accusés, surviennent des journées d'un calme presque complet, qui donnent aux malades l'illusion d'une trompeuse amélioration. Inversement, pendant les phases suspensives, les malades sont trop souvent tourmentés par le retour d'accès plus ou moins intenses, sortes d'élancements d'une douleur assoupie, mais toujours prête à se réveiller. C'est de préférence le matin, après le réveil, que se produisent ces retours offensifs.

Ces alternatives, brèves ou de longue durée, se succèdent le plus souvent sans aucune régularité et sans cause apparente. Cependant, certaines influences peuvent intervenir dans leur production. Au premier rang figurent les maladies graves et débilitantes. Nous avons vu que chez M. (observation I), les symptômes morbides avaient subi une notable aggravation dès la convalescence d'une fièvre typhoïde. On trouverait dans les auteurs une foule d'exemples de ce genre. Ces influences importantes sont plus particulièrement en rapport avec les grandes oscillations. Les alternances d'une faible durée, les oscillations quotidiennes, dépendent de ces mille détails de l'existence habituelle, et surtout des dispositions intérieures des malades, qui, elles-mêmes, varient sous l'action de modifications organiques insaisissables. A ce point de vue les distractions exercent une heureuse influence ; mais encore faut-il que les malades soient, au moment où elles interviennent, en état de les goûter. Au contraire, les émotions, les con-

trariétés, les nouvelles inattendues, les digestions troublées amènent presque fatallement une recrudescence des symptômes, un accès d'une durée variable.

Toutes ces variations d'intensité portent principalement sur les symptômes les plus saillants, sur les obsessions et sur les impulsions, quand il en existe. Les troubles moteurs qui correspondent au « délice du toucher » sont beaucoup plus fixes. Quant aux phénomènes que nous avons considérés comme fondamentaux, on peut dire qu'ils restent à peu près invariables à toutes les périodes. Les sujets sont toujours des émotifs, des perplexes, des hésitants, des maladroits, des neurasthéniques, en un mot des malades.

Legrand du Saulle affirme que « dans les périodes « avancées de la folie du doute le cercle des idées délirantes se rétrécit ». Si elle signifie que le nombre des idées englobées dans le trouble mental diminue, cette affirmation n'est pas exacte. Il est bien vrai que la série d'idées obsédantes qui prédomine dans chaque cas particulier s'accuse avec un relief de plus en plus marqué, à mesure que progresse la maladie, de façon à masquer partiellement les autres phénomènes morbides; que, de plus, les malades n'avouent spontanément que ces idées, tandis qu'ils dissimulent les autres, dont ils cherchent à prouver la parfaite correction; mais l'observation démontre une double extension du trouble mental : 1<sup>o</sup> dans l'ordre intellectuel, un nombre d'idées toujours plus grand entrent successivement dans la sphère du doute, et, de plus, l'incertitude et l'hésitation deviennent la caractéristique de toutes les réactions intellectuelles; 2<sup>o</sup> fait encore plus important pour la vie de relation, les *actes eux-mêmes* sont atteints, ainsi que nous l'avons longuement démontré.

Cet état s'aggrave par sa durée même. Après de trop nombreuses expériences de leur faiblesse, les malades

en arrivent à une défiance d'eux-mêmes bien compréhensible, à un véritable sentiment d'impuissance. Ils n'essaient même plus de lutter, et, persuadés qu'ils ne sont plus bons à rien, ils ne font plus rien en effet. Ils se confinent dans un complet isolement, et, si on ne les y obligeait pas, ils finiraient par ne plus sortir de chez eux. La santé générale s'altère, les grandes fonctions sont troublées et cet état, limité d'abord à des troubles mentaux, se complique de véritables altérations physiques.

Et, cependant, il est remarquable que, même dans les cas les plus invétérés, l'intelligence ne s'affaiblit pas sensiblement, qu'elle ne verse pas dans la démence.

La *durée* est nécessairement fort longue, au moins si l'on considère non plus seulement les phénomènes les plus saillants, mais surtout les symptômes fondamentaux, qui constituent le dessous durable et à peu près fixe de l'affection. Les rémissions, nous l'avons dit, n'affectent guère que les premiers de ces phénomènes. Il en est de même des guérisons ; elles ne sont que relatives. La lésion de l'activité psychomotrice persiste, puisqu'elle dépend d'une disposition originelle du système nerveux. Elle peut s'atténuer dans une certaine mesure, et ce bénéfice s'ajoute à l'amélioration produite par la disparition plus ou moins complète des obsessions, des impulsions et des idées fixes, ainsi qu'à la diminution qui peut être notable, de l'émotivité et des symptômes neurasthéniques.

Mais il faut, pour obtenir même ces guérisons incertaines et partielles, un *traitement* long et continu qui aura un double objectif : le relèvement des forces physiques, l'éducation de la volonté.

Nous ne dirons qu'un mot de ce traitement sur lequel d'ailleurs l'opinion de tous est unanime. Pour le premier point, tous les toniques sont indiqués, car, malgré cer-

taines apparences, qui ont parfois induit en erreur le médecin, ces malades sont généralement débilités, anémisés. Ce qui nous semble avoir donné les meilleurs résultats, c'est la combinaison de l'hydrothérapie, principalement sous forme de douches froides, avec des exercices physiques variés, qu'il faut savoir faire accepter aux malades en dépit de leur résistance. Il importe surtout de leur imposer la *continuité* de ce traitement, qui est long et qui peut leur paraître désagréable.

Cette obligation est déjà le commencement du *traitement moral*. Il ne s'agit en aucune façon du traitement moral tel que l'entendait Leuret, qui en a fait un si fâcheux usage. S'attaquer directement aux obsessions et aux doutes de nos malades serait tout aussi inutile que de chercher à redresser par certains procédés les idées délirantes des aliénés ordinaires. C'est l'état général des facultés qu'il faut viser, et, pour cela, les moyens déjà indiqués comme susceptibles d'améliorer l'état physique auront une heureuse influence en contribuant à rétablir l'équilibre du système nerveux.

Habituer insensiblement les malades à triompher de leurs répugnances non motivées, les obliger par gradations ménagées à agir malgré leurs appréhensions, combattre leur tendance à la répétition identique des mêmes actes, contrarier leurs habitudes invétérées, refuser catégoriquement de répondre aux questions multipliées sans raison, surtout quand il s'agit de choses à faire dans un délai plus ou moins éloigné, les bousculer même, au besoin, dans une certaine mesure, telles sont les indications générales de la conduite qu'il faut tenir à leur égard. Mais il importe de ne pas oublier que tout cela est une question de mesure et de tact, et, sous prétexte de réveiller, de fortifier leur volonté, on doit se garder de les ahurir par la brutalité ou de les décourager par l'ironie.

Chaque cas particulier présente, d'ailleurs, ses indications spéciales, et il est impossible de tracer des règles fixes. Le point capital consiste à inspirer confiance au malade. Quand on y est parvenu, un grand pas est fait, et, dans les cas heureux, l'on ne tarde pas à être surpris des résultats acquis. Soutenus par une volonté sur laquelle ils s'appuient avec confiance, des malades qui avaient perdu toute spontanéité, toute activité, peuvent en arriver en quelques semaines à accomplir des actes qui supposent une assez grande dépense d'énergie. L'exemple de M... (observation I), est instructif à cet égard ; nous avons pu obtenir de lui de longues courses de montagne, des ascensions difficiles et même dangereuses, alors que, trois mois avant, il n'osait même plus sortir seul dans la rue.

Le retour de l'activité spontanée se fait également sentir dans le domaine intellectuel. L'attention volontaire commence à reparaître, rendant possible l'application au travail, et diminuant par là même la fréquence et l'intensité des obsessions. De même, les tendances émitives s'atténuent dans une certaine mesure.

Ce régime de soutien, de suppléance, doit être maintenu pendant un assez long temps, si l'on veut que ses bons effets aient ensuite quelque durée. Il faut, de plus, ne pas y mettre fin brusquement. Avant d'abandonner le malade à lui-même, il convient de s'assurer par des épreuves successives qu'il est rentré en possession d'une énergie suffisante et qu'il peut se passer de tutelle.

Malheureusement, s'il est possible d'obtenir de sérieuses améliorations, il est plus difficile de les maintenir ; et l'on s'exposerait à des mécomptes, en oubliant que les malades sont toujours en imminentie de rechute.

## IV

Après avoir étudié cliniquement les faits observés, nous essaierons d'en donner une interprétation physiologique et psychologique, et, par suite, d'en dégager une explication générale qui puisse sembler plausible.

Pour cela, il nous faut reculer l'origine de ces phénomènes singuliers et la placer dans un *trouble général* de l'activité psychomotrice, du *dynamisme mental*. Et ce trouble qui affecte l'activité mentale dans sa réaction générale atteint plus particulièrement les déterminations volontaires et motrices de cette activité.

Rappelons que tout phénomène psychologique, si simple qu'il soit, suppose un très grand nombre de combinaisons anatomiques et dynamiques, pour se fixer dans la conscience et y conserver une virtualité de mouvement qui rendra possible sa reviviscence. Ces combinaisons présenteront une complexité croissante de la sensation à la perception, de celle-ci à l'idée totale d'un objet ou d'un fait simple, de cette dernière enfin à l'idée d'ensemble d'un *acte extérieur* voulu et produit par le moi.

Dans ce dernier cas, aux divers groupes de *résidus* ou d'*images sensibles* qui composent autant de synthèses partielles, vient s'ajouter un nouveau groupe de résidus moteurs, d'*images kinesthésiques* complétant la synthèse totale de l'acte.

La reproduction, la reviviscence harmonique de ces synthèses partielles, a pour condition fondamentale l'intégrité, dans les centres nerveux, des combinaisons anatomiques et dynamiques correspondantes. Rien ne nous permet d'admettre, pour l'état morbide que nous étudions, une altération anatomique; au moins jusqu'à plus ample informé. Tout, au contraire, plaide en

faveur d'un trouble dynamique : les irrégularités, les phases suspensives et les paroxysmes, les améliorations, sinon les guérisons possibles ; enfin, l'analyse elle-même des symptômes.

Ce n'est pas, en effet, dans leur mode en quelque sorte *statique* et *passif*, dans leur état de repos relatif, que sont troublées les manifestations mentales. La lésion croît du moins actif au plus actif. Si nous examinons l'intelligence, nous voyons que, considérée comme capable [de recevoir des idées, l'intelligence est peu atteinte. Cependant, même dans ce mode restreint, une altération apparaît, si l'idée qui se présente est nouvelle, car un élément nouveau d'activité doit alors intervenir, qui rompra l'équilibre si instable de l'intelligence. On le voit par le désarroi où jettent les malades toute idée nouvelle, tout événement imprévu. L'altération devient plus appréciable, quand il s'agit de l'attention volontaire, de la coordination des idées, c'est-à-dire des modes intellectuels actifs par excellence, dans lesquels la volonté joue un rôle important. Dans ces circonstances, les associations répondant à la volonté, affaiblies et troublées, s'accompagnent d'un état de conscience qui n'est plus exactement en rapport avec elles. D'où ce dualisme bizarre dans l'esprit du malade : persistance du doute et appréciation de l'absurdité de ce même doute, c'est-à-dire affirmation de l'existence du fait même que l'on met en doute : « Je vois bien que telle chose est ainsi, mais je ne puis m'empêcher de m'en assurer à nouveau, » disent les malades.

Ce paradoxe psychologique indique plutôt un *manque de fixité* des synthèses intellectuelles qu'une entrave à leur formation même. Comme nous l'avons déjà dit, les malades semblent avoir perdu le pouvoir de fixer les idées, qui, en quelque sorte, *n'adhèrent plus* à l'intelligence. De cette instabilité naissent le doute, l'incessante

interrogation intérieure, le besoin des affirmations étrangères et des répétitions.

Pareillement, en étudiant la volonté, nous sommes amenés à reconnaître que l'élément le plus altéré n'est pas l'état de conscience qu'enveloppe toute volition. Le malade *voudrait vouloir*, mais il sait par expérience que l'impulsion interne, que la volition efficace ne suivra pas le *jugement de choix*, comme elle le fait à l'état normal. Il a, en même temps, conscience de son vouloir et de son impuissance, et cette dysharmonie, ce tiraillement produisent l'anxiété et le trouble qui sont pour lui un véritable supplice.

Et cependant, il y a un effort psychique considérable et très fatigant, une tendance à l'impulsion qui n'aboutit pas, une sorte de piétinement sur place. L'activité volontaire s'épuise sur elle-même, au fur et à mesure de sa production ; elle reste à l'état *naissant* et elle ne peut se développer dans le sens d'une impulsion et d'une action effectives que par l'intermédiaire obligé de secours extrinsèques. Ces secours doivent fournir à la volonté l'appoint d'éléments actifs qui lui manque ; s'ils n'interviennent pas, toute détermination volontaire, toute décision restera vacillante et en suspens.

Mais, il y a plus. Quand, grâce à ces secours, l'activité volitionnelle a réussi, vaille que vaille, à se mettre en branle, sa manifestation extérieure, l'action musculaire, ne s'ensuit pas avec facilité, comme dans les conditions normales. La transmission, ou plutôt l'impulsion nerveuse motrice reste amoindrie, saccadée ; d'où cette hésitation, cette incertitude, ces sortes de spasmes des mouvements que nous nous sommes attachés à mettre en relief, et que le malade cherche à faire cesser en s'encourageant de la voix, en recourant à des gestes accessoires, en *prenant son élan* à plusieurs reprises. Tous ces moyens détournés sont parfois im-

puissants à réveiller les images kinesthésiques, au moins d'une façon suffisante pour aboutir à l'acte. L'intervention d'autres images peut alors devenir nécessaire, absolument comme dans les cas d'aphasie où l'image kinesthésique verbale n'est suscitée que par l'intermédiaire de l'image verbale visuelle ou auditive.

Nous avons trouvé chez M... (obs. I) un exemple de cette action de suppléance des images : le malade ne pouvait exécuter un assez grand nombre d'actes *qu'en s'aidant de la vue*; en langage physiologique, cela revient à dire que les images motrices de ces actes ne pouvaient se réveiller que sous l'influence des images visuelles. Pour ces actes, M... était donc plus *visuel* que *moteur*.

C'est uniquement pour la facilité du langage et à un point de vue tout relatif que nous avons distingué, dans les manifestations mentales, un état dynamique et un état statique. La vérité est que l'opération psychique, même la plus habituelle, même la plus humble, met nécessairement en jeu, à quelque degré, l'activité de l'esprit; elle est fonction d'activité et ne saurait se concevoir autrement. Il faut néanmoins reconnaître qu'il y a des différences très notables dans la somme d'activité que comporte telle ou telle opération mentale. Un homme qui, après son repas, lit son journal en sommeillant à moitié, est évidemment dans un état d'activité moindre que le savant appliqué à la solution d'un problème difficile, ou encore, pour employer une comparaison moins relevée mais plus typique aussi, que le voyageur combinant sur son Indicateur un itinéraire long et compliqué. Nous sommes en présence, dans un cas, d'un état presque passif de l'intelligence, sans réelle participation de la volonté; dans les autres, d'une tension des forces intellectuelles et d'une vive application volontaire.

Si l'activité des divers états psychologiques présente des différences de *quantité*, elle offre aussi des différences de *qualité*, suivant les éléments qu'elle met en œuvre. L'activité appliquée aux idées et celle qui s'exerce sur les mouvements volontaires empruntent des matériaux dissemblables, sont liées à des associations nerveuses différentes, et elles peuvent être lésées par la maladie, chacune pour son compte et inégalement ; la seconde suppose la première et quelque chose de plus, à savoir les images motrices musculaires surajoutées. On peut dire qu'il y a *des activités psychiques* et non pas *une activité*, comme il y a *des mémoires* et non point *une mémoire*.

Chez nos malades, toutes les activités, ou, si l'on veut, toutes les manifestations actives sont amoindries, nous l'avons montré déjà. Mais c'est dans les phénomènes du mouvement volontaire que l'affaiblissement et le désordre apparaissent au maximum. Nous en avons pour preuves les nombreuses anomalies des actes que nous avons signalées, en insistant sur l'altération des actes adaptés, c'est-à-dire des actes en rapport avec une idée qui les détermine en vue d'un but immédiat. Un acte ainsi adapté constitue une sorte de *confluent* de toutes les activités mentales : intelligence, volonté, motricité, et il n'est pas surprenant qu'il présente au plus haut degré, qu'il *totalise* les troubles de ces divers modes d'activité.

Nous avons souvent noté, dans nos observations, cette difficulté de l'adaptation des actes. Nous en rapporterons ici un nouvel exemple, tiré d'un fait bien ancien déjà, mais qui n'a pas été interprété de ce point de vue. Nous voulons parler du malade de Billod (1), un an-

---

(1) Billod. Maladies de la volonté. In. *Annales méd.-psych.*, 1847, t. X.

cien notaire, qui, dans certaines circonstances, ne pouvait arriver à signer son nom qu'après « trois quarts d'heure d'efforts ». Et, cependant, au cours de cette crise, il exécutait facilement dans l'espace, à mainlevée, tous les mouvements correspondants à sa signature. Les difficultés ne commençaient qu'avec l'application de la main sur le papier, au moment de la réalisation de l'acte, c'est-à-dire au moment précis de l'adaptation. Enfin, après trois quarts d'heure de pénibles efforts, pendant lesquels le malade « suait sang et eau », il « parvint à exécuter son paraphe très imparfaitement ». Ce fait remarquable, qui met bien en relief la nature *centrale, psychologique*, du phénomène, nous paraît très instructif et tout en faveur de notre manière de voir.

Avec M. Janet (1), « de cette description des troubles physiologiques et psychologiques, retenons seulement une chose : on constate dans l'intelligence un trouble analogue à celui qui a été observé dans les mouvements ; la mémoire et la perception tant externe qu'interne sont altérées chez les abouliques. Voici qui justifierait l'opinion des psychologues qui prétendent que la volonté joue un rôle dans l'intelligence. Cela prouve plutôt, à notre avis, que la volonté, considérée comme faculté de mettre en mouvement les membres, et l'intelligence, considérée comme l'élaboration des sensations et des images, renferment des éléments communs. Ces éléments communs ne peuvent pas être altérés sans troubler les deux fonctions : la volonté et l'intelligence. Cet élément commun est ici l'élaboration, la synthèse des éléments psychologiques faite à chaque moment de la vie d'une manière nouvelle ; c'est l'adaptation de l'être au milieu, aux circonstances. »

---

(1) P. Janet. Sur un cas d'aboulie et d'idées fixes. In *Revue philosophique*, mars et avril 1891, page 396.

Il est intéressant de remarquer encore que l'activité motrice volontaire se trouve atteinte non seulement dans ses manifestations actuelles, mais aussi dans ses *acquisitions* passées. Les synthèses nouvelles vont être affaiblies ; de telle sorte que, malgré la répétition des mêmes actes, l'*habitude* physiologique ne pourra s'établir et que l'*automatisme secondaire* (Hartley) ne progressera plus. C'est pourquoi les malades mettent un soin extrême à éviter les actes nouveaux, toute modification, tout changement leur inspirant une réelle frayeur ; c'est pourquoi ils s'enferment dans de minutieuses habitudes, exécutant toujours les mêmes mouvements, avec des gestes toujours identiques. Mais, en outre, les synthèses déjà existantes s'altèrent parallèlement. La maladie a des effets rétroactifs. Elle recule sur l'inconscient et l'amoindrit. Les actes qui, par l'habitude, s'étaient organisés, étaient devenus involontaires, automatiques et presque inconscients, perdent les bénéfices acquis ; ils redeviennent conscients et voulus, aussi nouveaux physiologiquement que lors de leur première exécution. Ceux, surtout, qui sont compliqués et qui mettent en jeu la synergie de plusieurs muscles et, par conséquent, plusieurs groupes d'images kinesthésiques, se retrouvent dissociés, hésitants comme au début, et ils resteront tels désormais.

Les considérations qui précèdent vont nous servir à résoudre la question si controversée des rapports réciproques de la « folie du doute » et du « délire du toucher ». Les uns, à l'exemple de M. J. Falret, de Legrand du Saulle, de M. Ritti, réunissent ces deux termes dans une seule description, et ils en font deux groupes symptomatiques, mais différents, d'une maladie unique.

Legrand du Saulle, allant même plus loin, considère dans cette maladie trois périodes, la première caractérisée par le doute seul, la seconde se constituant par

l'apparition « des excentricités du tact » qui seraient « la conséquence des anxiétés produites par le doute » ; il y aurait donc entre ces deux groupes un rapport de succession et de dépendance logique.

D'autres les considèrent, avec M. Magnan, comme indépendants, comme pouvant se succéder, chez un même malade, dans un ordre quelconque, comme pouvant exister isolément, au même titre que tous les autres phénomènes appelés par M. Magnan « *stigmates psychiques de la dégénérescence mentale* ».

Enfin, M. Ladame (de Genève) y voit deux maladies distinctes, dont la réunion est une pure coïncidence, dont au contraire l'apparition isolée est la règle.

Cette divergence d'opinions tient évidemment, pour une part, aux formules même désignant les troubles en question et qui s'appliquent seulement aux formes très développées et, en quelque sorte, parfaites. Elles laissent en dehors d'elles le phénomène principal et constant, à savoir la lésion générale de l'activité psychomotrice dont l'aboulie est la plus haute expression, pour ne retenir que l'altération de tel ou tel mode déterminé de l'intelligence (doute) ou de la motilité (toucher).

Sous cette forme précise, l'altération dont il s'agit fait souvent défaut. Le « délite du toucher » semblait manquer chez nos malades ; ils n'éprouvaient aucune de ces craintes du contact devenues classiques (boutons de porte, pièces de monnaie, morceaux de verre, couteaux, épingles, animaux, etc., etc.). Cependant une étude plus attentive nous a permis de déceler chez eux de nombreuses anomalies des mouvements et des actes, qui constituent autant de formes atténueées de « délite du toucher », et qui présentent les mêmes caractères généraux que les formes les plus spécialisées.

Aussi, pour nous, cette question des rapports du *doute* et du *toucher* doit-elle être autrement résolue.

Nous nous sommes attachés à démontrer que ces deux ordres de phénomènes offrent les mêmes caractères, qu'ils supposent la même altération initiale, qu'ils reposent sur un fonds commun qui en est la condition et la raison d'être. Ils résultent, les uns et les autres, de l'altération des éléments moteurs communs à l'intelligence et à la volonté ; par conséquent, ils ne sauraient être envisagés comme deux maladies différentes. Ils doivent primitivement coexister, dans la plupart des cas, sinon à l'état de formule précise, au moins comme disposition générale de l'intelligence (scrupules, besoin obsédant de vérifications, d'affirmations étrangères) et de la volonté (aboulie, hésitation et répétition des mouvements). Plus tard, il est habituel que les manifestations intellectuelles ou volontaires de cet état se développent inégalement, de façon que les unes prédominent et masquent les autres plus ou moins. Il faut alors chercher avec soin ces dernières ; on les retrouve généralement.

Ces deux groupes de symptômes seraient donc comme les deux branches d'un même tronc ; il y aurait entre eux non pas un rapport de *subordination* et de *dépendance logique*, ainsi que le pensait Legrand du Saulle, mais une *relation pathologique* et de *simultanéité*.

#### CONCLUSION

L'analyse des faits que nous rapportons nous semble conduire à une conception différente de celles qu'ont développées les auteurs à propos de la « Folie du doute avec délire du toucher ». Notre manière de voir embrasse un plus grand nombre de cas d'obsessions à type interrogatif, mais c'est à la condition de ne pas attacher une importance exclusive aux symptômes les plus saillants qui attirent aisément l'attention et s'imposent

à elle. Il faut, au contraire, rechercher avec soin les dessous de cet état psychopathique, les phénomènes plus généraux à la fois et moins apparents. Ces phénomènes, le seul interrogatoire des malades ne saurait les mettre en évidence, puisque eux-mêmes ou les ignorent ou les dissimulent en partie, il faut les dépister, les saisir par un examen objectif direct, en procédant comme dans la recherche d'une maladie physique. Ce procédé est ici d'une application plus difficile, et il exige des conditions spéciales, avant tout une longue fréquentation du malade et une active attention exercée à son insu.

Ici donc, plus que partout ailleurs, s'impose la distinction de l'état mental général et des symptômes plus en relief qui pourraient masquer son importance ; « on doit distinguer les dispositions psychiques fondamentales qui existent chez tous les malades, des idées prédominantes et des actes qui en résultent, lesquels peuvent varier suivant les cas » (J. Falret, *loc. cit.*). L'état général est constitué par ces groupes de symptômes que nous avons dénommés — sans aucune prétention dogmatique — émotivité, hésitation psychomotrice, neurasthénie. Ces groupes se pénètrent plus ou moins, mais ils ne se confondent pas. Ils trahissent dans sa généralité le manque de pondération, le défaut de stabilité des fonctions nerveuses, en un mot, le trouble profond du dynamisme mental. Ce trouble *primitif et général*, qui porte sur les éléments moteurs communs à l'intelligence et à la volonté, détermine, dans chacune des opérations mentales, des symptômes de même ordre : hésitation intellectuelle produisant le doute et la nécessité des répétitions intérieures et des affirmations étrangères ; — hésitation de la volonté, aboulie, avec toutes ses conséquences ; — hésitation et difficulté encore des mouvements musculaires et des actes, qui

ne peuvent plus s'exécuter avec les procédés normaux, et qui exigent l'emploi de moyens accessoires.

Au-dessus de l'état général, qui est à peu près fixe et constant, apparaissent des symptômes plus variables, qui ne sont que l'exagération de l'instabilité psychomotrice : les obsessions, les impulsions, les idées fixes, et certaines bizarries des actes (lavages des mains, crainte des contacts, gestes anormaux, répétitions, etc.).

Tous ces symptômes varient avec chaque malade ; ils varient aussi, chez un même malade, selon les périodes de l'affection et sans qu'il soit possible, le plus souvent, de trouver un prétexte satisfaisant à ces variations.

De l'analogie de ces divers symptômes, nous concluons à leur identité de nature.

En somme, nous nous trouvons en présence d'un trouble primordial et très général de l'activité mentale considérée surtout dans ses manifestations volontaires.

En tant que faculté de perception pure et simple, dans son mode que l'on peut appeler *statische* et *passif*, l'intelligence n'est pas très sensiblement altérée. Les malades conservent aussi la *conscience de leur état*, ce qui implique une *rectitude du jugement*. — L'intelligence est altérée dans son pouvoir de coordination et de fixation des idées, c'est-à-dire dans son mode actif, et surtout dans son mode actif par excellence, dans l'attention volontaire.

C'est la volonté qui est, incontestablement, la plus diminuée des facultés mentales. Elle est diminuée dans sa double action. Comme force impulsive, cela est manifeste ; par là, s'expliquent l'irrésolution perpétuelle, l'hésitation et l'incertitude des mouvements.

Comme puissance d'arrêt, la volonté est encore lésée, cela est démontré par les obsessions et les impulsions. Les malades ne sont plus maîtres de certaines de leurs idées, qui s'imposent à eux malgré eux et qui empê-

chent toute attention volontaire. L'automatisme remplace la volonté. Les malades sont devenus, suivant l'expression de Billod (1), « des idiots de la volonté ».

Tout se réduit donc, en dernière analyse, à une maladie de l'activité volontaire, envisagée dans sa signification la plus large. Les altérations réunies sous le nom de « folie du doute », comme celles qui sont désignées par les termes « délire du toucher » ou « crainte du contact », seraient les deux faces, l'une *intellectuelle et interne*, l'autre *motrice et externe*, d'une seule et même lésion des centres idéo-moteurs.

Nous ne rechercherons pas quelle place il conviendrait d'assigner, en nosologie mentale, à l'état morbide qui fait l'objet de cette étude. Disons seulement qu'il constitue un cas particulier des obsessions, lesquelles, en dépit de tentatives louables et ingénieuses, attendent encore une classification satisfaisante.

---

(1) Billod, *loc. cit.*

LA

# CONFUSION MENTALE PRIMITIVE

**Par le Dr Ph. CHASLIN**

Médecin-adjoint de Bicêtre.

Le titre de ce travail (1), la confusion mentale primitive, ne se trouve pas dans les traités classiques d'aliénation français, même les plus récents, et pourtant il existe bien un groupe de maladies mentales, parfaitement distinct des autres formes reconnues généralement en France et auquel ce titre doit s'appliquer; car il est admis à l'heure actuelle par les Allemands et même par quelques auteurs anglais et américains. Cependant, nous aussi (depuis Esquirol !) nous avions décrit cette forme particulière; mais elle est maintenant tombée dans l'oubli; cela tient à ce que nous n'avons pas suivi nos propres traditions, ayant été entraînés peut-être un peu trop en dehors de l'ancienne route, sous l'influence nuisible par un certain côté de l'illustre Morel.

Mon but est de rappeler l'attention des médecins

---

(1) J'ai fait, au Congrès de Blois du mois d'août, une courte communication sur ce même sujet, qui a été lue par M. Séglas. Les honorables confrères qui ont pris la parole à propos de ma communication ne m'ont pas paru avoir parfaitement compris ma pensée, du moins d'après les comptes rendus des journaux. J'espère que le présent article leur fournira une meilleure occasion de me discuter.

français sur ce groupe particulier de folies aiguës, qui ne sont ni des manies, ni des mélancolies, ni ce qu'on appelle des « délires des dégénérés », et ensuite de démontrer que déjà en France nous connaissons cette confusion mentale primitive mieux qu'on ne le croit à l'étranger, si bien que nous pouvons dire pour elle comme pour le délire des persécutions, la paralysie générale et tant d'autres maladies, que c'est nous qui l'avons délimitée les premiers, dans des travaux postérieurs au premier de tous, celui d'Esquirol.

Le point de départ de mon travail est un malade que j'ai eu l'occasion d'étudier à Bicêtre ; je dois son observation à M. Deny que je suis heureux de remercier ici de son amabilité constante à mon égard.

#### OBSERVATION I.

Q., Auguste, trente-cinq ans, estompeur.

Entré à Bicêtre le 23 mai 1891, service de M. Deny.

*Antécédents héréditaires.* — (Renseignements fournis par son frère).

Père mort à quarante-deux ans, d'une affection cardiaque.  
Mère bien portante.

Deux enfants : 1<sup>o</sup> garçon de trente-neuf ans, bien portant ;  
2<sup>o</sup> Auguste, notre malade.

*Antécédents personnels.* — Absolument rien à signaler dans son enfance et sa jeunesse. Il a fait neuf mois de service militaire. Il y a cinq ans, il aurait eu la syphilis (plaques muqueuses dans la gorge, alopecie, éruptions cutanées, etc. ?); la même année dans une rixe a fait une chute sur la tête.

Il n'aurait jamais eu d'habitudes alcooliques, d'après ce qu'affirme formellement son frère, n'est pas marié, vit avec une femme, est bon ouvrier (estompeur) et n'aurait jamais été malade ; il avait pris à partir de la trentième année un certain embonpoint.

Dans le mois d'avril 1891, il aurait fait des excès sexuels, au dire de son frère qui y rattache la maladie ; il avait passé un mois entier chez sa maîtresse, en ayant eu la possibilité par suite de circonstances particulières, tandis qu'il ne faisait habi-

tuellement qu'aller la voir. Il commençait à maigrir, à être énervé, s'emportait facilement; mais, dit son frère, ne faisait pas abus de boissons, il dormait fort mal. C'est le 7 mai 1891, pour la première fois, qu'il s'est plaint d'être mal à son aise; il était plus loquace qu'à son habitude et avait l'air inquiet; néanmoins a continué à fréquenter l'atelier jusqu'au 19.

Il a été voir un médecin le 7.

Le dimanche 17, il a été très gai, puis s'est mis à pleurer sans motif. Depuis quelque temps déjà il se plaignait d'avoir mal à la gorge, aussi le lundi il s'achète des pastilles Géraudel. Le lendemain il se plaint toujours de la gorge; il se sent les jambes lourdes et il craint de tomber malade, il éprouve des sensations désagréables dans l'abdomen. Le jeudi 21, il va se promener avec sa maîtresse; il ne peut dîner; il rentre chez lui en criant: « Je me meurs, j'étouffe, un médecin. »

Chez lui, il continue à se montrer très excité, il demande un chirurgien, disant qu'il avait un abcès au cou, qu'il avait très mal à la gorge, que le sang l'étouffait. Voyant qu'on ne l'écoutait pas, il s'est emparé d'un tire-bouton avec lequel il s'est fait une légère blessure au cou.

C'est alors qu'on l'a conduit au Dépôt, puis à Sainte-Anne et, vingt-quatre heures après, à Bicêtre.

*État à l'entrée (23 mai 1891).* — Le malade offre un tel état d'excitation intellectuelle qu'il n'est pas possible d'obtenir de lui le moindre renseignement. Il parle à voix basse et d'une façon indistincte, il fait avec ses mains des mouvements coordonnés qui paraissent être des mouvements professionnels. Physionomie égarée. Placé en cellule, le malade ne reste pas un instant en place; de temps à autre il s'approche du mur et paraît entendre des voix et voir des personnes auxquelles il répond, mais il est impossible de saisir le sens de ses paroles. Les mots qui reviennent le plus souvent sont ceux de « copahu, M. Murat, non je ne veux pas ». Il ne veut pas rester dans son lit qu'il bouleverse continuellement.

*Mai.* — À la fièvre depuis son entrée; les 25, 26 et 27, comme il a près de 40 degrés le soir, on lui applique le drap mouillé. Pupille gauche très contractée presque punctiforme, pupille droite moyennement dilatée; toutes deux réagissent normalement à la lumière et s'accordent aux distances. Œdème des membres inférieurs, il urine souvent dans son lit.

On ne trouve rien au cœur ni aux poumons.

Plusieurs fois on a noté que les paroles s'associent par assonances (1).

Tremblement fibrillaire des muscles des lèvres, pas de trouble appréciable de la parole, pas de trouble de la motilité, pas de signes de paralysie ou de spasme quelconque, sensibilité à la piqûre émoussée.

Pendant plusieurs jours le malade se refuse à toucher aux aliments solides ; il boit du lait, du vin, du bouillon. Pas de sommeil.

*Juin.* — Cet état a duré jusqu'à la mi-juin sans changer de caractère ; il a maigri considérablement depuis son entrée. La fièvre depuis le 1<sup>er</sup> juin ne dépasse pas 38°,5 le soir. Le malade est perdu dans son rêve (2) ; il n'est possible de fixer son attention que pour un instant ; il ne répond d'ailleurs rien aux questions ; il reste couché ou se promène dans sa cellule ; il fait souvent des gestes incohérents ou il essaie de grimper aux murs capitonnés de la cellule ; on saisit par ses paroles qu'il croit construire une maison ; d'autres fois il répète continuelle-

(1) *Paroles prononcées par Q... le 29 mai de 1 h. 15 m. à 2 heures de l'après-midi.*

Ah ! nous sommes en retard (grimpe sur la fenêtre. — Descend de la fenêtre, se frotte les mains en dansant et veut m'embrasser).

Zéro... estropié... salut... bon... ah ! je suis rasé. Oui, oui, c'est ça. Nous avons l'honneur. Veux-tu le savon, il est bon le parapluie... ha... oui demain matin après l'aiguille pas de piqûre, attends... cassez le bout... battu, content, ficelle, épatant la mère Durand c'qu'elle l'avait grand... Turlutu chapeau pointu, conton écrù... Henri quatre.

Il en faut quatre, trois, deux, un et un partout, tout crû ha ! le client... à la vapeur... Il n'y en avait qui étaient ouvertes... bon cœur... pratique... navigue (marchant sur le matelas) ça ne plie pas comme le jambon, je suis d'aplomb. Je suis aux poids et mesures... Trois épiciers pourriture... ces lentilles d'abord, épinards après... moulin à vent... vat... Comme un vieux soldat, la musique il n'y a pas de danger, c'est couvert... va-s'y... chocolat... court court... pantalon... pied au cul... fil écrù, coton... bas de laine... pas d'erreur... aiguille... angélique la putain... vermicelle, oseille... ma mère est marchande de couleur, elle voulait en vendre... chauffe le chocolat, c'est bon du râpé... moule d'acier vase de cuivre... ça commence à sentir... tu ne diras rien, c'est une aiguille perdue... mais non... c'est des pommes... ah ! Bagnolet... tout seul... ça y est... vendu.

(2) Il est impossible, on le comprend facilement, de donner une description plus exacte de son état intellectuel, puisque le malade ne dit que quelques mots incohérents et qu'on ne peut obtenir de réponse.

ment avec ses mains les gestes que font les estompeurs. Il y a des moments où il est très agité, il a démolli sa cellule à plusieurs reprises. A partir de cette époque, l'excitation a été interrompue de temps en temps par quelques heures de demi-lucidité, pendant lesquelles ce malade répondait assez bien aux questions, se rendait compte vaguement du lieu où il était, en même temps que de son état maladif. Dort la nuit pendant plusieurs heures.

*Juillet.* — On note des alternatives d'excitation et de dépression ; dans ce dernier état le malade est relativement lucide, mais c'est toujours l'excitation intellectuelle qui domine. A diverses reprises a déchiré le capitonnage de sa cellule. — Il n'y a plus de fièvre.

*Août.* — Est resté une fois trois jours dans son lit sans bouger ; il a arraché aussi le capitonnage. Il est plus calme ; il reste sur un banc dans la cour sans bouger, ou debout, faisant des gestes automatiques souvent de son métier, avec les mains ; il repète des mots sans suite ; plusieurs fois à la visite il a été noté qu'il répétait plusieurs fois de suite avec effort un même mot en le dénaturant, par exemple ainsi : *brillant, boyant, bayant, billant, etc.* Il a le masque hébété et indifférent. Il se laisse conduire docilement.

Œdème des pieds et de la partie inférieure des jambes ; mains froides et cyanosées.

*Septembre.* — Même état.

*Octobre.* — Le malade est beaucoup plus calme, mais il paraît indifférent à tout ce qui se passe autour de lui. Il ne parle jamais que quand on l'interroge et ne répond guère que des monosyllabes. Il n'a aucune notion du temps depuis lequel il est à Bicêtre et ne paraît se souvenir de rien. Il ne sait pas pourquoi ni comment il y est venu. Mauvaise tenue.

*Janvier 1892.* — Actuellement, et cela depuis déjà plusieurs mois, Q... mange très bien ; il a du reste engrangé d'une façon notable après avoir maigri dans les premiers jours, qui ont suivi son internement.

L'état de ses pupilles est absolument le même qu'à son entrée : pupille gauche punctiforme mais contractile.

Pas d'embarras de la parole.

La force musculaire est assez bien conservée.

Les mains sont froides et cyanosées.

*Avril 1892.* — Q... est très tranquille ; il aide à laver la vaisselle, il se croit à Sainte-Anne, il ne sait pas qu'il a été

malade, il ne se rappelle pas depuis combien de temps il est dans le service; il croit cependant que c'est depuis six ou sept ans. Reconnaît mal le médecin et le surveillant qu'il voit pourtant tous les jours et qu'il prend pour d'autres.

Sait le mois, mais se croit en 1890. Il se plaint, quand on le lui demande, de lourdeur de la tête et de perte de mémoire; il se sent la tête faible et il dit sa vue affaiblie; les calculs qu'on lui fait faire le fatiguent. Il corrige lui-même les fautes de calcul qu'il commet; il écrit correctement sous la dictée.

Il se rappelle avec peine la date de sa naissance, mais donne des détails qui paraissent précis sur différentes circonstances de sa vie et sur son métier. Il reconnaît bien son frère quand celui-ci vient le voir.

Il a toujours l'inégalité et le rétrécissement pupillaires. — Aucun symptôme de paralysie générale.

Mange bien, dort bien, reconnaît mal son lit quand il se lève la nuit pour aller aux cabinets. — Urine d'ailleurs, comme depuis son entrée, de temps en temps au lit. Embonpoint notable, aspect florissant, air indifférent. Ne s'occupe à rien sauf à laver la vaisselle.

*Mai 1892.* — Même état intellectuel. Pourtant aspect extérieur plus éveillé, travaille mieux, il a une tâche un peu plus compliquée dans les salles, ne peut donner aucun renseignement sur son délire qu'il ignore complètement.

Urine encore quelquefois au lit. A encore engraissé.

	kil.
Poids. — 3 juin 1891 . . . . .	57.500
17 — — . . . . .	54
20 décembre 1891 . . . . .	64
20 mai 1892 . . . . .	74.500

Asymétrie faciale; voûte palatine irrégulière et profonde; dents inégales, mal plantées; crâne très petit, mais régulier. Les testicules sont normaux comme dimensions, mais pas comme siège; car il sont aux anneaux qui permettent chacun l'introduction de trois doigts; le scrotum est vide.

*Certificats.* — *Certificat de la Préfecture de police* (le 22 mai 1891). Excitation maniaque vraisemblablement symptomatique d'une lésion cérébrale organique (le malade prétend avoir eu la syphilis, il y a cinq ans). Désordre extrême des idées et des actes, cris, lacération de ses vêtements, crainte

d'empoisonnement. Impulsions au suicide, myosis, plaie en avant du cou. (Signé : Paul Garnier.)

*C. immédiat de Sainte-Anne* (le 23 mai 1891). Délire mélancolique avec alternatives d'excitation, craintes, frayeurs, idées et tentatives de suicide, contusions multiples, plaie au côté droit du cou. (Signé : Magnan.)

*C. d'entrée à Bicêtre* (le 24 mai 1891). Excitation maniaque avec désordre complet dans les idées et dans les actes, inégalité pupillaire, nombreuses contusions sur les membres inférieurs. (Signé : G. Deny.)

*C. de quinzaine* (le 8 juin 1891). Est toujours très excité, ne prononce que des paroles incohérentes, est complètement inconscient, ne dort pas et refuse presque toute nourriture ; doit être maintenu en traitement. (Signé : G. Deny.)

En résumé, les symptômes caractéristiques chez ce malade sont : la confusion mentale complète avec hallucinations constituant un état de rêve, la stupidité constante et demi-stupeur qu'il présente quand l'agitation tombe, un ton émotionnel qui paraît indifférent ; des actes et des paroles qui, pour une part, se rapportent au délire hallucinatoire et, pour une autre part, en paraissent indépendants ; la fièvre modérée, la dénutrition sans cause reconnaissable, la cyanose des mains avec refroidissement, l'inégalité et le rétrécissement des pupilles, avec absence complète de signes de paralysie générale ou de méningite quelconque. Il me semble qu'il y a là quelque chose de tout à fait spécial. Et d'ailleurs les médecins, qui ont fait les certificats que j'ai rapportés plus haut, ont été frappés de cette profonde perturbation mentale, que M. Deny avait particulièrement remarquée. S'ils n'ont pas classé ce cas à part, c'est qu'on n'a pas l'habitude de le faire. Pour moi, je crois que l'on ne doit confondre cet état de confusion et de rêve présenté par le malade avec aucune des maladies mentales ordinaires. Dans la manie, quoique par moment le malade puisse avoir complètement perdu l'orientation et le sentiment

du monde extérieur, il y a d'abord toujours un parallélisme entre l'état d'agitation motrice et l'idéorrhée ; les hallucinations sont rares, si même elles existent ; l'aspect du malade est particulier, bref tout opposé à celui de notre patient (1). Ce ne pouvait pas non plus être de la mélancolie même anxieuse. La paralysie générale, même à marche aiguë, s'accompagne de troubles somatiques plus prononcés, et d'ailleurs la marche de la maladie paraît l'indiquer sans que j'aie besoin d'entrer dans plus de détails. Dans ce qu'on appelle le délire des dégénérés il n'y a pas, même dans le « délire d'embolie », une incohérence et un trouble aussi profond de la conscience ; et d'ailleurs M. Magnan lui-même, qui a fait sa spécialité de l'étude de la dégénérescence, n'a pas posé ce diagnostic dans son certificat, malgré les anomalies somatiques. Enfin, comme le remarque M. Legrain (2), le « dégénéré » qui délire n'éprouve pas de perturbation dans son état somatique ; il ne maigrit pas ; « c'est d'ailleurs un simple trouble fonctionnel sans retentissement sur la santé générale du malade ; la température est normale et les grandes fonctions s'accomplissent avec régularité dans le cours de l'accès ». Bien entendu, le diagnostic avec les différents délires systématisés plus ou moins chroniques n'était pas difficile à faire. Certainement ce malade présentait une grande ressemblance avec un alcoolique ; mais outre les commémoratifs quoique toujours suspects, la durée et la marche de la maladie ne sont pas les mêmes. Ainsi donc nous croyons pouvoir placer ce cas en dehors des formes admises

(1) M. Legrain (*Du délire chez les dégénérés*, 1886. Thèse de Paris, p. 156) donne une observation qualifiée manie chez un dégénéré, mais où il n'y avait pas d'agitation musculaire ; M. Magnan appelle ces cas fort rares, dit-il, état maniaque à froid. Cet état me paraît avoir de la ressemblance avec celui que je rapporte.

(2) Loc. cit., p. 132.

actuellement en France. Je ne parle pas bien entendu ici, de la manie épileptique, ni du délire aigu, je reviendrai d'ailleurs sur ce dernier à propos des connexions de la confusion mentale primitive. Je ne crois pas non plus, que, malgré la coexistence de la fièvre, on doive en faire un délire fébrile proprement dit, malgré sa grande parenté avec lui, car la température, sauf dans les premiers jours, n'a pas été très élevée et l'état de confusion a persisté encore plus de deux mois après la disparition de la fièvre. Ce n'est peut-être que dans les tout premiers jours que l'on pourrait, je crois, admettre l'existence d'un délire fébrile. Pour ne rien oublier, je dois aussi écarter l'idée émise dans le certificat de M. Garnier, d'une affection syphilitique, dont les allures, la marche et la pathogénie sont différentes (1), ainsi que la méningite tuberculeuse de l'adulte (2); mais le diagnostic de trouble cérébral grave porté par M. Garnier est certainement très exact, car comme on le verra plus bas, la confusion mentale est intermédiaire entre les psychoses purement fonctionnelles et les folies à lésions profondes. Il s'agit donc ici, je crois, d'une maladie spéciale, décrite en Allemagne sous la rubrique de *Verwirrtheit* ou d'*Amentia* et que j'appellerais avec M. Delasiauve *confusion mentale*. Je crois que l'on pourrait expliquer son développement par une infection, peut-être amygdalienne; car le patient au début s'est plaint de la gorge très formellement, et il a eu trois fois au début une température vespérale de 40 degrés. Les excès sexuels auraient préparé le terrain; quoique j'aie constaté des anomalies morphologiques, je ne crois

---

(1) Voyez Fournier, *La syphilis du cerveau*, 1879, p. 282. La description de cet auteur est assez vague au point de vue psychologique. Cette forme paraîtrait d'ailleurs coïncider fréquemment avec d'autres phénomènes nerveux.

(2) Chantemesse (*Thèse de Paris*, 1884).

pas que l'on puisse rattacher quand même ce trouble à la « dégénérescence ».

Comme nous allons le voir, plusieurs Français, et non seulement Esquirol, comme le croit Wille, ont observé des cas analogues.

Esquirol, le premier, a décrit sous le nom de démence une affection cérébrale ordinairement sans fièvre, chronique, caractérisée par l'affaiblissement de la sensibilité, de l'intelligence et de la volonté, l'incohérence des idées, le défaut de spontanéité intellectuelle et morale. Il a évidemment compris sous ce titre des cas de démence proprement dite et de paralysie générale. Mais il a aussi décrit, et c'est le premier germe de l'étude qui nous occupe, une démence aiguë; « cette variété, dit-il, vient à la suite d'écarts passagers de régime, d'une fièvre, d'une hémorragie, d'une métastase, de la suppression d'une évacuation habituelle, du traitement débilitant de la manie » (1). Il en cite un exemple terminé par une explosion de manie aiguë. Pinel, dans son *Traité de la manie*, avait aussi mentionné la guérison spontanée d'une démence par l'explosion du délire maniaque. Guislain (2) a rangé sous le nom d'*extase* des faits où il y a, soit isolé, soit en complication avec d'autres formes, un état de « hyperplexie », c'est-à-dire d'étonnement, d'embarras, absence, perplexité, stupeur (ce sont ses propres expressions). Mais sa description est fort incomplète.

Georget (3), comme on le sait, a divisé l'aliénation en manie, monomanie, stupidité, démence et idiotie. Il entend par stupidité la démence aiguë d'Esquirol.

(1) Esquirol. *Des maladies mentales*, t. II, p. 64, Bruxelles, 1838.

(2) Guislain. *Traité sur les phrénopathies*. Bruxelles, 1833, p. 255.

(3) Georget. *De la folie*, 1820, p. 101 et 115.

Etoc (1) admet l'existence de la stupidité, mais comme symptôme pouvant se manifester dans différentes espèces de folies, en lui reconnaissant pour cause l'oedème cérébral.

Ferrus (2) admet la stupidité comme existant à part et distincte de la démence et de l'idiotisme.

Baillarger (3) rattache cette stupidité à la mélancolie ; ce qui ne doit pas nous étonner puisque l'on faisait alors rentrer le délire des persécutions dans la lypémania. Cependant, il avoue que cette mélancolie avec stupeur est une variété tout à fait spéciale de mélancolie. « La stupidité, dit-il, est à la mélancolie avec stupeur, ce que la manie très aiguë est à l'excitation maniaque ; » mais il ajoute qu'il ne prétend en aucune manière étendre cette opinion à tous les faits.

La plupart des auteurs, à cette époque, comme Renaudin, Thore et Aubanel, font rentrer toute la stupeur dans la mélancolie.

Brierre de Boismont (4) décrit une démence aiguë, qui ne doit pas être confondue avec la stupidité, où il y a incohérence complète des idées, perte de la mémoire, et il donne deux observations avec guérison : l'une chez une femme de quatre-vingts ans et l'autre chez une femme de soixante-seize. Il décrit d'ailleurs à part la stupidité dans le même travail, sans dire s'il adopte l'idée de Baillarger; cependant il ne parle pas de stupeur à l'article *lypémania*.

C'est à M. Delasiauve que nous devons les travaux

(1) Etoc-Demazy. *De la stupidité considérée chez les aliénés, recherches faites à Bicêtre et à la Salpêtrière*, 1833.

(2) Ferrus. *Cours sur les maladies mentales (Gazette des hôpitaux, 1838, p. 600)*.

(3) Baillarger. *De l'état désigné chez les aliénés sous le nom de stupidité*, 1843. — *Recherches sur les maladies mentales*, t. I, 1890, p. 85.

(4) Brierre de Boismont. *Biblioth. du médecin praticien. Malades mentales*, t. IX, 1849. V. p. 452 et suiv., 534, 538.

les plus importants sur la stupidité. Dans une série d'articles, au contraire, de Baillarger, il différencie complètement la lypémanie de la stupidité, quoiqu'il admette leur coexistence dans la mélancolie avec stupeur. Voici textuellement ce qu'il dit (1) : « Loin d'être concentrée avec force sur un objet, la pensée ici est confuse, incertaine, nulle. Il n'y a ni chagrin, ni désespoir, mais stupéfaction, chaos, impossibilité de se reconnaître soi-même. Tel est l'état de M<sup>me</sup> X..., véritable automate qui ressemble à une masse inerte, incapable d'émotion, et dont le visage immobile et le sourire niais trahissent l'absence d'opérations intellectuelles. Tel est, à un degré beaucoup moindre, celui de G..., deuxième observation. Dépayssé dans l'hôpital où il se trouve, il ne saurait se rendre compte ni de la manière dont on l'y a conduit, ni des objets qui l'entourent. Le fil de ses idées lui échappe ; il a peine à comprendre les questions qu'on lui adresse, et souvent fait de vains efforts pour arriver à y formuler une réponse.

« La situation de B..., troisième observation est de tous points analogue. Aucune marque extérieure n'indique qu'il éprouve une impression sentie. A un engourdissement moral absolu, A..., quatrième observation, joint une débilité physique profonde. Il en est de même de C..., cinquième observation. Enfin, les manifestations morales de C..., sixième observation, sont en parfait rapport avec l'expression de bêtise stéréotypée sur sa figure.

« Si l'on excepte M<sup>me</sup> X..., tous les autres malades ont été tourmentés par des hallucinations ; mais celles-ci, au lieu d'être fixes, de se reproduire à peu près les mêmes et de tyranniser la volonté, comme dans la lypé-

---

(1) Delasiauve. *Du diagnostic différentiel de la lypémanie* (*Annales médico-psychologiques*), t. III, 1851, p. 380. Voyez p. 415.

manie, n'ont été que des accidents fortuits dans le trouble mental. Nées du jeu automatique du cerveau, ces visions n'ont déterminé qu'une réaction vague et désordonnée, à laquelle la réflexion, la conscience ne participaient nullement. G..., pour échapper à des ennemis fantastiques, crie au secours, et se précipite de tous côtés, sans savoir où il va. A..., en proie à une agitation extrême, s'échappe de son lit, court dans les salles et, en se sauvant, se jette dans la Seine. C... est de même toujours disposé à s'enfuir. B... sort de temps en temps de sa torpeur pour répondre à une voix qui semble l'appeler dans le lointain. C..., sixième observation, dirige ses regards en tous sens et s'avance sans cesse machinalement vers les issues qu'il croit apercevoir. »

Dans son journal (1) il donne une classification dans laquelle il admet un groupe qu'il intitule stupidité, *confusion*, chaos, dans lequel il fait rentrer, d'une façon très juste à mon avis, au point de vue symptomatique, tous les troubles, sauf le délire fébrile, où il y a cet état de rêve qui empêche le malade de s'orienter vis-à-vis de lui-même et vis-à-vis du monde extérieur. C'est ainsi qu'il admet une

Stupidité	ordinaire,
	épileptique, extatique,
	hystérique, etc.,
Confusion	delirium tremens,
	délire saturnin,
Chaos	par substances délétères,
	suite de fièvres graves.

Il différencie parfaitement cette forme de la manie qui ne présente jamais d'hallucination (à moins qu'il

---

(1) Delasiauve. *Journal de médecine mentale. Des diverses formes mentales.* Voyez t. I, 1861, p. 14, p. 304 et suiv.; t. II, 1862, p. 74, 111, 251, 342; t. III, 1863, p. 10, 137, 170, 213; t. V, 1865, p. 163.

n'y ait complication de stupidité) et de la lypémanie. Il décrit des demi-stupidités et il montre bien que le chaos est le fond de la maladie, les hallucinations et le trouble émotionnel étant accessoires. Il y a là pour lui quelque chose d'analogue au rêve ; il montre aussi que l'on a souvent pris pour de la lypémanie, non seulement la stupidité complète, mais les semi-stupidités et les stupidités légères.

Il est excessivement important de remarquer ce que Delasiauve dit à propos de la folie consécutive à la fièvre typhoïde et aux fièvres intermittentes (1). Pour lui, le phénomène prédominant est l'obtusion mentale. Thore avait parfaitement saisi ce caractère qui la rapproche des démences aiguës d'Esquirol. Pour Delasiauve, les observations que l'on a rattachées à la manie, à la mélancolie, même à la monomanie, doivent être considérées comme de la *confusion mentale*, l'agitation ou la dépression ne sont pas suffisantes pour caractériser la manie ou la mélancolie. Je note en passant cette remarque de M. Delasiauve, c'est que quelquefois, à la suite de la *confusion mentale*, il reste certaines impressions délirantes qui survivent à l'amélioration cérébrale et deviennent la base d'un véritable délire partiel. C'est là ce qu'on décrit en Allemagne comme paranoïa aiguë.

Sur la folie de la grossesse, ses réflexions ne sont pas moins frappantes. Il n'est pas satisfait de la nomenclature employée par Marcé dans sa monographie. « En beaucoup d'endroits de ce journal, nous avons montré le vague des nomenclatures reçues. Le mot manie qui résume l'agitation ; celui de mélancolie qui indique la tristesse ou la dépression, sont loin de répondre à des types définis (2). Ici, l'obtusion est souvent dominante,

(1) Delasiauve. *Journal de médecine mentale*, t. IV, 1864, p. 68.

(2) Voilà une remarque bien applicable encore.

tandis que là, au lieu de dépendre de l'excitation, les violences et la fureur accusent plutôt le délire hallucinatoire. En se servant de ces termes que nous conserverons, M. Marcé n'ayant point établi cette différence, il nous a paru opportun de la signaler à titre de réserve (1). »

Il est encore plus affirmatif quant à ce qui touche à la folie puerpérale. Les observations apportées par les auteurs ne sont pas nettes pour lui. Dans aucune des observations de Marcé, la nature du délire n'est définie et « si l'on interprète, dit-il, à cet effet, les vagues symptômes énoncés, on voit surgir de cette analyse, non de la manie incontestable, mais du délire aigu, de la congestion méningitique ou de la *demi-stupidité* avec réaction intense » (2).

Il me semble que M. Delasiauve est assez catégorique et que l'on peut bien lui attribuer le mérite d'avoir reconnu complètement, bien avant les Allemands, l'existence de la *confusion mentale*, fondée sur l'affaiblissement cérébral et accompagnée ou non d'hallucinations, bien qu'il soit certain qu'il ait confondu avec elle d'autres formes, ce qui n'a rien d'étonnant pour le temps où écrivait ce médecin distingué et trop peu apprécié de nos jours. D'ailleurs il faut remarquer que Marcé lui-même admet comme probable une forme ressemblant fort à la démence aiguë d'Esquirol, simple sans hallucinations (3).

Baillarger, en 1852, était de nouveau revenu sur la question de la stupeur ; il avait trouvé dans le travail de Sauze (4) une confirmation de ses vues, quoique celui-

(1) T. IV, p. 296.

(2) T. IV, p. 351.

(3) Marcé, *Traité de la folie des femmes enceintes*, Paris 1858, p. 303.

(4) A. Sauze, *De la stupidité, de sa nature psychologique et de*

ci les eût combattues. Analysant le premier travail de Delasiauve de 1851, il dit que ce qu'il importe à ses yeux, c'est que l'on reconnaîsse que, dans un grand nombre de cas, il y a réunion des symptômes de mélancolie et de stupeur. Il admet formellement, en dehors de la mélancolie avec stupeur, des cas de stupeur tout à fait indépendants (1). Il rejette d'ailleurs dans ce nouveau travail la mélancolie du cadre des monomanies pour la faire rentrer dans des délires généraux.

Morel, comme on le sait, n'admet pas la manie ni la mélancolie comme formes essentielles ; il ne veut entendre par là qu'un symptôme d'excitation et de dépression. Dans ses *Études cliniques* (2) et dans son traité (3), il admet la stupeur primitive comme modification accidentelle de la fonction nerveuse et une stupeur secondaire comme complication d'une autre maladie. Berthier (4) rapporte une observation qu'il considère comme un cas type de stupidité, mais sans beaucoup de détails.

Marcé (5), à propos du délire consécutif à la fièvre typhoïde, dit que quelquefois celui-ci prend tous les caractères de la démence, mais que celle-ci est passagère. Mais, à propos de la mélancolie, il partage absolument l'opinion de M. Baillarger et lui rattache la stupeur. D'ailleurs, à propos de sa classification, il ne parle plus

*son traitement.* Thèse de Paris, 1852 ; voyez aussi Sauze, une observation de stupidité, *Ann. méd.-psycho.* 1853, p. 144.

(1) Voyez Baillarger. *Recherches sur les maladies mentales*, t. I, 1890, p. 667 et *Ann. méd. psych.* 1852, p. 598 (Discussion à la Soc. méd. psych.).

(2) Morel. *Études cliniques, Traité théorique et pratique des maladies mentales*, t. II, 1853, p. 257.

(3) Morel. *Traité des maladies mentales*, 1860.

(4) Berthier. *Considérations sur un cas type de stupidité. Journal de médecine mentale*, t. IX, 1869, p. 10.

(5) Marcé. *Traité pratique des maladies mentales*, 1862, p. 54, 135, 326.

de ces cas qu'il avait signalés comme consécutifs aux maladies aiguës.

En 1866, Becquet (1), sous le nom de délire d'inanition dans les maladies, a décrit le trouble mental consécutif, soit à des vomissements incoercibles, soit à la fièvre typhoïde, ou au cancer de l'estomac empêchant l'alimentation. Il fait allusion aux 18 observations de Chomel et à celles d'Andral et de Troussseau, ainsi qu'à l'état mental observé chez les naufragés du célèbre radeau de la Méduse. Pour lui, dans tous ces cas, il s'agit d'un délire tout particulier, calme, halluciné ; il veut différencier ce délire de celui avec agitation que l'on trouve à la suite de la fièvre typhoïde et du délire des ivrognes ; mais il n'ose pas pousser plus loin le diagnostic différentiel des folies nombreuses débutant pendant la convalescence des maladies graves. Malgré qu'il mette sur le compte de l'inanition la production de ce délire, il avance que ce délire spécial se rencontrait parfois dans des cas qu'il croit être de la méningite tuberculeuse. Néanmoins, la description qu'il donne des malades est très frappante ; il note expressément le caractère de confusion accompagné d'hallucinations ; les patients en état de rêve ont perdu la notion de l'endroit où ils se trouvent et ne reconnaissent pas les personnes qui les entourent. Il parle des travaux de M. Delasiauve, mais il n'ose pas faire de rapprochement entre ceux-ci et le sien.

Béhier (2) parle de l'obtusion mentale consécutive aux fièvres. Il dit, à propos d'un malade dont il cite l'observation, qu'il était dans un véritable état de démence passagère.

(1) Becquet. *Du délire d'inanition dans les maladies. Arch. gén. de méd.*, février 1866, p. 169, et mars, p. 303.

(2) *Gazette des hôpitaux*, 22 janvier 1870, p. 33 (analyse d'une leçon de Béhier).

Achille Foville (1), dans un travail sur la paralysie générale et les paralysies généralisées consécutives aux maladies fébriles aiguës, conclut dans son mémoire, en disant qu'on observe parfois des désordres multiples de l'intelligence et de la motilité qui pourraient faire croire à l'existence d'une paralysie générale, mais que la marche ultérieure de l'affection montre qu'il s'agit d'une sorte de démence aiguë et passagère.

Dagonet (2) sépare la stupidité de la lypémanie; pour lui, la stupidité est surtout caractérisée par le chaos et la confusion des idées; elle peut survenir d'emblée ou compliquer la manie, la lypémanie ou survenir à la suite d'autres affections.

L'exercice de la vie intellectuelle chez les stupides se fait d'une manière tellement incomplète, qu'il est par cela même la preuve de l'existence de cette suspension. Tout est marqué chez le plus grand nombre des malades au coin de la confusion et de l'obtusion intellectuelle : c'est un chaos, un rêve.

Pour M. Dagonet, il y a deux sortes de stupidité : l'une avec délire; l'autre sans délire, et qui pourraient bien être des degrés différents d'une seule et même maladie. Il en donne une très bonne description. Pour lui, quand il y a délire, c'est un délire sensoriel qui s'ajoute à la confusion avec perte des idées d'espace, de dimension, de grandeur, etc... L'étude qu'il fait de la folie avec confusion mentale, qui suit la fièvre typhoïde, est très bonne. On y trouve, dit-il, des symptômes analogues à ceux que l'on observe dans la forme aiguë de l'alcoolisme ; les malades sont en proie à des hallucinations spé-

(1) Achille Foville, *De la paralysie générale par propagation*. Ann. méd.-psych. 5<sup>e</sup> série, t. IX, 1873, p. 5.

(2) Dagonet. *De la stupeur dans les maladies mentales*. Ann. méd.-psych., 1872, t. VII, p. 161, 359, 364. Voyez aussi Dagonet, *Nouveau traité élémentaire et pratique des maladies mentales*, 1876, p. 246.

ciales d'animaux et ils ont perdu la conscience du lieu où ils se trouvent. Il cite deux observations ; dans l'une le certificat d'entrée portait : *confusion dans les idées, agitation passagère, hallucinations de l'ouïe et de la vue, stupeur.* La stupeur peut aussi survenir d'emblée à la suite d'accident grave, d'opérations, après des hémorragies. A ce sujet, M. Dagonet rapporte une observation où cette forme de folie est apparue, consécutivement à l'amputation de la jambe, chez un ouvrier qui avait eu le pied écrasé par une pierre.

Humblot (1) décrit un cas de démence aiguë. Il ne rapproche pas celui-ci des cas décrits avant lui, surtout par M. Delasiauve, et il ne considère comme analogues au sien que quatre faits : l'un très ancien de 1785, les autres de Guislain, Bouisson et Berthier.

Après MM. Delasiauve et Dagonet, c'est à Achille Foville fils (2) que nous devons les notions les plus importantes. Il admet que la stupidité peut couvrir deux situations mentales bien différentes : dans l'une, hallucination terrifiante, c'est la mélancolie avec stupeur de Renaudin ; dans l'autre, il y a suspension absolue de l'intelligence sans hallucination ni délire, c'est la stupeur ou stupidité simple.

Enfin, il admet une forme où l'incohérence prédomine.

« On rencontre quelquefois des malades dont les facultés intellectuelles deviennent incohérentes ; les actes et les propos sont décousus ; la mémoire paraît absente ; l'attention ne peut être fixée ; la réflexion ne s'exerce plus, et cependant ces phénomènes ne se rattachent pas à un accès de manie. Tout semble indiquer une destruction réelle des facultés mentales ; on se croirait en pré-

(1) Humblot. *Démence simple primitive.* Gaz. des hôpitaux, 1872, t. XLV, p. 83.

(2) Achille Foville fils, Art. *Démence* du *Nouveau Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XI, 1872, voyez p. 99 et suiv.

sence d'une véritable démence, destinée à durer autant que le malade, et cependant ce pronostic fâcheux ne se réalise pas : au bout de quelque temps cette obscurité se dissipe ; l'ordre et la lucidité reparaissent dans les idées, l'esprit se trouve aussi développé qu'avant la maladie. Brierre de Boismont a cité deux cas de ce genre ; Bucknill et Tuke en rapportent un troisième ; nous en avons observé deux absolument analogues ; on en trouverait, sans aucun doute, d'autres exemples, si l'attention était éveillée à cet égard. Si l'on confondait cet état avec la démence véritable, on pourrait être autorisé à considérer cette dernière comme quelquefois curable. Mais au moment où l'issue de l'affection vient prouver que les difficultés intellectuelles étaient momentanément troublées dans leurs manifestations, et non abolies ni compromises dans leur essence, cette confusion n'est pas permise au point de vue nosologique. C'est une forme de folie aiguë, insolite dans ses allures, et difficile à faire rentrer dans la classification la plus généralement adoptée ; mais ce n'est pas de la démence, à moins que l'on ne renonce à assigner à celle-ci tout caractère positif.

« On peut voir, chez un même malade, des phases de lucidité et de raison parfaite alterner à courts intervalles, et d'une manière souvent brusque et rapide, avec des périodes où, sans excitation ni dépression intense, ni signe de maladie cérébrale aiguë, les idées deviennent entièrement confuses, la mémoire perd toute netteté, les actes sont incohérents ; on a sous les yeux, à un moment donné, un ensemble de symptômes qui ont le caractère de la démence, et qui, cependant ne durant que quelques jours, font rapidement place à la raison, pour se reproduire bientôt par une succession d'alternatives plus ou moins régulières ; on pourrait croire alors à une démence intermittente. Néanmoins les facultés n'étant pas

abolies, mais seulement momentanément perverties, nous ne saurions admettre, dans ce cas, l'existence de la démence ; la brusque succession des périodes lucides et des périodes d'oblitération intellectuelle doit les faire rapprocher de ceux que Morel a fait connaître sous le nom très juste d'épilepsie larvée. »

M. Ball (1) décrit, sous le nom de torpeur cérébrale, l'état particulier d'engourdissement de la pensée qui peut se développer à la suite de causes extrêmement diverses. Il ne rapproche pas ces cas de ceux décrits par Delasiauve ou Foville qu'il ne cite pas et il n'a pas rencontré d'hallucination ; le fond de la maladie est l'état de torpeur où se trouve plongée l'intelligence.

Depuis ces travaux, malgré toutes nos recherches sûrement insuffisantes et incomplètes, je n'ai pas rencontré d'indication sur notre sujet, même dans les traités les plus récents de M. Ball, de Régis, de Cullerre. La stupeur est rapportée sans débat à la mélancolie, ou si on admet qu'elle peut se présenter comme symptôme, les cas de stupeur primitive ne sont pas ou à peine signalés (2). Quant aux états de demi-stupidité et de stupidité légère de Delasiauve, ils sont confondus avec les autres formes de maladie mentale. Et pourtant, d'après les considérations dans lesquelles je viens d'entrer, ces états, au lieu d'être en quelque sorte oubliés, auraient dû être de nouveau soumis à l'étude à cause de leur importance. En tout cas, il me semble que les observations de M. Delasiauve, de M. Dagonet, d'Achille Foville (fils) et de M. Ball, démontrent bien qu'il existe un groupe de formes mentales très rapprochées les unes des autres, caractérisées par la confusion, l'incohérence réelle des

(1) Ball. *De la torpeur cérébrale, l'Encéphale*, 1881, p. 369.

(2) Voyez l'excellent article, *Stupeur*, de M. Ritti (*Dict. encyclop.*), qui exprime bien l'opinion généralement adoptée.

idées, la perte des sentiments de lieu, de temps ; état qui peut s'accompagner ou non d'hallucination et aboutir ou non à la stupeur la plus profonde. Quand il y a hallucination, il peut aussi y avoir des réactions motrices, dépendantes ou non de ces hallucinations, qui donnent au malade une *apparence* de maniaque ou de mélancolique anxieux. C'est un état de rêve qui ressemble énormément au délire d'intoxication et au délire fébrile ; il ressemble aussi beaucoup au délire aigu, mais nous verrons plus bas quel rapport on doit admettre entre cet état aigu et la stupidité hallucinatoire. D'après les auteurs que j'ai longuement cités, ces formes se rencontrent surtout après les maladies aiguës (1), le traumatisme, l'accouchement et les fatigues de toutes sortes, etc. Elle est amenée par l'épuisement du système nerveux (2). Au point de vue de la pathogénie, il faut remarquer le rapprochement très intime que M. Delasiauve fait entre ces troubles mentaux causés par une intoxication et ceux qui ne le sont pas ; mais, pour le moment, je veux simplement faire ressortir que ce groupe des confusions mentales se trouve très suffisamment décrit par les auteurs français, et cela bien avant que les étrangers l'eussent redécouvert. Ce qui fait que ce groupe n'a pas été admis

(1) Voir aussi les excellents articles de : Ladame, *Des psychoses après l'influenza*, Ann. méd.-psych., juillet-août 1890, p. 20 ; Christian, *De la folie consécutive aux maladies aiguës*. Arch. gén. de méd., sept. 1873, p. 257, et octobre 1873, p. 421 ; Marandon de Montyel, *De la fièvre typhoïde dans ses rapports avec la folie*, Ann. méd.-psych. t. IX, 1883, p. 387 ; Jules Glover, *La folie et la fièvre typhoïde*, etc. (Thèse de Paris, 1891).

(2) « Dans ces écrits que je viens de rappeler (sur le *delirium tremens*), j'ai eu soin de faire observer que la stupidité ou confusion hallucinatoire ne reconnaissait pas pour unique cause les agents alcooliques, et j'ai cité comme possédant une action analogue, diverses substances, entre autre les narcotiques et le plomb. A ces causes il faut donc ajouter l'épilepsie ; et il en devra être ainsi de toute influence capable d'atonifier et de stimuler le cerveau. » (Delasiauve. *D'une forme mal décrite du délire consécutif à l'épilepsie*. Ann. médico-psychol. 1852, p. 491.)

en France, c'est que l'on s'est surtout occupé des cas de stupeur complète et que l'on fait encore une distinction entre le délire fébrile, le délire d'inanition reconnu même par les auteurs les plus récents et bien négligé par eux, et la folie proprement dite à laquelle on attribue une sorte d'existence *per se*. Cette distinction n'a guère de raison d'être, maintenant que l'on connaît la paralysie générale et les folies toxiques. Enfin, comme le remarquait M. Delasiauve en 1864, on continue à poser simplement le diagnostic de manie ou mélancolie, chaque fois qu'il y a agitation ou dépression, sans s'inquiéter du reste, ou bien l'on range sans plus d'examen toute folie un peu singulière dans le *caput mortuum* de la « dégénérescence ». Ces formes de maladies mentales sont maintenant adoptées dans tous les traités classiques allemands et dans quelques ouvrages de langue anglaise. On discute encore pourtant sur le diagnostic différentiel de la confusion mentale et sa délimitation avec d'autres formes de folie aiguë.

Il me paraît nécessaire de rappeler en peu de mots la succession des travaux allemands sur ce point. J'ajouterais d'ailleurs qu'il est assez difficile de se reconnaître au milieu des noms différents et trop nombreux employés par nos voisins pour désigner la même chose. (Voyez plus bas en note, la synonymie.)

En 1874, Kahlbaum a décrit sous le nom de katatonie (1) une forme particulière de folie qui comprend une grande partie de cas de confusion mentale d'après les auteurs allemands.

Meynert (2) mentionne une forme soudaine avec

(1) Kahlbaum, *die Katatonie*, Berlin 1874. Voyez aussi J. Séglas et Ph. Chaslin, *la Catatonie*, *Arch. de neurologie*, nos 44, 45, 46, 1888.

(2) Communiqué par Rüben et Höelstermann, *Centralblatt f. Psychiatrie u. forensische Psychologie*, Wien, 1874.

signes particuliers d'aphasie, avec amnésie et un affaiblissement mental concomitant, qu'il attribue hypothétiquement à une encéphalite.

Samt (1), d'après Wille, aurait eu en vue la même forme dans son travail sur les psychoses épileptiques.

Westphal (2), dans un travail souvent cité, décrit très rapidement à côté du délire systématisé primitif chronique (*Verrücktheit*) une folie aiguë (acute primäre *Verrücktheit*), qui s'accompagne de confusion sous l'influence d'hallucinations multiples.

Fürstner (3) étudie la folie puerpérale ; il lui reconnaît une forme particulière qu'il décrit sous le nom de confusion hallucinatoire et qu'il sépare de la manie aiguë et des cas décrits par Westphal.

Schaefer (4) et surtout Fritsch (5) décrivent bien la forme de folie caractérisée par un état d'affolement, de dérèglement, d'obtusion de l'esprit avec ou sans hallucination.

Meynert (6) décrit aussi la maladie. Enfin Schlangenhausen (7) et Konrad (8) suivent les traces de Meynert.

(1) Saint, *Epileptische Irreseinsformen. Archiv. f. Psychiatrie*, t. V, 1875, p. 393, et t. VI, 1876, p. 110.

(2) Westphal, *Ueber die Verrücktheit. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie*, t. XXXIV, 1878, p. 252.

(3) Fürstner, *Ueber Schwangerschafts — und Puerperal — psychosen. Arch. f. Psychiatrie*, t. V, 1875, p. 505.

(4) Schaefer, *Bemerkungen zur psychiatrischen Formenlehre, Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie*, t. XXXVI, 1880, p. 214.

(5) Fritsch, *die Verwirrtheit. Jahrbücher f. Psychiatrie*, t. II, 1881, p. 27.

(6) Meynert, *die acuten (hallucinatorischen) Formen des Wahnsinns und ihr Verlauf. Jahrb. f. Psychiatrie*, t. II, 1881, p. 181.

(7) Schlangenhausen, *Beitrag zur Casuistik der pseudaphasischen Verwirrtheit. Jahrb. f. Psychiatrie*, t. II, 1881, p. 196.

(8) Konrad, *Zur Lehre von der acuten hallucinatorischen Verwirrenheit. Arch. f. Psych.*, t. XVI, 1885, p. 522.

Mendel (1) avait décrit, dans son Traité de la manie, une manie hallucinatoire particulière qui se rattache très probablement à la même maladie.

P. Mayser (2), dans son excellent mémoire, rapproche la confusion mentale des psychoses asthéniques consécutives aux maladies aiguës, sur lesquelles Kraepelin (3) avait fait un travail bien connu.

Meschede a fait sur ce sujet une communication à la réunion des médecins aliénistes allemands, en 1886, à Berlin.

Le meilleur travail est celui de Wille (4), qui donne une excellente description de la confusion mentale en la séparant avec soin, non seulement de la manie et de la mélancolie, mais aussi des formes aiguës, appelées en Allemagne paranoïa aiguë, qui comprennent, en partie, ce qu'on appelle en France le délire d'embrûlée et les différents délires primitifs plus ou moins systématisés et plus ou moins aigus. Mais il comprend sous ce nom de Verwirrtheit toutes les folies qui s'accompagnent de confusion, y compris le délire aigu.

Orschansky (5) a fait un travail de psychologie pathologique à propos de ces états aigus.

Ernst Frank (6) donne un cas de confusion mentale

(1) Mendel, *die Manie*, 1881.

(2) Mayser, *Zum sogenannten hallucinatorischen Wahnsinn. Allg. Zeitschrift. f. Psychiatrie*, t. XLII, 1886, p. 114.

(3) Kraepelin, *Ueber der Einfluss acuter Krankheiten auf die Entstehung von Geisteskrankheiten. Arch. f. Psychiatrie*, t. XI, 1881, p. 137, 295, 649; t. XII, 1882, p. 65, 287. C'est une monographie, le meilleur travail sur le sujet.

(4) Wille, *die Lehre der Verwirrtheit. Arch. f. Psych.*, t. XIX, 1888, p. 328.

(5) J. Orschansky, *Ueber Bewustseinstörungen und deren Beziehungen zur Verrücktheit und Dementia. Arch. f. Psychiatrie*, t. XX, 1889, p. 309.

(6) Ernst Frank, *Polyneuritis und Geistestörung. In.-D. Bonn*, 1890.

accompagnée de névrite multiple. Nous reviendrons plus bas sur ce point.

Korsakoff et Serbski (1) en rapportent aussi un.

Enfin le travail le plus récent, qui date de 1892, est celui de Serbski (2).

Les traités classiques allemands décrivent tous la confusion mentale, Krafft-Ebing, Schüle, Scholz, Salgo, Kraepelin, Meynert (3).

Les auteurs russes : J. Botkin, B. Greidenberg, S. Uspenki se sont aussi occupés de la question. MM. Korsakoff, Rosenbach (4) ont écrit des articles en français auxquels je renvoie. M. Korsakoff (5) a étudié une forme particulière à laquelle il assigne une origine nettement toxique.

Je mentionnerai aussi les auteurs de langue anglaise qui se sont occupés de la question et qui ont décrit des cas analogues ou voisins de ceux des auteurs français et étrangers. Bucknill et Tuke (6) auraient, d'après Foville, mentionné des cas de confusion mentale. On en trou-

(1) Korsakoff u. Serbski; *Ein Fall von polyneuritice psychos. mit autopsie. Arch. f. Psych.*, t. XXII, 1891, p. 112.

(2) Serbski, *Ueber die acuten Formen von Amentia und Paranoia. Allg. Z. f. Psych.*, t. XLVIII, 1892, p. 328.

Voyez encore les travaux de :

Werner, *Ueber die psychiatrische nomenclatur, Verrücktheit und Wahnsinn. Zeitschr. f. Psychiatrie*, t. XLVI, p. 524; Merklin, *Studien ueber die primäre Verrücktheit*. I.-D. Dorpat 1879;

Feaux, *Ueber den hallucin. Wahnsinn*, In-D. Marburg, 1878.

Binswanger, *Zur Lehre von der acuten heilbaren Dementia. Charité-Annalen*, 1879. Berlin, 1881, t. VI, p. 412.

Tilling, *Psychiat. Centralblatt. Wien*, 1878, nos 4 et 5.

(3) Meynert. *Klinische Vorlesungen ueber Psychiatrie*, Wien, 1890.

(4) Rosenbach, *Contribution à l'étude de quelques formes aiguës, etc. Ann. méd.-psychol.*, 7<sup>e</sup> série, t. XIII, 1891, p. 11 et p. 193.

(5) Korsakoff, *Sur une forme de maladie mentale combinée avec la neurite multiple dégénérative (psychosis polyneuritica seu cerebropathia psychica toxæmica)*. Compte rendu du Congrès international de médecine mentale de 1889, p. 75.

(6) Bucknill and Tuke, *Psychological medicine*.

vera également dans les travaux de Weber (1), de Hayes Newington (2), Fox (3), Spitzka (4), Savage (5), H.-C. Wood (6), William Osler (7), James Ross (8), Conolly Norman (9) et James Hendric Lloyd (10), qui reproduisent en somme les mémoires allemands.

Je n'ai pu faire beaucoup de recherches parmi les auteurs italiens qui, d'ailleurs, suivent presque tous la psychiatrie allemande. Cependant je pourrai citer, parmi les plus récents, Morselli (9) qui fait une place à part dans sa classification au groupe dont je m'occupe et, parmi les anciens, Bonucci et Girolami Gambari (11).

Comme on le voit, de nombreux auteurs, dont les plus récents sont étrangers, ont étudié des formes de folies aiguës qui ont des rapports étroits entre elles, les unes étant de la stupeur aiguë simple, de la démence simple,

(1) Weber, *On delirium of acute Insanity during the decline of acute diseases*. *Med. chirurg. transactions*, 1865, p. 135.

(2) Hayes Newington, *Some observations on different forms of stupor and on its occurrence after acute mania in females*. *J. of mental science*, octobre 1874, p. 372.

(3) Fox. *Case of acute dementia of rapidly fatal termination*. *J. of mental science*, 1881, p. 212.

(4) Spitzka. *Insanity*, 1887, voyez p. 158, 161.

(5) Savage. *Insanity and allied neuroses*, 2<sup>e</sup> édit., 1886; *Puerperal Insanity of septic origine*. *Lancet*, 1888; t. II, p. 1129.

(6) H.-C. Wood, *Insanity after acute surgical or medical affections*. *University med. Magazine*, décembre 1889, analysé in the *Am. J. of psychology*, décembre 1891, p. 323.

(7) W. Osler, *Cases of post febrile Insanity*. *John Hopkin's Hospital reports*, 1890, t. II, p. 46, analysé dans le même journal.

(8) James Ross, *On the psychical disorders of multiple neuritis*. *J. of m. science*, avril 1890.

(9) Conolly Norman, *Acute confusional Insanity*. *Dublin J. of medical science*, 1890, t. I, p. 506, analysé in the *Am. J. of psychology*, décembre 1891, p. 326.

(10) J. H. Lloyd, *Philadelphia neurological Society*, novembre 1890.

(9) Morselli, *Manuale di semeiotica delle malattie mentali*, volume I, 1885.

(11) Bonucci, *Fisiologia e patologia dell'anima umana*, vol. I, p. 77 et 270, Firenze 1852.

Girolami Gambari, *Appendice psychiatrica*, 1863, cités in *Ann. médico-psych.*, 1865, t. V, p. 72.

les autres de la confusion mentale aiguë, des délires hallucinatoires d'inanition ou autres, enfin des formes très voisines comme aspect symptomatique, mais différentes par leur étiologie ; et j'ai été obligé dans l'exposition de la littérature de présenter un peu pêle-mêle ces différentes formes : d'une part, parce qu'elles ont été confondues par plusieurs, et d'autre part, parce que, au fond, elles ont un lien commun. Cela a certainement donné à cette exposition un certain degré d'obscurité, qui, je l'espère, se dissipera un peu dans la fin de ce travail ; car je donnerai maintenant un aperçu de la confusion mentale primitive seule, avec ou sans hallucination (car mon observation en est un exemple), en m'aidant des travaux contemporains qui ont porté presque exclusivement sur elle, de Krafft-Ebing, de Meynert et surtout de celui si clair de Wille, auquel je ferai de larges emprunts.

Je n'ai pas mentionné d'ailleurs d'autres travaux où cette forme a été plus particulièrement étudiée à l'occasion des traumatismes, opérations chirurgicales et surtout des accouchements (1), car cela m'entraînerait trop loin. Je n'ai pas la prétention de faire une monographie, impossible actuellement, de ce sujet difficile, mais je désire seulement en présenter une modeste esquisse.

*Marche.* — Il y a un stade prémonitoire qui peut durer de quelques heures à quelques mois ; changement de caractère, irritabilité, perte de sommeil, anxiété, etc., etc..... souvent conscience qu'une maladie se prépare. Le début est généralement brusque, il y a une agitation extrême qui rappelle la manie aiguë avec perte complète de l'orientation ; d'autres fois, le début est graduel et le malade entre d'emblée dans un état

---

(1) Voyez plus bas ce que je dis de la thèse de A. Lallier.

qui ressemble absolument à celui du délire alcoolique subaigu. Il peut y avoir aussi un état de stupeur très marqué, avec ou sans phénomènes cataleptiformes. La marche de la maladie peut être continue ou rémittente, ou paroxystique; mais, le plus souvent, c'est un mélange déréglé de stades d'agitation, de calme, de stupidité et de stupeur, de durée absolument variable et qui peuvent être entrecoupés par des intervalles de lucidité relative.

*La durée* est très variable, depuis quelques jours jusqu'à plusieurs mois et même plusieurs années. Il y a donc des cas aigus, subaigus et chroniques.

*La terminaison* est : 1<sup>o</sup> la guérison, constamment précédée d'un stade plus ou moins long d'affaiblissement psychique, accompagné d'une perte de mémoire complète concernant le temps et l'existence même de la maladie ; 2<sup>o</sup> la guérison avec léger affaiblissement des facultés ; 3<sup>o</sup> un état chronique de démence, souvent accompagné d'accès de stupeur et d'agitation ; 4<sup>o</sup> la mort après une marche aiguë ou chronique (elle arrive le plus souvent par la pneumonie, la phthisie, le marasme ou un état de délire aigu).

Au point de vue de l'anatomie pathologique, on trouverait des états d'anémie, d'œdème cérébral avec troubles des méninges, ce qui fait dire à Wille que la confusion mentale serait une psychose constituant une forme intermédiaire entre les folies purement fonctionnelles, comme la manie, la mélancolie et la paranoïa, et les folies à base anatomique, comme les intoxications et la paralysie générale.

*Symptomatologie générale et définition.* — J'emprunte la description de Wille, qui me paraît très frappante :

« La confusion mentale est une maladie du cerveau fonctionnelle, souvent aiguë, mais non rarement chronique, qui commence presque régulièrement avec un

stade aigu hallucinatoire, se caractérise ultérieurement par de la confusion mentale, un délire désordonné, un manque de repos sans motif alternant avec des états intercurrents d'excitation ou de stupeur. On observe aussi bien des paroles et des actes troublés, dissociés, entrecoupés, avec un degré plus ou moins grand de *Benommenheit*, de non-clarté et de désorientation qui se traduisent en même temps par des sensations et des perceptions défectueuses et inexactes, par une appréciation et un jugement inexact des perceptions et par la perte de la mémoire. Dans les périodes tranquilles, on ne peut pas ne pas reconnaître des illusions et des hallucinations. Elles sont encore plus frappantes dans les accès d'excitation qui s'établissent bientôt avec plus ou moins de force ou de durée. Le caractère et le contenu de ces accès est très divers et variable; tantôt les malades sont excités, tantôt tristes, tantôt inquiets, tantôt en colère, tantôt dououreusement impressionnés ou bien tout cela ensemble, le plus souvent avec une alternative rapide. Les accès d'excitation peuvent prendre l'aspect passager de la mélancolie agitée, de la manie, du « Tobsucht » ou d'un délire agité. Le plus souvent, rapidement et immédiatement, ces états d'excitation se transforment en états stuporeux; souvent ces différents états apparaissent et changent avec une certaine régularité, d'autres fois pas.

« Dans les stades tranquilles (rémissions?), les malades donnent l'impression d'un grand affaiblissement. Au point de vue somatique, on observe au commencement une fièvre légère vespérale; les malades sont affaiblis physiquement et anémiques, ce qui paraît moins pendant les accès d'excitation. On constate l'affaiblissement et la fréquence du pouls et du cœur, la nutrition est affaiblie, la formation du sang manque, l'appétit non réglé est le plus souvent amoindri, la digestion troublée,

le sommeil mauvais, la température du corps subnormale avec intervalles d'élévation, troubles multiples des sécrétions et des excrétions. »

On trouvera dans Meynert (1) de longues considérations sur la psychologie pathologique de cette affection. Il me suffira de dire que l'attention, la perception et l'apperception sont affaiblies, c'est ce qui fait que les malades perdent la notion du lieu, du temps, qu'ils font des erreurs sur les personnes qu'ils voient. La parole est souvent totalement incompréhensible, elle peut se rapporter ou non aux idées du malade. Les mots peuvent se présenter à la suite les uns des autres, associés par assonance ou quelquefois, ce que Meynert appelle également aphasicque et paraphasicque, les mots sont prononcés avec effort et incomplètement, comme si le malade ne parvenait pas à exprimer celui qu'il voudrait. (voyez l'observation I). Les idées qui se présentent, comme dans le rêve, forment un délire qui peut s'accompagner ou non d'hallucinations et d'illusions qui conditionnent ou non les actes. Enfin, l'émotion est généralement affaiblie et elle paraît suivre les phases du délire.

En somme, le fond de la maladie est la confusion des idées ; les hallucinations ne sont qu'accessoires, et l'aspect extérieur, les actes du malade varient d'un moment à l'autre ; le patient a la figure sans expression ; il marmotte des paroles sans suite et se livre à des actes quelquefois coordonnés, souvent incompréhensibles, qui paraissent reliés plus ou moins aux hallucinations. Sur cet état de stupidité, viennent se greffer les accès d'agitation qui ressemblent à la manie, ou des accès de stupeur qui donnent au tableau un aspect des plus variables. Quelquefois, les malades (Kahlbaum,

---

(1) *Klinische Vorlesungen*.

Neisser) ont l'aspect d'acteurs déclamant un rôle ou présentant des phénomènes cataleptiformes.

*Troubles somatiques.* — L'affaiblissement, l'épuisement, la dénutrition sont les caractéristiques de cet état. Le malade paraît mal assuré sur ses jambes, il chancelle, il a l'aspect très amaigri, il a des troubles vaso-moteurs, de l'affaiblissement du pouls et du cœur, il a souvent une fièvre modérée ou, au contraire, un abaissement de la température au-dessous de la normale. Il y a souvent des troubles oculo-moteurs et même du facial; quelquefois des crampes, des secousses, des névralgies, des mouvements automatiques ; il y a un état saburrall des voies digestives, des troubles de leur fonctionnement, l'haleine est fétide; perte d'appétit, refus de la nourriture, ou, au contraire, de la voracité, gâtisme irrégulier et inconstant.

Il y a souvent dans l'urine de l'albumine, du sucre, des phosphates, des troubles de la menstruation, enfin l'insomnie est fréquente ou, au contraire, la somnolence.

*Pronostic.* — La confusion mentale est plus grave que la mélancolie ou la manie. Les statistiques de la guérison diffèrent assez, il paraît pourtant qu'il y aurait plus de non-guérisons que de guérisons. Le pronostic est d'autant plus difficile à établir que l'on manque absolument d'éléments et qu'il est impossible de prévoir si tel cas sera aigu ou chronique. Pourtant on ne doit jamais désespérer, car la guérison peut arriver après plusieurs années, comme le remarquent Meynert et Wille.

*Etiologie.* — La fréquence se rapprocherait de celle de la manie et de la mélancolie, si elle n'est pas plus grande. La femme y est particulièrement prédisposée; l'âge moyen serait de vingt à quarante, mais on peut observer cette folie aiguë même dans la vieillesse. La plupart des auteurs font jouer à l'hérédité un rôle

moindre que pour les autres maladies. Mais on attribue une grande importance au rachitisme congénital, foetal ou infantile et à toutes les maladies qui ont troublé le développement pendant l'enfance et à toutes les causes qui ont débilité le système nerveux. Meynert (1) croit qu'il faut attacher une importance particulière au défaut de parallélisme dans le développement du système nerveux et du système vasculaire sanguin.

Les causes sont les excès sexuels, alcooliques et de toutes sortes, les maladies fébriles, les infections quelconques, l'accouchement, la lactation, les chocs traumatiques ou mentaux, les opérations chirurgicales, l'inanition et la misère physiologique. Tous les auteurs s'accordent pour dire que cette maladie est la conséquence d'un état d'épuisement cérébral, qui amène un état de faiblesse irritable du système nerveux central. En outre, les auteurs les plus récents, Serbski entre autres, attribuent cet état au résultat intime d'une infection ou auto-intoxication par les produits des microbes ou la résorption des poisons de l'économie. A ce propos, je dois citer tout particulièrement la thèse si bien faite de M. Lallier (2) qui a étudié la folie puerpérale et montré, après les auteurs allemands et, je peux dire aussi, après M. Delasiauve, que la confusion mentale est pour ainsi dire le type de la folie puerpérale. Le rôle capital de l'infection y est bien démontré ; l'accouchement ne suffit pas pour produire la folie dans l'immense majorité des cas, il faut qu'il y ait eu infection ; une preuve, entre autres, bien frappante, est que la folie puerpérale a diminué notablement depuis l'antisepsie obstétricale, comme le font remarquer MM. Tarnier et

(1) *Klinische Vorlesungen*.

(2) A. Lallier. *De la folie puerpérale dans ses rapports avec l'éclampsie et les accidents infectieux des suites de couches*. Th. de Paris, 1892.

Bar. On trouvera toute la bibliographie de la folie puerpérale dans ce remarquable mémoire, dont la lecture m'a été des plus utiles.

Dans ces derniers temps, l'attention a été attirée en France sur ce mécanisme probable de la folie. Malheureusement les auteurs, Régis (1), Chardon-Fleuret (2), A. Leledy (3), Chevalier-Lavaure (4) ont très vaguement décrits les symptômes psychiques, les rattachant à la mélancolie ou à la manie, et ne parlant pas de la confusion mentale dont M. Mairet (5) a rapporté des cas, mais sans les reconnaître comme tels. Cependant il me paraît très probable que cette infection ou intoxication peut bien jouer aussi un rôle dans certains cas de vraie mélancolie (6) (la stupeur n'aurait-elle pas cette cause dans la mélancolie avec stupeur ?) et de neurasthénie, qui ne seraient ainsi pas purs mais compliqués. Quant à ce qui touche à la confusion mentale primitive, Serbsky, ayant en vue sa pathogénie, dit que c'est la maladie mentale qui se rapproche le plus de la pathologie interne. Aussi les auteurs s'accordent-ils sur ce point pour considérer le rôle de la « prédisposition » comme très faible.

*Place dans la classification et division.* — Comme nous l'avons vu, M. Delasiauve rapprochait très étroitement cette confusion de celle qu'on observe dans les dif-

(1) Régis, *Manuel pratique de médecine mentale*, 2<sup>e</sup> éd. 1892.

(2) Chardon-Fleuret, *De l'influence des maladies infectieuses sur le développement des maladies mentales*. Th. de Lille, 1889.

(3) A. Leledy, *Contribution à l'épidémie de grippe de 1889-1890*. Thèse de Paris 1891.

(4) Chevalier-Lavaure. *Des auto-intoxications dans les maladies mentales*. Th. de Bordeaux, 1890.

(5) Mairet et Bosc. *Aliénation mentale par troubles de la nutrition, etc.*, *Ann. méd.-psych.* 1892, janvier et février, n° 1, p. 17.

(6) Bettencourt-Rodrigue. *De l'influence des phénomènes d'auto-intoxication et de la dilatation de l'estomac dans les formes dépressives et mélancoliques*. *Congrès int. de méd. ment.* de 1889. *Comptes rendus*, 1891, p. 409.

férentes intoxications, alcoolisme, saturnisme. Comme on le verra aussi dans la note placée plus bas, la classification de Kraepelin fait un rapprochement très étroit de ces troubles hallucinatoires confus avec les délires fébriles et toxiques. La folie rhumatismale (1) revêt aussi cette forme ainsi que certains cas de folie brightique (2) et de folie cardiaque; mais, dans tous ces cas, cette confusion est la manifestation d'une action directe du poison, manifestation qui cesse avec la disparition de celui-ci. Dans la confusion simple ordinaire, il y a peut-être seulement le résultat plus éloigné de l'intoxication ou de l'infection, car c'est généralement après la maladie infectieuse que se développe cette perturbation cérébrale. Dans le premier cas, le trouble suit pas à pas la maladie générale dont il fait partie. Il y a donc ainsi une confusion symptomatique de maladies réellement organiques. Mais elle serait plutôt un délire hallucinatoire, tandis que le fond de la confusion essentielle serait surtout un affaiblissement amenant un trouble profond dans l'association des idées, la perception et l'apperception, comme le prouve ce fait que les hallucinations peuvent ne pas exister. Cette maladie évolue *per se* et apparaît à la suite de causes amenant une profonde altération de tout l'organisme. Aussi dans la genèse de la maladie, fait-on jouer un rôle très restreint à l'hérédité, et tous les auteurs la placent formellement en dehors de la « dégénérescence ». Cela ne veut pas dire que la « prédisposition » ne puisse jouer un rôle (voir plus bas sur ce sujet à propos de la paranoïa aiguë); mais elle ne ferait que créer dans le système nerveux un *locus minoris resistentiae*.

La plupart des auteurs s'accordent pour admettre une

(1) Mabille et Lallemand, *Des folies diathésiques*. Paris, 1891, chez Masson.

(2) Voyez la thèse de Florant, *Des manifestations délirantes de l'urémie*. Paris 1891.

confusion mentale simple sans hallucination et une confusion hallucinatoire. Mais les uns rangent la confusion mentale simple dans une classe voisine, sous le nom de démence aiguë ; tandis que les autres (Serbsky, etc.) admettent encore, outre la confusion mentale simple, une démence aiguë qui serait un simple affaiblissement intellectuel. Enfin, tandis que les uns placent le délire aigu (1) en dehors, d'autres le comprennent dans la confusion (Wille, etc.). Comme il serait trop long d'exposer toutes ces différentes manières de voir, je rappellerai ici seulement en note deux classifications un peu différentes, celles de Krafft-Ebing et celle de Kraepelin. (C'est ce dernier auteur qui admet le plus de divisions à l'intérieur de la *Verwirrtheit*). J'indiquerai aussi les différents termes sous lesquels cette forme est connue (2).

(1) Je n'ai pas rapporté les différentes recherches sur le délire aigu qui se sont produites en dehors de celles sur la confusion mentale. Ce n'est que depuis peu que, celle-ci étant mieux connue, on la rapproche de ce délire aigu.

(2) *Synonymie.*

Démence aiguë, Esquirol, Brierre de Boismont.  
 Stupidité, stupeur, Georget, Ferrus, Delasiauve, Dagonet.  
 Confusion, confusion hallucinatoire, Delasiauve.  
 Délire de dépression, Lasègue. (Je n'ai pu vérifier cette dénomination.)  
 Délire d'inanition, Becquet.  
 Torpeur cérébrale, Ball.  
 Acute primäre Verrücktheit, Westphal.  
 Hallucinatorischer Wahnsinn, Krafft-Ebing.  
 Hallucinatorische Verwirrtheit, Meynert, Fritsch.  
 Einfache Verwirrtheit, Wille.  
 Acutes astenische delirium, Mayser.  
 Acuter Wahnsinn, Schüle.  
 Hallucinatorische Verworrenheit, Konrad, Salgò, Scholtz.  
 Asthenische u. hallucin. Verwirrtheit, Kræpelin.  
 Hallucinatorisches Irresein, Fürstner.  
 Dementia generalis acuta oder subacuta, Tilling.  
 Mania hallucinatoria, Mendel.  
 Amentia, Meynert, Serbsky.  
 Dysnoia, polyneuritic psychose, Korsakoff.  
 Délire sensoriel, Schereschanski.  
 Folie générale, Rosenbach.

*Diagnostic.* — Je ne reviendrai pas sur le diagnostic avec la manie, la mélancolie, la paralysie générale ; ce que j'en ai dit à propos de mon observation suffira à montrer la voie à suivre pour le faire, ce qui ne veut pas dire que cela sera toujours facile, d'autant plus que, d'après les auteurs allemands, en outre de la confusion essentielle et du délire hallucinatoire symptomatique, il se présenterait aussi d'une façon passagère des épisodes de confusion dans d'autres formes telles que la manie, la paranoïa, la paralysie générale. Elle peut se montrer à la suite d'autres maladies mentales, quand celles-ci ont

Paranoia acuta oder hallucinatoria acuta, divers auteurs.

Primary confusional Insanity, Spitzka.

Acute hallucinatory confusion, Spitzka.

Stupor, delusional stupor, Hayes Newington.

Acute confusional Insanity, Conally Norman.

Frenosi sensoria acuta, Morselli.

Stupidità, Morselli.

*Classification de Krafft-Ebing* (Lehrbuch, 1888, 3<sup>e</sup> édition).

A. — *Maladies psychiques du cerveau bien développé.*

I. Maladies sans lésions. — Psychose fonctionnelles.

Psychonévroses.....	1 <sup>o</sup> Mélancolie.
	2 <sup>o</sup> Manie.
	3 <sup>o</sup> Stupidité ou démence aiguë et curable.
	4 <sup>o</sup> Wahnsinn (délire hallucinatoire, psychoneurose hallucinatoire).
	Etats { Secundäre Verrücktheit. secondaires. } Démence secondaire.
Dégénérescences psychiques	1 <sup>o</sup> Folie raisonnante.
	2 <sup>o</sup> Paranoia (chronique).
	3 <sup>o</sup> Folie périodique.
	4 <sup>o</sup> { Folie neurasthénique. — épileptique. — hystérique. — hypocondriaque.

II. Maladies avec lésions.

1<sup>o</sup> Délire aigu.

2<sup>o</sup> Paralysie générale.

amené l'épuisement. Enfin, comme l'a montré Baillarger le premier, cet état porté au plus haut degré de stupeur peut aussi se rencontrer dans la mélancolie, ce qui constituerait alors une complication de cette dernière maladie (1). Pour la mélancolie avec stupeur, la marche

3<sup>e</sup> Syphilis cérébrale.

4<sup>e</sup> Démence sénile.

Intoxications (forme intermédiaire entre I et II).

B. — Arrêts de développement psychique.

*Classification de Kraepelin* (Psychiatrie 3<sup>e</sup> éd. 1889).

	I. Les délires.	A. Délire fébrile. B. Délire toxique. C. Délire transitoire D. Délire aigu.
1 <sup>re</sup> classe. Maladies à causes externes, curables, aiguës ou sub- aiguës à marche typique.	II. Les états d'épuisement aigus.	A. Délire de col- lapsus. B. <i>Hallucinato-</i> <i>rische Verwir-</i> <i>rtheit.</i> C. <i>Asthenische Ver-</i> <i>wirtheit.</i> D. Démence aiguë.
	III. Manie.	
	IV. Mélancolie (avec ses formes)	A. Le W. hallucina- toire.
	V. Le Wahnsinn.	B. Le W. dépressif. C. Le W. expansif. D. Le W. katato- nique.
2 <sup>e</sup> classe. Modifications constitutionnelles, de causes internes, incurables, avec marche chronique, stationnaire ou périodique.	VI. Folies périodique et circulaire. VII. La Verrücktheit (Paranoïa) (avec ses formes). VIII. Folies liées aux névroses.	
3 <sup>e</sup> classe. Troubles profonds du cerveau.	IX. Les intoxications chroniques. X. La paralysie générale. XI. Les états d'affaiblissement acquis.	
4 <sup>e</sup> classe. État congénital, stationnaire, incurable.	XII. Les anomalies de développement psychiques.	

(1) Je dois bien entendu faire toute réserve sur la véritable nature de la mélancolie avec stupeur que nous connaissons réellement bien peu.

lente et la présence de symptômes réellement mélancoliques serviront à établir le diagnostic. Quant aux accès passagers de confusion sur lesquels je crois qu'on ne doit pas encore se prononcer, ils sont d'abord très courts et ensuite la marche de la maladie fera disparaître l'incertitude. Quant aux folies liées à une modification organique des formes I et IX de Kraepelin, on devra se servir de quelques différences dans la symptomatologie, comme nous l'avons vu plus haut, et s'appuyer sur cette modification même. Le délire aigu se rapprocherait de ces troubles ; le moment de son apparition, l'état grave, la température, serviront à tenter d'établir la différence qui sera surtout jugée par la terminaison ordinairement fatale.

Le diagnostic le plus difficile à poser est avec la paranoïa aiguë.

Pour Wille, dans la paranoïa aiguë il existe un début caractérisé par un certain degré de confusion mentale avec de nombreuses hallucinations ; mais, assez rapidement se montre une certaine systématisation des idées délirantes avec actes coordonnés. Kraepelin fait de nombreuses divisions à l'intérieur de son Wahnsinn ; il n'y a guère que son Wahnsinn hallucinatoire aigu qui correspond à la paranoïa aiguë des autres auteurs. Il s'appuie à peu près sur les mêmes considérations pour faire le diagnostic avec la Werwirrtheit. Werner (1) répète les mêmes arguments et il ajoute, comme le fait aussi Neisser (2), cette remarque, que le délire relativement systématisé qui se fait bientôt jour a le caractère d'un

(1) Werner, *Die paranoïa*, Stuttgart, 1891.

(2) Neisser (*Erörterungen über die paranoïa vom klinischen Standpunkte*, Centralbl. f. Nervenh. u. Psychiatrie, janvier 1892) dit que le signe caractéristique de la paranoïa chronique est l'*« Eigenbeziehung »*, ce que l'on pourrait traduire par égocentricité, et que ce signe se retrouve dans les cas de paranoïa dont il rapporte les observations, dès que le stade tumultueux du début, en disparaissant, lui a permis de se faire jour au dehors.

délire égocentrique. Serbski consacre un article complet au diagnostic entre les formes aiguës de la confusion mentale et de la paranoïa ; il admet surtout, pour cette dernière, la description de Kraepelin. Mendel (1) sépare aussi dans son article *Paranoïa*, la paranoïa aiguë de la manie hallucinatoire. Je remarque en passant que cet auteur rend justice aux Français et surtout à Lasègue, trop oublié aujourd’hui, même en France.

Tels sont les considérations que nous avons trouvées dans les auteurs sur cette question du diagnostic. Elles me paraissent bien insuffisantes. Pour fixer les idées du lecteur français, je rapporterai ici un exemple typique de paranoïa aiguë dans le sens allemand. Je le dois à l’obligeante amitié de M. Séglas :

#### OBSERVATION II (Séglas).

M<sup>me</sup> X... de Pontoise, vingt-deux ans.

4 mai 1892. — (Vue en consultation particulière).

Hérédité, inconnue du mari.

Fièvre typhoïde sans accidents cérébraux vers l’âge de quinze ans.

Menstruation régulière.

Anémie et dyspepsie à la suite de la fièvre typhoïde.

Début des accidents psychiques actuels il y a quinze jours juste, subitement, sans causes connues.

État d’excitation intellectuelle, pas d’agitation motrice, hallucinations de la vue, voleurs, gendarmes, etc..., interprétations délirantes de persécution (ses voisines la regardent de travers ; on la hait) et mélancoliques (on va l’accuser d’avoir noyé des gens), de grandeur (des voitures qui passent à sa porte sont celles de grands personnages qui viennent la visiter ou lui faire du mal).

Ne se reconnaît plus, semble ne pas comprendre ce qu’on

(1) Mendel. Art. *Paranoïa*. *Real-Encyclopédie*, t. XV, 2<sup>e</sup> éd., 1888, p. 214.

lui dit : trouve que tout est changé, ne trouve pas son chemin.

Mobilité extrême du délire. « Ça change tout le temps », dit le mari.

Insomnie à partir de une heure du matin malgré des hypnotiques.

Appétit meilleur qu'avant les troubles intellectuels.

Calme et même déprimée depuis hier.

Lacunes énormes à l'interrogatoire. N'e peut rendre compte de rien de ce qui s'est passé : elle est comme dans un rêve — ses actes, ses paroles des jours derniers sont non avenus pour elle.

En venant, ne se reconnaissait nulle part, prétendait qu'on prenait un mauvais chemin, des trains ou des omnibus qu'il ne fallait pas.

Indifférente à ses parents.

Répond à toutes les questions : « Je ne sais pas, c'est que je suis sans doute trop jeune, demandez aux autres. » Elle a l'air absolument hébétée.

Pas d'alcoolisme ; pas d'hystérie ; pas de paralysie générale. Niveau intellectuel faible au dire même du mari.

Front très étroit, visage asymétrique.

Langue sale, renvois de gaz, haleine fétide, constipation.

Elle a eu ses règles au début des troubles psychiques.

Cœur, rien : extrémités de couleur normale, chaudes, paume des mains couverte de sueur.

Pouls régulier (66), pas de fièvre.

Oppression par moments : bronchite à la suite de sa fièvre typhoïde ; sujette à s'enrhumer. Auscultation, rien.

17 mai. — Ayant totalement changé.

Plus de confusion mentale.

Essai de systématisation d'idées de persécution, ou plutôt de *jalousie*. Elle se figure que son mari a une maîtresse, que cette femme vient chez elle quand elle n'y est pas. Elle sait qui c'est, sa belle-mère fait partie du complot ; elle a refusé une botte d'asperges qu'elle lui avait envoyée, parce qu'elle est poussée par ces gens-là à se débarrasser d'elle afin de laisser le champ libre à sa rivale. Interprétations délirantes multiples on cause sur son passage, etc... Hallucinations de l'ouïe. — Le délire est très mal organisé.

Cette nuit elle dit à son mari : « Oui, madame, les gendarmes vont venir vous chercher », et elle ajoute : « mais est-ce drôle, qui me pousse à dire cela ? »

Elle dit ne rien comprendre à tout cela, mais maintient ses idées.

Elle est très peu intelligente et on ne peut avoir par elle aucun récit précis.

Par moments elle a de l'anxiété, cherche son mari, n'est tranquille que quand elle le tient. Excitation génésique depuis quelque temps.

Le plus souvent anéantie, affaissée dans un fauteuil, pleure des heures entières.

Les règles sont encore revenues.

Crache souvent; mange moins bien et, souvent, rejette ce qu'elle est en train de manger (idées d'empoisonnement).

Pas d'hystérie constatale, pas d'alcoolisme, pas de paralysie générale.

Les raisons rapportées plus haut qui font séparer la confusion et la paranoïa ne me paraissent pas s'appuyer sur des caractères très tranchés, il ne s'agit que de différences assez faibles dans les symptômes.

Ce diagnostic avec la paranoïa aiguë est d'ailleurs d'autant plus difficile que son existence même, sa place dans la classification, ses formes et sa synonymie sont loin d'être établies (1). Lorsque Westphal, dans sa communication, avait parlé de la *Verrücktheit* chronique primitive, il avait aussi indiqué rapidement des cas de *Verrücktheit* primitive aiguë. Or, pour certains auteurs, Westphal aurait confondu sous ce nom des cas de confusion hallucinatoire et des cas de véritable paranoïa aiguë. D'autre part, Krafft-Ebing n'admet pas la paranoïa aiguë et je n'ai pas trouvé dans les *Leçons cliniques* de Meynert, de chapitre particulier consacré à cette forme. Schüle l'a décrite sous le nom de *Wahnsinn* ou délire systématisé et rangée dans les affections du cerveau invalide, mais non dégénéré.

(1) Voyez à propos de la paranoïa en général et de la paranoïa aiguë, la monographie de Werner et surtout le travail, le plus complet qui existe, de Séglas, la *Paranoïa, Arch. de neurologie*, n° 37, 38 et 39.

Mendel, qui admet cette paranoïa aiguë, n'admet pas qu'il y ait plus d'hérédité ou de prédisposition que dans la manie ou la mélancolie, et il s'élève avec force contre les tendances envahissantes de la théorie de la dégénérescence qui prétend tout expliquer. Kraepelin croit que son Wahnsinn (paranoïa aiguë) est un intermédiaire entre la première classe, où les lésions sont surtout de causes externes, et la deuxième classe, lésions constitutionnelles, paranoïa chronique, véritables dégénérescences, où les causes externes ne jouent qu'un rôle occasionnel. MorSELLI (1) classe sa *frenosi sensoria acuta* (qui comprendrait probablement de la confusion), comme Mendel, dans les psycho-neuroses. Les auteurs allemands qui l'admettent la séparent complètement de la paranoïa chronique comme signification nosologique, c'est à-dire que, pour eux, cette folie aiguë doit être en dehors de la « dégénérescence ». En France, au contraire, l'école de M. Magnan, suivant les théories de Morel, considère que toute folie aiguë, sauf la mélancolie et la manie, ne peut être une psycho-névrose, mais doit être rapportée à la dégénérescence (2). Le délire d'emblée est ce qui correspond le mieux à la paranoïa aiguë. Ces quelques considérations bien abrégées, puisqu'il ne s'agit pas ici de cette dernière forme seule, montrent toute l'obscurité de la question. Pour moi, il me serait impossible de donner ici une opinion ferme sur la paranoïa aiguë; mais si on veut la séparer pleinement de la confusion mentale primitive, il serait bien nécessaire d'en avoir une (je ne veux pas dire par là que ce manque puisse faire tort à la confusion mentale, dont l'existence me paraît bien établie). Je crois qu'il faudrait s'appuyer sur l'étiologie et la pathogénie, et chercher si, du côté de la paranoïa aiguë, on trouverait

(1) *Loco citato.*

(2) V. Thèse de Legrain.

des caractères opposés à ce point de vue à ceux de la confusion mentale.

Le cas que j'ai rapporté (obs. I) me paraît ne pas pouvoir être confondu avec rien, surtout pas avec un délire d'emblée dit *dégénératif*, à cause de l'aspect de véritable maladie qu'il a présenté. Le délire d'emblée, au contraire, d'après M. Legrain, serait une simple exagération du déséquilibre mental, plus ou moins latent jusqu'à, sans retentissement sur la santé générale ni trouble profond des fonctions, et la cause occasionnelle aurait une minime importance. Souvent même on ne pourrait trouver de cause occasionnelle, comme le montre bien la seule observation, un peu typique, de délire d'emblée que l'on trouve dans la thèse de M. Legrain (obs. XVI, p. 133). Aussi je pense qu'en dehors de la confusion mentale aiguë, épuisement cérébral, maladie cérébrale, il y a d'autres folies aiguës bien distinctes, comme les délires d'emblée et les délires dits polymorphes. Mais il pourrait bien se faire qu'il y en eût encore d'autres, et celles-ci, loin d'être absolument différentes de la confusion, en seraient très rapprochées. De telle sorte que, en dehors de la confusion mentale, il y aurait des folies aiguës (paranoïa aiguë) « dégénératives » et d'autres non dégénératives, ce qui donnerait à la fois raison à Morel et aux Allemands. On a d'ailleurs proposé, pour la paranoïa chronique, la vraie, une division analogue, la paranoïa originale de Sander (1) étant la seule dégénérative (je ne peux m'empêcher d'avoir des doutes à ce sujet).

Je suis donc tenté de croire qu'à côté de la confusion primitive, il y a (je ne parle plus maintenant des délires d'emblée et polymorphes) des formes voisines par leur

(1) Sander, *Ueber eine specielle Form der primären Verrücktheit. Arch. f. Psychiatrie*, t. I, 1868-1869, p. 387.

étiologie. Je crois que l'on pourrait trouver un appui à cette opinion en examinant certains cas de folies par intoxication aiguë ou chronique, ce qui est d'autant plus important que ces folies comprennent des formes extrêmement rapprochées de la Verwirrtheit. En effet, la folie brightique proprement dite est attribuable à l'albuminurie même (1). Le plus souvent, elle ressemble à la confusion, comme nous l'avons déjà dit. Mais il y a aussi des cas que M. Delasiauve eût appelés « monomanies », qui ressemblent à des délires dits des « dégénérés » et qui sont aussi dus à l'urémie, car ils apparaissent et disparaissent avec elle. Il y a aussi des phénomènes d'hallucinations passagères et de délire extrêmement fugace, comme l'observation suivante :

### OBSERVATION III.

(Lallier, *loc. citato*, p. 72).

*Éclampsie; accouchement prématuré; délire hallucinatoire de très courte durée se reproduisant deux jours de suite.*

J. Marie, femme G..., vingt-deux ans, couturière, enceinte de huit mois, a des attaques d'éclampsie chez elle ; saignée. Entre le 31 octobre 1891 à huit heures du soir, dans le service de M. Bar, hôpital Saint-Louis, salle Paul Dubois, numéro 28. Elle est dans le coma. Nouvel accès d'éclampsie à l'hôpital. Lavement de chloral. Inhalations de chloroforme jusqu'à onze heures du soir. A minuit, accouchement d'un enfant mort. Délivrance naturelle. Le 3, dans la soirée, elle accuse tout à coup une série d'illusions et d'hallucinations. Elle prend la nourrice pour sa tante, croit voir et entendre son mari faisant du bruit dans le fond de la salle. Elle l'interpelle pour lui imposer silence. Elle croit entendre crier son enfant dans son ventre. Elle dit qu'elle va accoucher de trois enfants.

(1) Je ne peux ici que renvoyer encore à la thèse de Florant, qui résume fort bien toute la question et qui renferme de nombreuses observations dont la lecture suffira pour entraîner la conviction, et à l'excellente thèse de Lallier.

D'ailleurs, elle n'est ni agitée, ni triste. Ces phénomènes durent trois quart d'heure environ et se reproduisent encore une fois. Les suites de couches ont été absolument régulières, apyrétiques. La sortie a eu lieu le 15 novembre.

Ne peut-on donner pour ces cas une explication autre que celle de la dégénérescence et les rattacher tout simplement à l'urémie (1)? Même le délire fébrile peut ne

(1) La théorie de la dégénérescence est très vague, mal comprise de beaucoup d'auteurs qui souvent se contredisent eux-mêmes et entre eux. Chaque fois qu'un malade compte dans ses ascendans des maladies nerveuses ou mentales, on dit, du moins c'est la tendance actuelle en France, c'est un prédisposé, c'est un dégénéré. Je crois qu'il faut s'entendre sur ce terme de prédisposition qui renferme deux choses distinctes (cette distinction, comme toutes celles que nous faisons en science, est relative, bien entendu); dans l'une, il y a prédisposition dans le sens qu'on y attache pour les maladies infectieuses; sans la cause extérieure, microbe ou intoxication, pas de lésions; dans l'autre, la lésion serait préexistante quoique cachée. M. Pierret fait remarquer que c'est la réalisation pathologique de ce fait expérimental observé par M. Tripier (de Lyon); on produit une paralysie localisée par l'excision d'une portion de substance corticale; la paralysie guérit; mais l'injection d'une forte dose de morphine fait reparaitre la paralysie (cité par Louis Vène; *Etude sur les délires post-opératoires*. Th. de Paris, 1891, p. 58). Pour me bien faire comprendre, je prends un exemple: la syphilis atteint souvent le système nerveux et elle produit alors des lésions syphilitiques et des lésions parasyphilitiques, comme dit le professeur Fournier; dans les deux cas, on explique le fait en disant qu'il y avait une prédisposition; et pourtant les deux cas sont différents, car dans le cas de la pseudo-paralysie générale syphilitique, le système nerveux ne joue le rôle que de *locus minoris resistentiae*, tandis que, dans le cas de la vraie paralysie générale, le malade avait en lui le *germe* (*l'Anlage*) de la méningo-encéphalite et la preuve c'est que cette maladie existe aussi en dehors de la syphilis.

Ces deux formes de lésions, la pseudo-paralysie et la vraie (ou les vraies) se ressemblent fort, elles n'en sont pas moins distinctes. Cette division a été très bien mise en relief par M. Joffroy à propos de la folie brightique (voyez la thèse de Florant) et indiquée par M. Rosenbach, quand il dit que l'hérédité n'est sans doute pas la dégénérescence.

Il y aurait beaucoup d'autres choses à dire sur la prédisposition et la dégénérescence, si l'on veut, comme le font les Italiens, faire intervenir le darwinisme, la sociologie, etc., etc... Ce que j'en ai dit suffira, je pense, à montrer que les malades atteints de confusion mentale peuvent être des prédisposés et non des dégénérés; cette notion n'ajoute pas d'ailleurs grand'chose, jusqu'à présent, à nos connaissances sur leur maladie.

pas revêtir toujours l'allure habituelle et il peut se manifester sous la forme d'un délire systématisé (1) et même d'idées délirantes très limitées. Je rappelle à ce propos l'observation si connue de Leudet (2), et cette autre qu'il cite de Louis (3). « Un malade qui se trouvait dans ce dernier cas, prétendit, cinq jours de suite, avoir été, depuis son admission à l'hôpital, dans son village d'où il avait rapporté des louveteaux qu'il voulait vendre. Il ne pouvait dire comment il avait voyagé, mais quelque objection que je lui fisse, dit Louis, il resta cinq jours dans la même illusion que d'ailleurs il soutenait avec beaucoup de calme et ce ne fut qu'après cette époque en revenant du jardin qu'il reconnut son erreur. » Baillarger pense que dans ces faits, il s'agit d'un rêve qui a amené la conviction momentanée. Je remarque d'une part, que ce cas ne ressemble pas, par le genre d'idée délirante à coup sûr bien indifférente, à celui que les auteurs allemands, surtout Neisser, considèrent comme caractéristique de la paranoïa aiguë où il y a souvent des idées de persécution ou de grandeur. Mais comme on peut rencontrer dans cette paranoïa aiguë, de l'aveu de tous les auteurs, toute espèce d'idée délirante, je crois que l'on pourrait attribuer une même origine à toutes ces idées. Cette remarque me ramène aux faits déjà vus par Delasiauve (voir obs. II), où, à la suite d'un stade de confusion, survient un délire, relativement systématisé. Ce délire ne pourrait-il pas être considéré comme un reliquat de la vraie confusion mentale? Ces

(1) Voyez les observations de Barié. Note sur deux cas de folie avec guérison, survenues pendant la période d'état de la fièvre typhoïde, *Union médicale*, 3<sup>e</sup> s., t. XXIII, 1877, p. 601.

(2) Leudet. *Monomanie ambitieuse survenue à la période de déclin d'une fièvre typhoïde à symptômes peu graves; guérison.* — *Ann. médico-psych.*, t. II, 1850, p. 148.

(3) Louis. *Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur la fièvre typhoïde*, t. II, p. 83.

cas ne seraient-ils pas intermédiaires entre ceux où la confusion existe seule et ceux où elle n'existe pas, mais où il y a seul un délire systématisé, quelquefois extrêmement limité? Enfin, ne trouverions-nous pas un parallèle instructif dans les folies alcooliques qui vont de l'accès subaigu, état de rêve, à ce délire de jalousie si particulier connu déjà depuis longtemps (1)?

Je me contenterai, en terminant cette discussion sur le diagnostic de la confusion et des autres folies aiguës, de dire qu'il y a certainement de ces dernières que l'on peut distinguer d'avec elle par leur symptomatologie un peu différente assurément, mais surtout par l'étiologie et la pathogénie. Quant aux autres formes aiguës que j'ai rapprochées de la Verwirrtheit, leur existence me semble fort possible; mais, comme ce n'est pas d'elles qu'il s'agit ici, je me borne à la signaler, en remarquant qu'elle expliquerait la difficulté que les Allemands ont à faire le diagnostic entre la confusion et la paranoïa aiguë.

#### CONCLUSION.

Je me résume et je pense que l'on peut poser la conclusion suivante :

Il existe une forme de maladie mentale, aiguë ordinairement, qui n'est ni de la manie, ni de la mélancolie, qui doit être attribuée à l'épuisement rapide et brusque du système nerveux central (très souvent consécutif, pour les auteurs les plus récents, à l'infection ou à l'auto-intoxication) et qui doit être séparée de ce que l'on appelle la « dégénérescence ». C'est une forme intermédiaire entre les psychoses et les folies à lésions

---

(1) Remarquer, dans l'observation II, le délire de jalousie de la malade qui s'est fait jour après la disparition de la confusion. Cette malade est une dyspeptique, une dilatée, une auto-intoxiquée.

ne sont pas plus maîtres de leurs états d'âme et de leurs volitions les uns que les autres; car, qu'ils soient ou ne soient pas des névropathes, l'ivresse, variable dans ses manifestations, a pour tous le même résultat de paralyser les centres de contrôle et de direction. Dès lors, si vous faites de l'ivresse délirante une hypémanie anxieuse, de quel droit vous refuserez-vous à faire de l'ivresse violente ou érotique une folie impulsive, de l'ivresse gaie une excitation maniaque et de l'ivresse triste une mélancolie dépressive? Est-ce parce que le cerveau de l'ivrogne délirant était, par hérédité ou acquisition, déjà en quête d'une occasion de délire avant l'excès, que vous vous montrerez indulgent en sa faveur? Mais l'ivrogne violent que vous condamnez pour coups et blessures, l'ivrogne lubrique pour attentats aux bonnes mœurs, et l'ivrogne bruyant pour tapage nocturne, sont parfaitement autorisés à vous opposer qu'eux aussi portaient en eux, par hérédité ou acquisition, les germes de violence et de lubricité qui ont poussé sous la rosée de l'alcool et qu'ils ne sont pas plus que l'autre maîtres de leur organisation cérébrale. En bonne justice, à tous, il n'est qu'une chose dont on puisse leur demander compte, c'est l'excès commis. Se sont-ils enivrés parce qu'ils voulaient bien nocer, ou parce qu'une force supérieure à leur pouvoir de résistance les y a contraints? Tout le problème doit être ramené à cette double question. Quel que soit l'état antérieur du cerveau, si l'orgie a été normalement acceptée, ses conséquences sont à supporter.

Ainsi, messieurs, l'envoi à jets répétés de tous ces vicieux alcooliques dans nos services n'aurait sa raison d'être que si leur ivrognerie relevait de la dipsomanie. Mais vous êtes tous des cliniciens trop expérimentés, pour ne m'avoir pas déjà devancés dans la réflexion, que les dipsomaniacs sont précisément des buveurs qui ne délirent jamais, qui même ne sont jamais gris, leur mal créant en même temps que l'appétence morbide une résistance incroyable aux alcools, que les plus grands excès ne parviennent pas à abattre, et qui est la pierre de touche du diagnostic. Aussi, ces aliénés sont-ils très rares dans les asiles. Si nos vicieux à séquestrations multipliées buvaient sous l'influence de l'impulsion irré-

sistible aux liqueurs fortes, ils ne seraient donc pas des ivrognes délirants, et il ne leur suffirait pas de s'enivrer pour se procurer les hallucinations terrifiantes avec conceptions délirantes adéquates qui les font sacrer aliénés. Non, messieurs, ce n'est point la dipsomanie qui les pousse; comme leurs camarades non délirants et que vous frappez pour ce fait, ils obéissent au même mobile, au désir de s'amuser et de nocer, quand ce n'est pas à celui de nous tromper pour être envoyés dans nos asiles. Dès lors, je ne saurais m'expliquer pourquoi la rigueur aux uns et tant d'indulgence aux autres.

L'excuse de la dipsomanie est si peu acceptable, que ce n'est point celle-là qu'invoquent d'ordinaire les protecteurs de ces individus. Sans doute, disent-ils, ils ne sont point entraînés irrésistiblement à boire, mais si faible que soit la tentation, ils ne sauraient la surmonter, ce sont des dégénérés sans force de résistance, dès lors irresponsables de leurs excès. Certainement, messieurs, il en est dans ce cas, mais ceux-là, je ne les comprends pas dans la catégorie des vicieux, ce sont de vrais malades ; ils présentent un ensemble de dispositions psychiques qui, en dehors même de leur alcoolisme, lequel n'est qu'un point secondaire de leur histoire, justifient leur isolement ; le seul hasard est cause qu'ils sont enfermés pour ivresse délirante, ils auraient pu l'être pour cent autres motifs. Mais affirmer qu'il en est ainsi de tous les ivrognes délirants sans exception serait se mettre en contradiction avec l'expérience de tous les jours. Cela reviendrait à soutenir que la prédisposition névropathique excuse tout, qu'il suffit d'être apte à délirer pour avoir le droit de céder impunément à toute sollicitation mauvaise; car je suppose que cette impuissance à passer devant un cabaret sans y entrer se retrouve la même dans tous les actes de la vie, puisqu'elle tiendrait à une absence de volition. Contre cette doctrine funeste, je n'invoquerai que la conduite exemplaire de ces sujets à l'asile, quand il est de leur intérêt de donner l'exemple de toutes les vertus, soit pour être maintenus jusqu'à la réalisation d'un certain pécule, soit pour être renvoyés, parce que ce pécule est réalisé. Le dégénéré impulsif est et reste tel dans toutes les circonstances ; s'il sait être vertueux à l'occasion, je suis

pleinement autorisé à en conclure que, quand il ne l'est pas, c'est par vice. Tel est précisément le cas pour les individus à séquestrations multipliées ; les vrais dégénérés nous les gardons, ils n'ont pas besoin de revenir.

Qu'invoquera-t-on alors en leur faveur ? L'égarement intellectuel qui accompagne la crise délirante ? Mais cet égarement se rencontre dans toutes les ivresses quelles qu'elles soient. La durée des troubles intellectuels ? Mais quand ces individus arrivent dans nos services, ils n'en présentent plus, pas même ce que dans le langage scientifique actuellement à la mode, on appelle idées confuses de persécution et idées latentes de grandeurs, expressions qui, pourtant, ne manquent pas d'une certaine élasticité ; beaucoup d'entre eux racontent que déjà avant de quitter le Dépôt, ils étaient revenus à eux et, un plus grand nombre encore, dès le lendemain de leur arrivée à Sainte-Anne. Leur faible résistance aux alcools ? Mais elle est si parfaitement connue d'eux, que telle est l'excuse qu'ils invoquent d'emblée à leur décharge ! pourquoi ont-ils bu dans ces conditions puisqu'aucune impulsion, ainsi que nous l'avons montré, ne les y obligeait ?

Donc, Messieurs, même en acceptant le principe de Lasègue, rien, absolument rien n'autorise à considérer ces vicieux à ivresse délirante comme des aliénés et à les envoyer quinze ou vingt fois dans nos services. Mais il y a plus, il y a que le principe de Lasègue, vrai toujours en lui-même, ne l'est plus dans la pratique ; car il suppose la pureté de l'alcool, et de nos jours le vin lui-même est un poison, susceptible d'engendrer le délire dans le cerveau le mieux pondéré. Est-il besoin d'être un prédisposé cérébral pour avoir des hallucinations terrifiantes et un délire furieux sous l'influence de la belladone ; des perversions sensorielles voluptueuses et un ravissement extatique avec le haschich ? Est-il besoin d'être un prédisposé médullaire pour avoir des convulsions si on prend de la strychnine, des paralysies si on prend du curare ? Non, n'est-ce pas ? Eh bien ! il en est exactement de même avec les alcools falsifiés vendus aujourd'hui. Il en résulte que le premier venu qui s'enivre avec eux est exposé à avoir l'ivresse délirante et que l'on n'est même plus autorisé de nos jours

à expliquer celle-ci par une prédisposition névropathique. Dans ces conditions, nos asiles se trouvent appelés à hospitaliser tous les ivrognes de la Seine, si on persiste dans les errements en vigueur.

Mais je vous entendez m'objecter : Pourquoi les gardez-vous dans votre service ? Ah ! Messieurs, qu'il y a loin de la coupe aux lèvres. Je ne les renvoie pas, malgré l'intégrité de leur état mental, dès l'arrivée, pour deux raisons, les mêmes sans doute qui décident l'Admission à nous les adresser, au lieu de provoquer leur sortie. La première, c'est qu'ils nous reviendraient par le convoi d'après, surtout s'ils ont intérêt pour le moment à être séquestrés. La seconde est la résistance que nous rencontrons de la part de l'autorité qui a ordonné le placement, quand nous précipitons la sortie. Alors elle nous écrit pour nous communiquer le procès-verbal des méfaits qui ont amené l'arrestation et nous demande de déclarer dans un nouveau certificat formel et explicite, tels sont les termes dont elle se sert, que le sujet n'expose plus la société à aucun danger. Dans ces conditions, on comprend que le service de l'Admission s'en tire en nous les envoyant et que nous nous trouvions condamnés à les garder un certain temps.

Quel remède conviendrait à cette lamentable situation ? Est-il possible de débarrasser nos asiles de ces vicieux à séquestrations multiples ? Je le crois ; mais, en attendant, je vous l'avouerai en toute franchise, je traite avec eux à l'amiable. Comme ils ne sont plus aliénés du tout, il est possible de s'entendre avec eux. Je mets en balance cinq éléments : le nombre de séquestrations antérieures, le laps de temps écoulé depuis la dernière sortie, les faits qui ont motivé l'arrestation, l'intérêt qu'a pu avoir le sujet à se faire séquestrer, le besoin que peut avoir de lui sa famille. Je discute contradictoirement avec eux ces cinq points, les circonstances atténuantes qu'ils sont à même d'invoquer et nous décidons d'un commun accord que la durée de l'isolement, tout bien pesé, doit être en bonne justice pour cette fois de tant de semaines ou de mois, durant lesquels le sujet s'engage à être, dans le service, tranquille et bon travailleur, et après lesquels je m'engage, moi, à demander la mise en liberté. En cas d'un manquement quelconque au contrat par indis-

pline, paresse, ou abus de boissons, il est entendu de part et d'autre que l'épreuve est à recommencer. Depuis que je procède ainsi, je vis en paix et en parfaite intelligence avec mes vicieux à séquestrations multiples, qui, gens de parole, se conforment strictement aux obligations du marché. Qu'on vienne donc m'affirmer maintenant que ces individus sont tous des dégénérés abouliques, incapables d'une vie réglée. Rien ne serait plus simple à mon avis que de rédiger, dans ces conditions, un petit code pénal de l'ivrognerie à l'usage des asiles de la Seine.

Mais si mon procédé, Messieurs, remédie à certains inconvénients inhérents à la présence de ces vicieux alcooliques, il ne remédie point à l'encombrement qu'ils occasionnent avec toutes les fâcheuses conséquences que je vous ai signalées, ni à la dépense excessive de leurs frais d'entretien qui grèvent le budget des aliénés. C'est un palliatif, non une cure radicale. Pour débarrasser nos asiles de ces parasites dangereux et perturbateurs, que la Seine veuille bien, pour une fois, imiter la province, au lieu de lui donner l'exemple. Je vous l'ai déjà dit, avant de venir ici, je n'avais point vu ces individus dans les sept asiles auxquels j'ai été attaché, et pourtant, Dijon, Toulouse et surtout Marseille sont de grands centres où la consommation des alcools ne chôme pas. Mon successeur à Saint-Pierre, le Dr Philippe Rey, vous disait au Congrès de 1889 que, dans son service d'hommes, les alcooliques étaient peu nombreux, la proportion en était au plus de 15 p. 100 ; oui, Messieurs, 15 p. 100, au grand maximum et cependant Marseille est un grand port qui compte avec sa population flottante plus de quatre cent mille habitants. Où vont donc ses buveurs délirants ? Au poste d'abord, cuver leur vin, et, après un jour ou deux, quand les troubles intellectuels alcooliques ont disparu, en police correctionnelle ou en cour d'assises, selon les délits ou les crimes commis. C'est pourquoi on ne les voit jamais à l'asile ; là ne viennent que ceux dont l'origine alcoolique des divagations n'a pu être suffisamment établie et qui bénéficient de ce doute, mais je vous prie de croire qu'à la seconde récidive il est rare qu'ils en réchappent. À l'asile de Toulouse il en était de même de mon temps, il y a douze ans. Dans tous les

établissements par lesquels j'ai passé, un malade, revenant dix et douze fois pour alcoolisme aigu guérissant avec l'ivresse, était complètement inconnu.

De tout ce que j'ai eu l'honneur de vous dire, il résulte que la vérité est là et non ici. Ce qu'il faudrait pour nous débarrasser des vicioux à séquestrations multiples, ce serait, conformément à la saine appréciation des choses, rayer l'ivresse délirante du cadre des maladies mentales et les ivrognes délirants du nombre des aliénés. Mais je prêche dans le désert : une telle proposition est à l'encontre des idées à la mode. Cette fin de siècle a, en effet, la philanthropie du vice ; ce sera, je crois, sa caractéristique dans l'histoire. Sa devise paraît être : laissez venir à moi les mauvais sujets. Si elle n'a pas encore osé ériger les sept péchés capitaux en autant d'entités morbides, comme l'a annoncé si spirituellement M. Charpentier, déjà elle ne cache pas sa vive sollicitude pour eux ; c'est ainsi que la criminalité la touche, que la prostitution l'intéresse, que l'ivrognerie l'émeut, et, en attendant d'ouvrir des hôpitaux pour assassins, voleurs et proxénètes, elle propose d'en ouvrir pour ivrognes et de consacrer plusieurs millions à leur aménager des habitations confortables, alors que des familles entières d'honnêtes gens, forces vives et utiles celles-là, sont contraintes par la faim de se réfugier tous ensemble dans la mort et privent ainsi la société de tout le profit qu'elle en aurait pu tirer si elle accordait seulement aux vertueux la dixième partie des sommes qu'elle prodigue aux vicioux. On demande des établissements spéciaux pour les ivrognes ? que ce soit alors, Messieurs, des geôles et non des hospices. Ainsi que l'a fort bien spécifié M. Legrain, dont l'unique tort à mon avis est de voir dans les buveurs plutôt des malades que des drôles, qu'ils y soient condamnés à une détention en rapport avec leur cas et au travail forcé, de telle sorte qu'ils payent non seulement leurs frais de séjour, mais encore amortissent le capital dépensé. Hélas ! je crains que même ce souhait ne soit aussi une chimère et pour sûr vous devez me comparer à ce poète rêveur qui suppliait le Seigneur de toujours laisser désormais la rose au rosier, quand vous m'entendez demander au maître éminent qui dirige l'Admission et au collègue distingué qui est à

la tête du Dépôt, nos dieux en la circonstance, de toujours laisser désormais l'ivrogne délivrant à Mazas !

M. PAUL GARNIER. — Je ne crois pas avoir jamais fait un seul certificat portant ivrognerie avec mention à séquestrer. M. Marandon de Montyel nomme ivresse délirante ce que nous appelons délire alcoolique, que Lasègue a rangé, avec raison suivant moi, parmi les formes de l'aliénation mentale. Où traiter ces malades ? Dans un poste de police ? On n'y saurait songer. Dans un service hospitalier ? Si on ne les y garde jamais, c'est qu'il est impossible de leur donner les soins nécessités par leur état, en dehors d'un service spécial. Placez-les, si vous voulez, dans un service temporaire, je ne demande pas mieux.

M. MARANDON DE MONTYEL. — A côté du délire alcoolique, j'admetts l'ivresse délirante, qui en diffère absolument. L'ivrogne délivrant n'est pas un aliéné.

M. PAUL GARNIER. — Je vous accorde que l'ivresse, même pathologique, ne soit pas encore le délire alcoolique, et ne suffise pas pour motiver l'envoi dans un asile. Mais lorsque le sujet présente des accès épileptiformes, il ne peut être traité avec fruit que dans un service spécial.

M. BRIAND. — Qu'entend M. Marandon de Montyel par ivresse délirante ?

M. MARANDON DE MONTYEL. — L'ivresse délirante est simplement caractérisée par la rapidité des symptômes et se dissipe avec les fumées de l'alcool.

M. SAURY. — Tout individu qui délire et présente des hallucinations est un aliéné ; on doit donc l'interner dans un asile.

M. BOUCHERAU. — L'ivresse actuelle ne saurait être comparée à celle que l'on observait, il y a trente ou quarante ans. L'ivrogne d'alors n'avait pas d'hallucinations, il finissait le plus souvent par une néphrite ou une hépatite. Aujourd'hui les mauvais alcools déterminent le délire, les hallucinations, les impulsions violentes. Les enfants d'alcooliques sont souvent des alcooliques eux-mêmes, et forment une partie de la population de nos asiles.

M. BALLET. — Il est difficile de déterminer la part de prédispositions nécessaire à la production des intoxications.

## 296 SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

cations. Avec une même dose toxique, avec une même qualité de substance, tout le monde ne délire pas de la même façon.

L'alcoolique délirant est-il un aliéné? En tout cas c'est un malade, et l'on n'a pas le droit de l'envoyer en prison. Quant au choix de l'établissement spécial, cela devient une question administrative.

M. CHARPENTIER. — Si l'on envoie cette catégorie de malades dans les asiles, la faute en est au bureau central d'admission, où l'on devrait les garder une quinzaine en observation. Si le bureau n'est pas suffisant, qu'on l'agrandisse.

M. AUG. VOISIN. — Lorsque j'étais élève à Bicêtre, les malades arrivaient directement de la Préfecture, sans passer par un bureau central. Beaucoup d'entre eux étaient guéris au bout de trois ou quatre jours; néanmoins leur état de violence pendant cette période rendait indispensable le traitement à l'asile.

La séance est levée à 6 heures.

RENÉ SEMELAIGNE.

---

# REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

---

## JOURNAUX FRANÇAIS

ANNÉE 1889.

### **Le Progrès médical.**

I. — *Une observation d'atrophie musculaire myélopathique à type scapulo-huméral*; par le Dr Rémond (de Metz), (n° 2). — *Observation* : Homme, quarante ans, antécédents héréditaires névropathiques. A deux ans, paralysie infantile générale qui se dissipia, sauf qu'elle persista à la jambe droite. Bonne santé générale. Quelques fourmillements dans les cuisses et dans les jambes. Atrophie musculaire des membres supérieurs et des épaules. Atrophie légère des muscles, des membres inférieurs. Les muscles sont agités de tremblement fibrillaire, réaction de dégénérescence fournie par un certain nombre de muscles.

L'affection est de nature myélopathique et non de nature myopathique. Les secousses fibrillaires dans les muscles atteints, la réaction de dégénérescence, la non-conservation des sus et sous-épineux, le démontrait suffisamment. La lésion primitive d'origine infantile des cornes antérieures a laissé une épine morbide dont l'activité s'est réveillée sous une influence accidentelle. (Une fracture de l'humérus.)

II. — *De la suspension dans le traitement de l'ataxie locomotrice progressive et de quelques autres maladies du système nerveux*. Résumé d'une leçon du Dr Charcot; par le Dr Gilles de la Tourette (n° 3). — L'idée première du traitement appartient au Dr Motchoukowsky, d'Odessa. Ce traitement consiste dans des séances de suspension d'une durée progressive de une demie à trois minutes de durée, quatre au maximum.

Sur dix-huit tabétiques traités par cette méthode, quatorze ont ressenti, à des degrés variables, une amélioration, qui, chez

huit, a été tout à fait remarquable. Il faut noter que les quatre autres ont renoncé au traitement après deux ou trois séances. C'est d'abord la station et la marche qui s'améliorent, puis les crises vésicales, puis les douleurs fulgurantes. Enfin, l'appétit vénérien reparaît. La suspension a aussi été essayée dans la sclérose en plaques, dans la maladie de Friedreich ; mais les observations sont encore trop peu nombreuses pour qu'on puisse en tirer des conclusions.

**III. — *Délire de persécution à deux; la femme et le mari; délire dissimulé;*** par le Dr Gabriel Gauthier, médecin de l'hôpital de Charolles (n° 7). — *Observation:* Un nommé A..., tue, un jour, à coups de revolver, un de ses voisins. La femme du meurtrier est depuis longtemps atteinte du délire de persécution : hallucinations diverses, surtout de l'ouïe, idée d'un sort qu'ils lui ont donné. *Ils*, elle ne les désigne pas autrement, lui font des misères de toutes sortes, etc... Cette malade finit par faire partager les idées délirantes par son mari qui se détermine à tuer un de ses voisins, l'auteur, selon lui, des souffrances endurées par sa femme.

Le meurtier dissimule de son mieux son délire et prétend n'avoir agi que dans le cas de légitime défense.

**IV. — *De la technique à suivre dans le traitement par la suspension de l'ataxie locomotrice progressive et de quelques autres maladies du système nerveux.*** (Clinique de M. le Dr Charcot); par le Dr Gilles de la Tourette, chef de clinique des maladies mentales (n° 8). — Description de l'appareil de suspension. Son mode d'application. L'auteur insiste sur cette recommandation de ne pas prolonger les séances de suspension au delà de trois minutes, trois minutes et demie, quatre minutes au maximum.

**V. — *Apoplexie progressive et hémorragie ventriculaire;*** par M. S. Puech, interne des hôpitaux de Montpellier (n° 17). — L'apoplexie progressive, signalée récemment par M. Broadbent, débute par une brusque douleur dans la tête, une défaillance, des vomissements, et continue par une cause qui augmente peu à peu ; elle est caractérisée par la conservation initiale de la connaissance, le développement graduel des symptômes, et une issue fatale rapide. La cause ne varie jamais, un épanchement sanguin considérable. Le territoire hémorragique est constamment situé sur le côté externe du noyau caudé, entre ce ganglion et la capsule interne.

Suivent plusieurs observations dues à M. Broadbent et à

l'auteur du Mémoire. Le sang envahit souvent le ventricule latéral et, s'il n'y a pas de contracture pendant la vie, c'est sans doute, comme l'a dit M. Cossy, parce que l'épanchement sanguin dans la cavité du ventricule se fait lentement et progressivement.

VI. — *Notes pour servir à l'étude de la paraplégie des membres pelviens, survenant à titre de manifestation rare dans le cours de la petite chorée ou maladie de Sydenham; agitation maniaque avec tendances procursives;* par M. Souza-Leite, ancien interne des asiles de la Seine et E. Cherbuliez, externe des hôpitaux (n° 19). — Tood, et quelques autres médecins avant lui, ont signalé les paralysies venant compliquer la petite chorée : paralytic chorea ; en France : paralysies chez les choréiques. C'est la paraplégie qui est le plus rarement notée dans ces observations. L'hémiplégie et les monoplégies sont beaucoup plus fréquentes. C'est pourquoi les auteurs publient ces trois cas de paraplégie, qu'ils considèrent, à juste raison, comme étant très rares.

VII. — *Des associations morbides, en pathologie nerveuse, à propos d'un cas de rhumatisme chronique compliqué d'anesthésie hystérique;* par le Dr Raymond, professeur agrégé, médecin de Saint-Antoine (n° 20). — Les associations morbides, en pathologie nerveuse, ne sont pas absolument rares. On rencontre assez souvent des syphilitiques avec des symptômes hystériques (qui peuvent même en imposer pour de la syphilis cérébrale), des choréiques avec de l'anesthésie hystérique. M. Raymond donne une observation de troubles trophiques de la main droite, sous la dépendance du rhumatisme chronique, avec une anesthésie hystérique limitée à cette main. Les problèmes cliniques de cette sorte sont souvent très difficiles à résoudre.

VIII. — *Leçons cliniques sur le délire chronique à évolution systématique;* Leçons de M. Magnan, recueillies par MM. les Drs Journiac et Sérieux, médecins adjoints des asiles d'aliénés (n°s 22, 36, 37, 49, 50). — Les opinions de M. Magnan sur le délire chronique sont bien connus de tous les auteurs des *Annales médico-psychologiques*. Elles ont été exposées à plusieurs reprises, et dans les séances de la Société médico-psychologique, et dans de nombreux mémoires publiés dans le journal par les élèves du médecin de Sainte-Anne. Je crois donc inutile d'analyser le travail de MM. Journiac et Sérieux, au fur et à mesure qu'il paraît dans le *Progrès médical*, j'en donnerai un

aperçu général quand il aura été complètement publié, c'est-à-dire dans le courant de l'année 1890.

IX. — *Note statistique sur le rôle de la consanguinité dans l'étiologie de l'épilepsie, de l'hystérie, de l'idiotie et de l'imbécillité*; par MM. Bourneville et Courbarien (n° 23). — Voici les données fournies par cette statistique : Il n'est pas besoin de faire appel à la consanguinité pour expliquer l'épilepsie, l'hystérie, etc., des descendants. Tous les sujets atteints ont des névropathes parmi leurs ascendants. Ils sont tarés au point de vue nerveux. Des parents sains ne peuvent procréer que des enfants sains, ou du moins, d'une manière générale, car l'hérédité ne saurait s'appliquer à tous les cas. Il n'est donc pas juste de prescrire et de condamner en bloc tous les mariages entre parents, mais il faut s'opposer de toutes ses forces à des alliances consanguines entre parents défectueux.

X. — *Épilepsie idiopathique. Bromure de Nickel*; par M. le Dr Bourneville (n°s 24 et 26). — M. Bourneville a essayé un médicament nouveau contre l'épilepsie, le bromure de nickel. De 18 observations concernant sept malades atteints d'épilepsie idiopathique et 11 atteints d'épilepsie symptomatique, il résulte que, chez un seul, il y a eu diminution progressive des accès jusqu'à disparition complète (laquelle s'est maintenue depuis trois ans); que, dans un cas, il y a eu amélioration qui s'est encore accentuée sous l'influence des douches; que, dans un cas, le nombre des accès est resté le même, et que, dans tous les autres cas, il y a eu aggravation.

XI. — *Traitemennt de l'ataxie locomotrice et de quelques autres maladies du système nerveux par la suspension*; par M. Raoult, interne des hôpitaux (n° 25). — Ce travail a trait surtout aux accidents qui peuvent résulter du traitement par la suspension. D'où la nécessité d'être prudent dans l'emploi de cette méthode, qui ne devrait être employée que par un médecin ou par un aide expérimenté. Il y a des contre-indications au traitement par la suspension : 1<sup>o</sup> la débilité organique, l'anémie, l'œdème, l'obésité; 2<sup>o</sup> l'emphysème, la phtisie pulmonaire, les lésions valvulaires du cœur; 3<sup>o</sup> la tendance marquée aux fractures spontanées.

XII. — *Sur un cas d'hypermnésie avec accroissement pathologique de la faculté de représentation mentale*; par M. G. Ballet, professeur agrégé à la Faculté (n°s 28 et 29). — Observation très intéressante. Le sujet, quand il lisait une phrase, ou qu'il en rappelait une à sa mémoire, entendait très distinc-

tément la phrase prononcée à son oreille par sa propre voix. Il pouvait aussi se faire des représentations visuelles très intenses, de même des représentations du goût, mais il ne réussissait pas pour l'odorat. La mémoire, en général, était aussi excessivement développée depuis un certain temps. Ce sujet était donc dans un état de surexcitabilité, quant aux différentes mémoires, semblable à celui des hypnotisés suggestionnés.

Il y a quelques années, cet homme avait eu de véritables hallucinations de l'ouïe. Ce n'était plus sa voix, mais bien une voix étrangère qu'il entendait. En outre, les phrases n'étaient pas pensées au préalable par lui, il entendait des choses étranges et auxquelles il n'était pas préparé.

M. Ballet considère le sujet comme en danger de devenir aliéné.

XIII. — *Des tremblements hystériques.* Leçons de M. Pitres, professeur à la Faculté de Bordeaux, recueillies par M. E. Bitot, interne des hôpitaux (n°s 37 et 38). — Les tremblements d'origine hystérique sont très variables, on peut les classer ainsi : 1<sup>o</sup> Tremblement à forme trépidatoire. Secousses alternatives et régulièrement rythmées d'extension du pied sur la jambe, de la jambe sur la cuisse, etc. On l'observe après des excès alcooliques, à la suite d'une émotion violente. Il peut persister un temps indéfini et guérir brusquement. 2<sup>o</sup> Tremblement à forme vibratoire : Petites secousses brèves et uniformes imprimant au membre des mouvements d'oscillation vibratoires rapides. Peu uniforme dans son apparence clinique. Il est impossible d'en faire une description typique. Ces tremblements peuvent guérir brusquement ou après l'emploi de moyens thérapeutiques les plus simples. 3<sup>o</sup> Tremblement intentionnel : Il se produit seulement à l'occasion des mouvements volontaires. Ils ressemblent donc aux mouvements de la sclérose en plaques, mais ne dépendent absolument que de l'hystérie.

XIV. — *De la suspension dans le traitement des maladies du système nerveux;* par MM. Hausbalter, chef de clinique à la Faculté de Nancy et Adam, interne des hôpitaux (n°s 44, 47 et 48). — Le travail porte sur vingt-neuf malades. Tout d'abord il y a une amélioration dans vingt cas et le traitement n'a pas semblé rendre plus de services dans le tabes que dans d'autres maladies nerveuses. L'amélioration a porté sur des symptômes divers : douleurs (dans le tabes, dans les névroses traumatiques, dans des myélites diffuses, etc.), anesthésie, symptômes moteurs, vésicaux, génitaux, cérébraux et psychiques (émotivité, peur de la foule).

La plupart des hypothèses imaginées pour expliquer le mode d'action de la suspension sont fondées sur l'allongement de la moelle d'une part, l'élongation des nerfs d'autre part. M. Hausbalter refuse toute influence à ces conditions; y a-t-il même réellement allongement de la moelle et élongation des nerfs pendant la suspension? Il lui semble que plusieurs des effets bienfaisants obtenus par la suspension doivent être attribués, en grande partie du moins, à toute autre cause qu'à des modifications dynamiques, anatomiques ou circulatoires du système nerveux rachidien. Pour lui, l'appareil à suspension est un instrument éminemment suggestif, et c'est en partie à l'auto-suggestion que sont dus les résultats favorables incontestables qu'on observe le plus souvent à la suite de son emploi.

### Archives de neurologie.

I. — *Quelques faits médico-légaux*; par le Dr Mabille, directeur-médecin en chef de l'asile de Lafond (numéro de janvier). — Quatre observations médico-légales dont l'une a été publiée par l'auteur, dans les *Annales d'hygiène et de médecine légale*, 1888. (Voir le compte rendu de cette publication.) Des trois autres, l'une a trait à une tentative de meurtre, simulée, dit l'inculpé, par un individu non aliéné, mais ivrogne et très sur-excité par des injustices vraies ou imaginaires dont il aurait été victime. Minimum de la peine. L'autre, analogue à la précédente. Tentative de meurtre, simulée, d'après l'inculpé, par un sujet qui ressemble fort à un persécuté sans hallucination. Cependant M. Mabille le juge non aliéné, mais limité dans sa responsabilité. Minimum de la peine. — La troisième est l'histoire d'une femme hémiplégique à droite et aphasiq, ayant de la cécité verbale, de l'agraphie, que sa famille veut faire tester. Le notaire s'y refuse. M. Mabille approuve la conduite du notaire.

II. — *Un cas d'idiotie avec cachexie pachydermique*; par le Dr Camuset, médecin-directeur de l'asile de Bonneval (numéro de janvier). — Observation d'une idiote présentant tous les signes, toutes les particularités de la cachexie pachydermique. C'est un nouveau cas à ajouter à la liste de ceux qui ont déjà été publiés et dont le nombre s'accroît tous les jours.

III. — *Grand et petit hypnotisme*. Revue critique par M. Babinski, ancien chef de clinique de la Salpêtrière (numéros de janvier et de mars). — Les grandes formes d'hypnotisme sont

sous la dépendance de l'hystérie. Quant aux formes frustes de l'hypnose, il semble souvent qu'il n'en soit pas de même. Les sujets qu'on observe peuvent être, en apparence au moins, indemnes de toute tare hystérique. Il ne peut y avoir difficulté à admettre que l'hypnotisme puisse exister en germe chez tous les individus. Les phénomènes pathologiques ne sont, en somme, qu'une modification des phénomènes physiologiques. Mais, pour se réaliser, cette tendance en quelque sorte normale à l'hypnotisme doit être doublée d'une modification particulière de l'organisme, d'une prédisposition d'une imminence morbide, dont le fait d'être hypnotisable sera peut-être la première modification. En d'autres termes, tout sujet qui se montre sensible à l'hypnose appartient de fait à la grande famille névropathique.

IV. — *Recherches sur la structure des cordons postérieurs de la moelle épinière de l'homme*; par le professeur V. Popoff, de Varsovie (numéro de mars). — Les faisceaux de Goll ne reçoivent pas simultanément leur enveloppe à myéline. Sur des coupes de la moelle d'un embryon au neuvième mois, les fibres des parties internes des cordons de Goll ont déjà une couche de myéline complètement formée, et celles de la partie externe qui limitent les cordons de Burdach en sont dépourvues. Le motif de ce fait se trouve probablement dans la dualité d'origine des fibres du cordon de Goll. On sait qu'une partie part des cordons de Clark, se dirige d'avant en arrière et atteint la région des cordons de Goll. L'autre partie forme, avant sa jonction à la substance blanche, la partie intégrante de la commissure postérieure.

V. — *Contribution à l'étude de l'étiologie du tabes*; par le Dr L. Minor, privat-docent à l'université de Moscou (numéros de mars et de mai). — Huit observations de tabes chez des femmes syphilitiques. Discussion de ces observations, considérations sur les antécédents de famille des malades, emprunts à des statistiques plus importantes faits à différents auteurs, recherches analogues faites pour la paralysie générale. Conclusions : le tabes et la paralysie générale se rencontrent à peu de chose près avec une fréquence égale chez les malades atteints d'affections nerveuses. La syphilis se rencontre dans une proportion égale dans l'anamnèse du tabes et de la paralysie générale. Le tabes et la paralysie générale sont rares chez les Juifs. Donc : si le développement du tabes et de la paralysie générale étaient soumis aux mêmes lois que celui de l'hystérie et de quelques psychoses, c'est précisément chez les Juifs qu'on trou-

verait le maximum des cas de ces deux affections et cependant les faits prouvent le contraire.

C'est pourquoi nous devons croire que la condition fondamentale pour le développement du tabes et de la paralysie générale n'est pas une tendance innée aux affections nerveuses et mentales, mais la syphilis.

L'auteur étudie une ataxie locomotrice chez un ouvrier atteint de saturnisme chronique et, de cette étude et de celle sur l'élément étiologique syphilis analysé plus haut, il déduit cette conclusion générale : « Les fibres des cordons postérieurs de la moelle épinière semblent être une place du système nerveux central tout particulièrement prédisposée à subir l'influence des affections toxiques et épuisantes de l'organisme et, par cela même, elles ont une grande analogie, en ce qui concerne cette réaction, avec les nerfs périphériques. »

**VII.** — *La surdité et la cécité verbales*; par le Dr Frédéric Bateman, médecin de l'hôpital de Norwich (Angleterre), membre correspondant étranger de l'Académie de médecine (numéro de mars). — Je ne trouve rien d'inédit dans cet article. Il y a cependant, à la fin, la relation de tentatives de vivisection sur des singes dans le but de détruire les centres corticaux de la vision, mais les résultats sont contradictoires et M. Bateman avoue que les expériences sur les animaux sont presque entièrement inutiles pour élucider la théorie de la cécité verbale.

**VIII.** — *Compte rendu du service ophthalmologique de M. le Dr Parinaud, de la clinique des maladies du système nerveux de M. le Dr Charcot*; par M. Morax, externe du service (numéro de mai). — 1<sup>o</sup> *Hystérie*. — On a constaté des troubles oculaires chez 79 hystériques (49 femmes et 30 hommes). Dans 8 cas, l'*amblyopie* ou l'*amaurose* étaient limitées à un seul œil. Il y eut : 1 cas de *paralysie de la divergence*; 1 cas de *paralysie associée des deux sixièmes paires*; 2 cas d'*ophtalmoplégie*, (les mouvements volontaires sont principalement intéressés; le malade ne peut diriger son regard sur un point donné, tandis que les mouvements réflexes ou inconscients s'exécutent facilement). Dans plusieurs cas intéressants, un symptôme oculaire hystérique se trouve associé à un autre symptôme oculaire dépendant d'une autre affection générale.

2<sup>o</sup> *Tabes*. — Rien de notable, ou du moins les symptômes oculaires connus.

3<sup>o</sup> *Sclérose en plaques*. — *Nystagmus. Cécité complète ou incomplète, transitoire. Amblyopie*.

*4<sup>e</sup> Observations diverses.* — 1 cas dans l'*acromégalie*; 1 cas d'hémiopie avec cécité verbale.

Je n'ai signalé que les cas les plus importants et les plus rares, mais ce compte rendu des lésions oculaires d'une clinique de maladies nerveuses est très intéressant.

**VIII.** — *Des traumatismes du crâne dans leur rapports avec l'aliénation mentale;* par le Dr Christian, médecin de la Maison nationale de Charenton (numéros de juillet et septembre). — Très intéressant travail, beaucoup d'érudition, beaucoup d'aperçus personnels. Je résume les conclusions :

Beaucoup d'auteurs ont admis une *folie traumatique*. En principe, il n'existe pas de folie traumatique. Rien n'est variable, en effet, comme l'action du choc traumatique et ses conséquences. Il n'y a pas de spécificité. La vérité est que le traumatisme intervient, tantôt comme cause déterminante, tantôt comme cause prédisposante.

Le traumatisme n'implique à la folie aucun caractère spécial. On peut, à sa suite, voir survenir toutes les espèces de maladies mentales. M. Christian admet cependant une exception à cette loi. Il survient, parfois, à la suite d'un traumatisme du crâne, une démence qui n'est pas de la démence paralytique, mais qui s'en rapproche un peu, par ses symptômes au moins; il la désignerait volontiers sous le nom d'*encéphalite chronique de cause traumatique*.

Enfin, l'auteur étudie le point médico-légal de la question. « Quelle que soit l'apparente insignifiance, dit-il, des accidents de début, l'expert devra toujours montrer la plus grande réserve pour l'avenir. » L'expert sera le plus souvent consulté pour la question de responsabilité civile; mais il pourra aussi avoir à se prononcer sur les actes délictueux ou criminels commis par le blessé dans la période somnambulique qui succède parfois au choc, période analogue au somnambulisme hypnotique ou épileptique, et pendant laquelle le sujet est absolument inconscient.

**IX.** — *Imbécillité légère. Instabilité mentale avec perversion des instincts et impulsions génitales;* par MM. Bournéville et Raoult (numéro de juillet). — *Observation:* Hérédité bilatérale très chargée. — Parole et marche vers dix-huit mois. — Incontinence d'urine jusqu'à quatre ans. — Défécation involontaire jusqu'à douze ans. — Arrêt de développement intellectuel. — Instabilité mentale. — Salacité. — Violences. — Mise en maison de correction. — Crises épileptoïdes. — Impulsions

génitales. — A l'âge de quatorze ans : nystagmus, hypospadias. — Sodomie. — Syphilis. — Caractère violent, grossier. — Onanisme. — Pédérastie. — Kleptomanie. — Impulsions génitales.

X. — *Diminution et cessation de l'usage habituel de la morphine chez deux tabétiques traités par la suspension* (Service de M. le Dr Charcot). Observations de MM. Gilles de la Tourette, chef de clinique, et Lagoudakis, externe des hôpitaux (numéro de juillet). — Le premier malade se faisait tous les jours une piqûre de 1 centigramme 1/2 de morphine depuis deux ans. Le second s'injectait, depuis des années, jusqu'à 60 et 70 centigrammes de morphine par jour.

XI. — *Contribution à l'étude des lésions histologiques de la substance grise des encéphalites chroniques de l'enfance*; par M. A. Pillet, interne des hôpitaux, aide-préparateur d'histologie à la Faculté de médecine (numéros de septembre et de novembre). — Les lésions portent sur les vaisseaux qui sont dilatés, multipliés avec gaines épaissies ou infiltrées de leucocytes et de granulations. Elles partent de la névrogie qui est épaissie, à noyaux multipliés, opacifiée, puis fibrillaire, puis enfin vacuolée. Les cellules pyramidales présentent tous les degrés d'atrophie. La substance blanche s'atrophie, abondance des corps granuleux, prolifération nucléolaire.

XII. — *Epilepsie somnambulique avec accidents cataleptiformes*; par le Dr A. Paris, médecin-adjoint de l'asile de Châlons-sur-Marne (numéro de septembre). — C'est l'histoire d'un épileptique qui, à la suite d'attaques convulsives, tombait dans un sommeil absolument semblable au sommeil normal, mais dont il était impossible de le tirer. Un seul moyen, quand on songea à l'employer, amenait immédiatement le réveil, c'était la compression d'un testicule.

XIII. — *Migraine ophtalmique et paralysie générale*; par le Dr Paul Blocq, chef des travaux anatomo-pathologique de la clinique des maladies nerveuses (numéro de novembre). — D'assez nombreuses observations démontrent que la migraine ophtalmique apparaît, parfois, soit au début, soit au cours de la paralysie générale. Il y a là plus qu'une coïncidence. Au point de vue clinique, les connexions qui existent entre les phénomènes congestifs sensitifs et le mode d'apparition et de succession des accidents de la migraine et de la paralysie générale, comme au point de vue anatomique, la pathogénie elle-même attribuée à la migraine, représentent autant d'arguments

qui rendent vraisemblable cette hypothèse, à savoir que l'apparition de la migraine ophtalmique comme syndrome, soit au début, soit dans le cours de la paralysie générale, tient à la localisation spéciale qu'affectent alors les lésions ordinairement diffuses de la paralysie générale.

### Archives générales de médecine.

I. — *Aphasie et folie. Coexistence d'une psychose systématisée avec la cécité et la surdité verbales*; par le Dr Paul Garnier, médecin en chef de l'infirmerie spéciale du Dépôt de la Préfecture de police (numéros de février et de mars). — On a étudié l'état mental des aphasiques, c'est-à-dire les modifications produites dans l'intelligence par les lésions cérébrales dont l'aphasie est une expression. On ne s'est guère préoccupé de l'action de l'aphasie sur une psychose préexistante. M. Garnier donne une intéressante observation qui remplit en partie cette lacune.

Il s'agit d'un homme atteint de délire chronique, psychose systématique progressive de M. Garnier. Cet aliéné devient brusquement aphasique, mais aphasique complexe. Il y a à la fois, chez lui, aphasie de transmission et aphasie de réception. Le malade ne peut pas même lire son nom, il a une amnésie complète des mots (cécité et surdité verbales), enfin il ne peut manifester ses idées par l'écriture et il ne les manifeste que d'une façon incomplète par la parole. Le langage mimique seul reste intact.

Or, ses idées délirantes, idées de persécution, persistent chez lui, sans aucune modification. Il est persuadé que les troubles nouveaux qu'il éprouve résultent des manœuvres des hommes de science acharnés à le tourmenter.

II. — *Fracture de la colonne. Paraplégie et hallucinations du sens musculaire dans le membre privé de sensibilité*; par M. Bouchaud, médecin en chef de Lommelet (Lille), (numéro de février). — *Observation* : Homme, trente-six ans, héréditaire atteint de mélancolie avec crises nocturnes de surexcitation et impulsions irrésistibles parfois dangereuses. Fracture du rachis au niveau de la région dorsale moyenne par suite de chute. Paraplégie complète, sensibilité abolie, et cependant le malade sent ses jambes se déplacer malgré lui et se porter l'une vers l'autre, la sensation est des plus pénibles.

De cette observation et de deux autres analogues prises dans les auteurs anglais, M. Bouchaud conclut que l'irritation du bout central de la moelle est susceptible de déterminer les mêmes phénomènes que l'irritation des nerfs du moignon, chez les amputés, laquelle fait naître des sensations imaginaires dans le membre qui n'existe plus.

**III.** — *Notes sur un cas de lésions traumatiques de la moelle épinière*; par MM. Gombault, médecin des hôpitaux, et Wallich, interne des hôpitaux (numéros d'avril et de mai). — Observation très détaillée avec la relation de l'autopsie macroscopique et microscopique.

**Conclusion :** Après la disparition des accidents graves du début, on voit survenir, dans la suite, d'autres accidents à évolution lente et progressive. Il faut donc, dans les cas de ce genre, être réservé sur le pronostic. Il y eut, en effet, une sclérose médullaire consécutive systématisée des cordons postérieurs. Il est certain que les lésions diverses produites, au moment de la chute, sur ces racines postérieures ont eu une influence notable sur le développement de la myélite, par le mécanisme de l'élongation. Les symptômes ont rappelé, mais de loin, ceux du tabes. Enfin, les nerfs périphériques ont été trouvés à l'état de régénération et cependant les troubles trophiques ont été progressifs. Aussi l'état de régénération est parfois, et c'est le cas ici, d'ordre pathologique. Il représente une des phases de la névrite.

**IV.** — *Des altérations des nerfs périphériques dans les œdèmes chroniques, la phlegmatia alba dolens et l'œdème expérimental*; par le Dr Klippel, ancien interne des hôpitaux (numéros de juillet et d'août). — 1<sup>o</sup> Les nerfs et ramifications nerveuses baignant dans la sérosité des œdèmes et de la phlegmatia alba dolens présentent des altérations (depuis le simple festonnement de la myéline, sa fragmentation, jusqu'à la destruction du cylindre axe, il ne reste plus alors que des gaines vides).

2<sup>o</sup> Le seul fait de l'infiltration des nerfs peut y causer des altérations, comme cela résulte de l'œdème expérimental.

3<sup>o</sup> Mais des altérations primitives des nerfs dans les maladies générales précèdent quelquefois et favorisent la production d'œdème dans les régions où ils existent.

**V.** — *De la syphilis médullaire précoce*; par MM. A. Gilbert et G. Lion (numéros d'octobre, de novembre et de décembre). — La syphilis médullaire précoce se déclare à partir du

troisième mois qui suit l'accident primitif jusqu'à la fin de la seconde année. Il y a presque toujours paraplégie qui s'établit progressivement. Exceptionnellement il y a du tremblement, de la trépidation. La paralysie s'étend parfois aux membres supérieurs. L'atrophie musculaire se développe en même temps que la paraplégie. Dans la presque totalité des cas, douleurs vives, continues ou discontinues, au niveau des parties malades. Dans les deux tiers des cas, le traitement enrôle la maladie, mais il y a souvent tendance à la chronicité. La syphilis médullaire précoce ne présente rien qui la distingue des autres myélites diffuses aiguës ou subaiguës.

La syphilis médullaire précoce frappe à peu près exclusivement les hommes. La diversité des lésions trouvées aux autopsies conduit à distinguer quatre types anatomo-pathologiques : 1<sup>o</sup> méningo-myélite hyperhémique ; 2<sup>o</sup> diffuse embryonnaire ; 3<sup>o</sup> diffuse scléreuse ; 4<sup>o</sup> et enfin gommeuse.

### **Annales d'hygiène publique et de médecine légale.**

I. — *Les accidents de chemin de fer*; par M. le Dr Charcot. Leçon recueillie par le Dr Berbez, chef de clinique (numéro de février). — *Observation* : Homme robuste, cinquante-six ans, qui, dans un accident de chemin de fer (rencontre de deux trains), est projeté au milieu des débris d'un fourgon. Contusions légères, mais perte de connaissance. Puis amnésie rétroactive. Enfin guérison, seulement l'état mental reste déficteux : il a perdu la mémoire, il oublie les ordres qu'on lui donne. Il devient sombre, morose, inquiet. Insomnie ou sommeil agité. Vertiges. Point douloureux sous le mamelon droit et sensation de pression derrière la tête. Objectivement, asthénie musculaire prononcée ; le dynamomètre donne 18 à gauche et 38 à droite. Digestions difficiles et affaiblissement considérable au point de vue sexuel.

Ce malade est, en réalité, atteint de neurasthénie traumatique. Mais il n'y a qu'une seule neurasthénie, et il est impossible de distinguer une neurasthénie traumatique d'une neurasthénie non traumatique. Du reste, l'intensité du trauma, du choc, n'a pas d'importance étiologique. Grâce à l'émotion, le cerveau des traumatisés neurasthéniques est placé dans les mêmes conditions que le cerveau des hypnotiques. Dans cet état, toutes les

suggestions, celles qui viennent d'autrui et les auto-suggestions, sont possibles. On observe l'hypocondrie. On comprend l'importance de ces données en médecine légale.

II. — *Dangers de l'hypnotisme et interdiction de représentations théâtrales.* — Communication faite par M. Gilles de la Tourette à la Société de médecine légale de France (numéro de février). — Les gouvernements étrangers ayant proscrit les représentations d'hypnotisme comme attentatoires à la santé et à la morale publiques, notre pays est devenu le refuge de tous les magnétiseurs de tréteaux. Le danger existe pour les personnes qui se prêtent à des hypnotisations intempestives et aussi pour les spectateurs. Enumération des mémoires relatant les accidents de ce genre; hystérie convulsive principalement. L'auteur propose à la Société d'émettre le vœu que les séances d'hypnotisme soient interdites, en raison des nombreux accidents qu'elles provoquent. Cette proposition est adoptée à l'unanimité.

III. — *Les irresponsables devant la justice, à propos du livre de M. le Dr Riant. Rapport de M. Christian* (Société de médecine légale de France, séance du 14 janvier 1889) (numéro de mars). — M. Christian, chargé par la Société de médecine légale, de faire un rapport sur le livre de M. Riant : *Les irresponsables devant la justice*, donne, en quelques mots, son appréciation sur l'œuvre du médecin licencié en droit. Il est difficile d'être à la fois plus impartial, plus équitable, disons même, plus intelligent, que l'a été M. Christian dans cette circonstance délicate.

Pour M. Riant, « la justice humaine doit être calquée sur la justice divine d'où elle dérive; notion du devoir inscrite dans la conscience, droit de punir fondé sur l'idée supérieure de justice ».

Ces idées surannées, malsaines, qui font horreur à tout individu ayant quelques notions élémentaires des sciences biologiques, M. Christian les combat avec la plus extrême courtoisie, et en quelques phrases, phrases ironiques à la vérité; puis il conclut, ne voulant retenir du livre de M. Riant que ce qui a rapport aux théories plus que discutables de M. Lombroso : « Le danger n'est pas si grand que le craint M. Riant. Les théories nouvelles l'ont froissé dans ses convictions les plus chères, dans ses croyances les plus profondes. Je voudrais qu'il se résume. Ou les doctrines nouvelles sont fausses, et elles passeront, ou elles sont vraies et elles s'imposeront, quoi qu'en leur

oppose. Mais, dût-il, dans la lutte, ne subsister d'elles qu'une parcelle de vérité, cette parcelle réalisera un progrès, et une fois encore la science aura fait sentir sa bienfaisante influence. »

IV. — *Note pour servir à l'histoire des amnésies toxiques produites par l'oxyde de carbone* (Société de médecine légale de France, séance du 11 février 1889); par le D<sup>r</sup> Briand (numéro d'avril). — Relation de plusieurs observations d'amnésie dans l'empoisonnement par l'oxyde de carbone. Dans un cas, il y a une période d'amnésie de quatre jours, à partir du moment où l'oxyde de carbone a été absorbé. Un second cas présente avec le premier la plus grande analogie. A l'occasion de ces deux malades, M. Briand établit une certaine conformité d'action entre l'empoisonnement par l'oxyde de carbone et celui par l'alcool. Enfin, de l'histoire d'un troisième malade amnésique du fait de l'absorption de l'oxyde de carbone, l'auteur conclut que, dans certains cas, le premier symptôme de l'intoxication oxycarbonée est l'amnésie, mais que, dans d'autres, le poison agit d'abord sur la moelle épinière. Nouvelle analogie avec ce qu'on observe dans l'alcoolisme.

V. — *Cas extraordinaire de suicide à coups de couteau commis par un aliéné*; par le D<sup>r</sup> Maurice Laugier, médecin en chef de la maison départementale de Nanterre (numéro de mai). — La femme qui fait le sujet de cette observation était âgée de soixante-trois ans, elle était connue pour ses bizarries de caractère et pour ses idées de suicide, dans son entourage. On ne donne pas d'autres renseignements sur son état psychique.

Cette malade s'est suicidée en se faisant cent quarante-cinq blessures au moyen d'un grand couteau de cuisine de 26 centimètres de lame. Il y avait 24 plaies dans la région temporale droite, 8 dans la région sous-hyoïdienne, 2 au sein droit, 66 dans le ventre, 20 dans les régions crurales et 19 aux avant-bras. La plaie principale siégeait au cou, elle arrivait jusqu'à la colonne vertébrale.

VI. — *Paralysie générale et assassinat*; par le D<sup>r</sup> F. Villard (de Guéret), ancien interne des hôpitaux de Paris (numéro de mai). — Homme de quarante-cinq ans, congestif, d'un naturel violent, atteint de paralysie générale au début. Sans provocation, sans raison quelconque, le malade se jette brusquement, un jour, sur deux individus presque inconnus de lui, et les blesse très grièvement à coups de couteau. Pas d'alcoolisme, pas d'épilepsie. Les paralytiques généraux ne sont donc pas aussi inoffensifs qu'on le dit généralement. Dans le cas en

question, il y a eu assassinat ; mais dans combien d'autres cas les paralytiques, s'ils ne se tuent pas, font au moins autant de mal qu'ils peuvent aux personnes qui les entourent et qui les soignent.

VII. — *De la dissimulation en aliénation mentale, et de son importance médico-légale*; par le Dr Marandon de Montyel, médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine (numéros de juin et de décembre). — Long mémoire intéressant à lire, mais dans lequel il n'y a pas de données originales à relever. L'auteur insiste sur la difficulté de rendre évidente la dissimulation chez certains délirants chroniques.

VIII. — *Individu ayant tiré un coup de revolver sur un employé de l'ambassade d'Allemagne*; par le Dr Motet (Société de médecine légale de France, séance du 8 avril 1889), (numéro de juillet). — *Rapport médico-légal*. Le nommé X..., fils d'une mère alcoolisée, a été élevé avec une faiblesse extrême ; il fut, dès son enfance, bizarre et difficile. Il avait, et il a toujours eu, de lui-même l'opinion la plus haute. Vie accidentée. Accès véritable de dipsomanie en 1858. Idées insensées toujours frappées au coin de l'orgueil et de l'égoïsme. Enfin, perpétration de l'acte qu'on lui reproche. *Résumé* : X... est un aliéné dont la vie tout entière porte l'empreinte profonde de l'hérédité. La tentative d'assassinat qu'il a commise est un épilogue ; elle a été préparée par les troubles permanents de ses sentiments et de ses idées. Arrivés à cette période où les actes répondent à des concessions délirantes, ces aliénés héréditaires sont pour la société une cause permanente de danger. Elle ne peut leur demander compte de leurs actes, mais elle doit se défendre contre eux, avec d'autant plus de sévérité que, laissés libres, ils récidivent toujours. X... doit être placé et maintenu dans un asile d'aliénés.

IX. — *De la contagion du crime et de sa prophylaxie*; par le Dr Moreau (de Tours). (Société de médecine légale de France, 18 juin 1889), (numéro d'août). — Le crime épidémique, envisagé comme maladie pure et simple, a de nombreux antécédents, si l'on ne perd pas de vue que toutes les affections nerveuses sont liées les unes aux autres par une parenté plus ou moins étroite. L'existence d'épidémies d'hystérie, de chorée, etc., conduit nécessairement à admettre les épidémies analogues de crimes. Du reste, l'histoire est pleine d'épidémies de ce genre, et l'action contagioniste est évidente.

La presse est la cause la plus active des crimes et des sui-

cides dont on est témoin chaque jour. À notre époque, le crime a obtenu une publicité scandaleuse. Pour arrêter cet accroissement effroyable d'attentats contre les personnes, pour mettre un terme aux ravages de cette épidémie, le seul moyen utile est de faire le silence le plus complet autour de tous les crimes qui se commettent.

X. — *Suicide. Multiplicité des blessures. Insensibilité*; par le Dr Chevallier (de Segré). (Société de médecine légale de France, séance du 8 juillet 1889), (numéro de décembre). — B..., vieillard de soixante-sept ans. Démence sénile. Excitation maniaque. C'est pendant un accès d'excitation qu'il se suicida avec un mauvais couteau. La face et le crâne étaient hachés de coups. Mort après quelques heures par faiblesse, suite d'hémorragie.

Dr L. CAMUSSET.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

*Manicomio di S. Niccolo in Siena. — Resoconto statistico clinico dall' anno 1864 all' anno 1885* (Asile de Saint-Nicolas, à Sienne. — Compte rendu statistique et clinique pour la période 1864-1885) ; par le Dr Paul Funaioli, médecin en chef de l'établissement, chargé du cours de psychiatrie à l'Université royale de Sienne. — Un volume grand in-8°, enrichi de plans et cartes polychromes, de cinq hélio-gravures, deux lithographies et une gouache ; Sienne, 1886.

C'est à l'occasion du Congrès italien de médecine mentale tenu à Sienne en 1886, que M. Funaioli publia ce volumineux rapport, « modeste travail », dit-il, offert aux congressistes en souvenir de l'établissement et dédié non seulement à ses collègues, mais encore à tous les savants dévoués au progrès de la psychiatrie.

Outre l'introduction, l'ouvrage comprend quatre titres ou chapitres. Le premier consiste en vingt-cinq pages de détails historiques sur le manicomie. Fondée en 1775 par une société de pénitents, à l'effet de recueillir les aliénés de la ville, fermée par décret grand-ducal en 1788, rouverte en 1812, par suite du nombre toujours croissant des malades, auxquels ne suffisait plus l'asile Boniface, de Florence, l'institution n'acquit véritablement sa manière d'être et sa forme définitives qu'en 1818, lors de sa translation dans les bâtiments de l'ex-couvent Saint-Nicolas. Le total des fous hospitalisés se montait alors à trente-quatre : quinze hommes et dix-neuf femmes. En plus des locaux destinés au traitement des affections mentales, la maison contenait une gésine spéciale aux filles-mères et un refuge pour les enfants atteints de manifestations cutanées. Cet état de choses dura jusqu'en 1866, époque où la Maternité resta seule attachée au service ; ce n'est que bien longtemps après qu'elle en fut disjointe elle-même. A trois années de là (1869), l'asile Boniface, encombré de malades, notifiait aux trois provinces de Pise, Livourne et Arezzo, son intention de

ne plus accueillir leurs aliénés. Ceux-ci furent alors reçus à Saint-Nicolas, dont leur venue provoqua l'agrandissement. En attendant que fût bâti le nouvel asile, dont l'administration avait déjà sanctionné les plans, on adjoignit à l'ancien un autre couvent désaffecté qui le jouxtait. La première pierre des nouveaux bâtiments fut posée le 17 février 1870 ; ils ne devaient être terminés que bien plus tard, diverses circonstances ayant retardé la marche des travaux et des modifications nombreuses ayant dû être apportées au projet primitif, par suite des progrès de la science et de l'augmentation incessante de la population à traiter. Nous passerons rapidement sur des détails trop minutieux pour trouver place dans une brève analyse, et nous en viendrons tout de suite à l'examen du plan qui représente, dans son ensemble, la disposition finale du manicomie ; une section est encore à bâtir, les deux pensionnats restent à aménager (1886), mais ce sont là des vétilles, si l'on compare le massif exigu des vieux bâtiments à l'étendue des constructions qui sont venues, l'une après l'autre, se surajouter au noyau primitif ; ce qui reste à faire semble avoir bien peu d'importance à côté de ce qui a été fait. La chose est d'autant plus vraisemblable..., que, fondé par une association pieuse dont il est encore aujourd'hui la propriété, l'asile a bénéficié successivement de toutes les améliorations, de toutes les innovations que ses différents médecins ont cru devoir proposer pour le bien des malades ou l'avancement des études psychiatriques. C'est ainsi que, à part l'achat ou l'élevation fréquemment renouvelés de quartiers nouveaux, Saint-Nicolas fut doté d'une salle de spectacle, d'une école pour les idiots, d'un gymnase, d'une bibliothèque, d'appareils nombreux destinés aux recherches scientifiques, d'une pharmacie, vraiment luxueuse si l'on en juge par la planche qui la représente, d'une salle d'autopsie avec tous ses accessoires, etc. L'enseignement clinique des maladies mentales est officiellement établi dans ses murs, depuis l'année 1884, et l'administration s'est fait un point d'honneur, non seulement de subvenir à toutes les dépenses premières de cette innovation, mais encore de fournir le cours des instruments indispensables : microtomes, microscopes, appareils électriques, dynamomètres, goniomètres, etc.

Le plan que nous avons sous les yeux donne au manicomie de Sienne la forme d'un triangle scalène curviligne. Les deux grands côtés sont semi-concentriques et à convexité supérieure ; le sommet du triangle atteint, par suite, le coin in-

férieur gauche du cadre qui le contient, et sa base court irrégulièrement le long du bord droit. L'aire de cette figure est coupée obliquement, de gauche à droite et de bas en haut, par une rue spacieuse qui la sépare en deux éléments secondaires : un petit triangle à gauche, un grand trapèze irrégulier à droite. Dans la première de ces subdivisions, abondamment pourvue d'ombrage et de verdure, s'élèvent le pensionnat de femmes, qui est neuf, et le quartier Chiarugi, ancien couvent annexé à l'asile en 1883, où résident quatre-vingts malades. Dans le trapèze, sont éparpillés, avec un désordre pittoresque, les locaux divers qui forment la partie principale de l'établissement ; le long de la rue, et dans une direction presque parallèle, se rencontrent en remontant : un bloc de maçonnerie qui embrasse tous les logements des fonctionnaires médicaux et administratifs ; la porte d'entrée qu'avoisine la pharmacie ; un vaste édifice qualifié de « central », la plus importante des nouvelles créations, celle destinée à jouer le rôle de ce qu'on appelle, dans nos asiles, le bâtiment d'administration. Elle comprend, outre les bureaux, des quartiers d'hommes, la dépense et la cuisine. Elle est constituée par un massif imposant, flanqué de deux ailes ; le tout précédé d'un terre-plein en hémicycle et d'une grille bordant la rue. Un souterrain plongeant sous celle-ci réunit « l'édifice central » au pensionnat des femmes. En retrait de cette première ligne de bâtisses, nous relevons, tout en bas, le pensionnat des hommes ; vers le haut et derrière la « construction centrale », la buanderie avec ses annexes habituelles. En troisième ligne, enfin, et toujours dans le même sens, l'amphithéâtre, la ferme, un village de travailleurs avec pavillons isolés par corps d'état, des sections d'idiots (*Ferrus*), de force pour les deux sexes (*Conolly*) et d'idiotes (à construire) complètent l'économie de l'asile Saint-Nicolas. Ce qui frappe surtout, quand on examine le plan dont nous venons de donner les grands divisions, c'est l'art avec lequel sont isolées, masquées, disséminées, les unités architecturales qui le composent. La moindre d'entre elles a son rideau d'arbres qui la sépare de ses voisines ; les pelouses, les jardins sont multipliés ; l'air et la lumière baignent largement chaque édifice, et il semble qu'au point de vue de l'hygiène un pareil état de choses ne laisse rien à désirer.

Le chapitre II du Rapport est consacré à la statistique.

Le nombre des aliénés présents à l'asile en janvier 1864 était de 187 ; au 31 décembre 1885, leur chiffre atteignait 1,008.

En dehors de l'augmentation brusque due à l'apport des trois provinces de Pise, Livourne et Arezzo (1869), M. Funaioli attribue cette élévation numérique, d'une part, aux progrès de la civilisation ; de l'autre, à l'aversion moins grande que manifestent pour sa séquestration les proches de l'insensé, depuis que la science et l'humanité ont, par leurs efforts réunis, su réhabiliter nos établissements dans l'esprit public. Des cinq provinces qui envoient leurs malades à Saint-Nicolas, c'est Sienne qui fournit le plus fort contingent absolu. Proportionnellement à la somme totale des habitants de chaque territoire, Livourne occupe la tête, Sienne vient en second lieu. Ces deux villes se placent dans le même ordre, quant aux décès : cela tient, croit l'auteur, à ce que les gens de port de mer font à terre plus d'excès que les autres, à raison des privations qu'ils supportent durant leurs longs voyages ; double cause d'une diminution dans leur résistance vitale.

Pour des raisons qu'il serait trop long d'exposer ici, M. Funaioli a partagé le laps de temps qu'il examine en deux périodes ; la première comprend douze années : de 1864 à 1875 ; la seconde est constituée par les dix ans qui restent (1876-85). Au cours de la première, la proportion annuelle des sortants a été de 15.3 p. 100, celle des guéris de 12.3 ; pendant la dernière, les chiffres tombent à 13.2 p. 100 dans le premier cas, à 9.5, dans le second. Quant aux décès, ils furent de 11.4 p. 100, au début et de 10.7, pour l'époque suivante. La moyenne annuelle des malades traités est montée à 577.3, en ce qui concerne la période initiale ; à 1166.5, pendant l'autre. Certaines communes fournissant, avec une population moindre, plus d'aliénés que leurs voisines, l'auteur s'est demandé s'il n'y aurait pas lieu, bien souvent, de prêter une attention plus grande qu'on ne le fait d'ordinaire, aux conditions climatologiques, atmosphériques, hydrologiques ou même géologiques dans lesquelles vivent les habitants d'un pays donné, et de rechercher quelle part peut incomber à ces conditions locales dans la production de la folie. Pour s'assurer du fait, tout au moins partiellement, il a joint à son rapport deux cartes en couleurs où sont étudiés, côte à côte, la disposition des terrains et le nombre de fous existant par 100,000 habitants, dans les provinces qui ont traité avec le manicomie Saint-Nicolas. L'expérience n'a pas donné tous les résultats qu'en espérait M. Funaioli ; en majorité, les admissions provenaient bien de contrées où dominent les terrains tertiaires

mais ces terrains composent les deux tiers, au moins, des régions tributaires de l'asile ; il est donc impossible de tirer de ce fait la moindre conclusion sérieuse.

Au point de vue de l'influence saisonnière, les constatations faites à Sienne démontrent une fois de plus, la grande fréquence des admissions durant les chaleurs de l'été ; comme aussi l'augmentation notable des cas de mort, coïncidant avec les plus rudes mois de l'hiver. Pour les sorties, leur mouvement maximum a lieu en automne. Les formes mentales le plus souvent représentées sont : parmi les entrants et les sortants, la manie et la lypémanie ; chez les décédés, la démence. Néanmoins, et quoique les types vésaniques l'emportent de beaucoup sur tous les autres, dans le chiffre des admissions, M. Funaioli ne peut s'empêcher de faire remarquer combien la paralysie générale gagne d'année en année, et combien, par suite, elle contribue, elle aussi, à rendre plus considérable la somme des séquestrations. C'est ainsi que pendant la première période, 92 paralytiques (86 H. + 6 F.) sont entrés à l'asile ; au cours de la seconde, qui comprend deux années de moins, leur nombre a plus que triplé : 288 (227 H. + 61 F.). Si l'on examine séparément les chiffres particuliers aux deux sexes, on voit que l'accroissement s'est surtout produit du côté des femmes ; la proportion initiale qui était de 6 femmes pour 36 hommes, soit  $\frac{1}{6}$  environ, devient en dernier lieu :  $\frac{61}{227}$  soit  $\frac{1}{4}$  ou peu s'en faut. Sur ces 380 paralytiques, 260 étaient mariés, 75 célibataires, 45 veufs.

Parmi les 5,464 sujets reçus dans l'établissement au cours des vingt-deux années étudiées, on a relevé 2,632 célibataires, 2,123 mariés, 706 veufs et 3 personnes sans état civil connu. Comme cela se rencontre à peu près dans tous les asiles, il semblerait donc, cette fois encore, démontré que le célibat prédispose tout particulièrement l'être humain à la folie. Au fond, il n'en est rien, dit l'auteur, et toutes les opérations qui ont donné des résultats semblables sont entachées d'erreur. La progression suivant laquelle on inscrit habituellement les trois états, doit, pour acquérir une valeur précise, être retournée de bout en bout ; et il le prouve, en ce qui regarde le manicomie de Sienne. Pour cela faire, il recherche combien, sur 100 habitants des cinq provinces, se trouvent d'individus appartenant à chacune des catégories visées. Le pourcentage obtenu est le suivant : célibataires, 57

p. 100 ; mariés, 36 p. 100 ; veufs, 7 p. 100. Comparant à ces résultats ceux donnés par les aliénés séquestrés durant la seconde période (C. 47 p. 100 ; M. 39 p. 100 ; V. 14 p. 100), il est facile de voir que, proportionnellement, les veufs sont supérieurs en nombre aux mariés, qui le sont eux-mêmes aux célibataires. Un calcul analogue prouve qu'il entre un peu plus de lettrés que d'ignorants, contrairement à ce que semble indiquer l'examen direct. Considérés sous le rapport de la religion, ces mêmes malades ne présentent qu'une particularité : Saint-Nicolas ne contenant guère que des catholiques ou des juifs, il y a lieu de noter que la folie épileptique n'a, pour ainsi dire, pas de représentants parmi ces derniers.

Les causes le plus fréquemment relevées sont les suivantes : Hérité de tout genre, y compris l'atavisme criminel, 25 p. 100 ; affections congénitales, somatiques ou psychiques, 17.5 p. 100 ; causes physiques en général, 42.3 p. 100 (parmi celles-ci la pellagre figure dans la proposition de 3.41 p. 100) ; causes morales, 30.08 p. 100, etc. ; comme il est naturel, plusieurs de ces facteurs étiologiques se rencontrent parfois chez le même aliéné. Nous n'insistons pas ; entrer dans plus de détails nous entraînerait trop loin.

C'est la même raison qui nous fait indiquer seulement au passage le chapitre III, consacré aux recherches anthropologiques et aux documents cliniques ; chapitre qui, malgré tout l'intérêt qu'il offre, ne saurait nous arrêter davantage, faute de place. Signalons, néanmoins, un fait à propos de la folie paralytique ; son contingent augmente avec une telle rapidité, depuis dix ans, « qu'il approche de celui que fournissent les formes élémentaires les plus communes : manie et lypémanie ». Les causes dont relèvent plus particulièrement l'affection consistent dans l'abus de la vie, les excès de fatigue cérébrale, les commotions psychiques violentes et prolongées ; ces dernières plus fréquentes chez la femme. « *Jamais la syphilis n'a pu être reconnue d'une façon certaine, comme cause de folie paralytique.* »

Le titre ou chapitre IV traite du fonctionnement de l'asile Saint-Nicolas et de sa vie intime. Ce n'est pas la moins intéressante partie du volume. Le personnel administratif se compose du directeur, de son secrétaire, de trois employés, du receveur, de l'économe et de son commis. Le personnel médical compte six médecins et un pharmacien ; « nombre bien faible assurément, si l'on considère que la moyenne journalière des fous en traitement s'élève à 1,000 individus ». Les deux mé-

decins-adjoints s'occupent en particulier des maladies incidentes ; l'assistant seconde les aides-médecins dans leurs services, les remplace au besoin, prend les observations et tient à jour tous les travaux nosographiques ; les deux aides-médecins ont chacun une section, où ils font uniquement de la phréno-pathie, et dont ils sont responsables vis-à-vis du médecin en chef ; celui-ci a la charge spéciale du pensionnat et la direction générale du personnel médical, tant supérieur que subalterne. Ce dernier comprend : chez les hommes, un surveillant, un sous-surveillant, deux surveillants auxiliaires, deux infirmiers-chefs et quarante-sept servants, non compris ceux qui escortent les malades quand ils se rendent aux ateliers ou aux champs ; chez les femmes, des religieuses de la Charité remplacent les chefs de quartier et les surveillants : elles ont sous leurs ordres quarante infirmières ; elles dirigent, en outre, les services généraux. Le chiffre moyen des gardiens et gardiennes est environ de un pour dix aliénés.

Les malades sont admis à l'asile par *arrêt du Tribunal*, ou, en cas d'urgence, sur une lettre émanant de la Sûreté. A ces documents est joint un rapport que le médecin traitant a l'obligation de fournir, sur les antécédents du sujet et les particularités de la maladie avant l'admission. C'est encore l'autorité qui prononce sur les sorties. Ce *modus operandi* est propre à la Toscane seule.

M. Funaioli voit dans le travail, quelle qu'en soit la nature, un excellent adjvant aux efforts de la thérapeutique. Outre la discipline et la vie régulière auxquelles il habitue progressivement l'ouvrier, il stimule son application et son assiduité ; enfin, il éveille le sentiment d'émulation, par l'espérance des récompenses qui attendent celui dont le zèle s'est convenablement affirmé ; ces récompenses consistent en cigarettes, goûters, promenades en ville et à la campagne, spectacles publics tels que : fêtes champêtres, courses, auditions théâtrales, etc. ; ceci pour les indigents. Les pensionnaires, en fait d'occupations, suivent des cours de dessin, de musique, de langues étrangères et particulièrement de français. Il n'y a pas lieu de les récompenser ; en tout temps, ils ont sous la main livres, journaux, billard et jeux divers. Le pensionnat compte cinq classes. Nous indiquons le régime de la première et de la dernière : il sera facile de combler la lacune. *Première classe* : Hommes, 10 francs par jour. — Femmes, 6 francs. *Déjeuner* : Café au lait, chocolat, œufs ou soupe. *Dîner* : Potage, hors-d'œuvre, trois plats variés, dessert.

*Souper* : Potage, un plat de viande, un de légumes, dessert, pain, vin. *Cinquième classe* (régime commun) : Prix de journée pour les deux sexes : 1 fr. 50. *Déjeuner* : Pain où soupe. *Dîner* : Potage, bouilli, dessert. *Souper* : Un plat, salade ou fromage ou fruit, pain et vin. Les pensionnaires de première classe (hommes) jouissent d'une chambre et d'un salon : un domestique est spécialement attaché à leur personne. Les femmes ont le salon en moins.

Les visites médicales sont au nombre de deux par jour ; la première se fait à huit heures du matin, c'est la principale ; des surveillants et des gardiens suivent le chef de service ; ils notent les observations qu'il émet et les mesures qu'il prescrit dans l'intérêt de ses malades. Le soir, à l'heure du souper, le médecin assiste encore à la distribution des aliments, s'assure de la quantité et de la qualité des portions attribuées à chacun, reçoit les réclamations ou les plaintes et fait sa seconde visite. Une heure plus tard, après une récréation suffisante, les malades gagnent le lit. Ce meuble est en fer : il contient une paillasse et un matelas de laine. Il en est à sommier, et cette espèce tend à se généraliser, aujourd'hui, dans le manicomie, par raison d'hygiène. L'hygiène est d'ailleurs en grand honneur à Saint-Nicolas, et l'auteur ne peut s'empêcher de rapporter, avec une ingénuité charmante, cet éloge, fréquemment surpris dans la bouche de ses visiteurs, médecins ou profanes : « L'asile est tenu comme nul ne pourrait supposer qu'un asile pût l'être ! »

Un dernier détail pour finir : tous les quartiers étaient, dès 1877, réunis télégraphiquement au cabinet du médecin en chef, comme celui-ci l'était lui-même au siège de la Société fondatrice ; depuis 1884, le téléphone a remplacé le Bréguet, dans toutes ses applications.

D<sup>r</sup> NICOULAU.

---

*Two Cases of trephining for traumatic Epilepsy* (Deux cas de trépanation pour épilepsie traumatique) ; par les D<sup>r</sup>s Philip Coombs Knapp et Abner Post, Boston, 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 où l'on trépana pour s'opposer aux progrès de la compression intra-crânienne) ; par le D<sup>r</sup> Ph. Coombs Knapp, 1891.

La question de la trépanation dans l'épilepsie traumatique présente deux problèmes dont la solution est fort difficile. Il

ANN. MÉD.-PSYCH., 7<sup>e</sup> série, t. XVI. Septembre 1892. 10. 21

s'agit de l'utilité de l'opération : 1<sup>o</sup> dans les cas d'épilepsie déclarée; 2<sup>o</sup> dans les cas de blessure de la tête où le chirurgien intervient afin de prévenir l'épilepsie. Pour le premier point, on ne se borne pas seulement à enlever des fragments d'os et à faire disparaître des cicatrices : on excise souvent la région corticale, en apparence intacte, d'où part la décharge. M. Knapp rappelle que les résultats de cette dernière opération ne sont pas toujours très satisfaisants. On abolit bien ainsi les convulsions dans la partie du corps où elles débutaient, mais on frappe quelquefois cette partie de paralysie motrice.

Quant au second point, il est impossible, dans l'état de nos connaissances, de justifier la trépanation préventive. Dans tout traumatisme céphalique il y a, en effet, deux sortes de lésions possibles : une lésion locale du crâne et du cerveau ; une lésion diffuse, générale, due à la commotion cérébrale. Celle-ci ne manque jamais ; l'autre n'est pas constante. Si l'épilepsie est due à une cause d'excitation locale, il faut écarter cette cause, c'est-à-dire trépaner avant l'apparition de graves complications secondaires (altérations inflammatoires partant du siège de la lésion, dégénérescence des faisceaux d'association, etc.) Horsley soutient que toute fracture du crâne doit être immédiatement trépanée.

Mais, dans les cas de commotion cérébrale, où l'épilepsie peut résulter d'altérations moléculaires, de nature d'ailleurs inconnue, des éléments histologiques de l'écorce, comme dans l'épilepsie idiopathique, dans l'hystérie et dans certaines intoxications, telles que l'urémie, de quel secours peut être une intervention chirurgicale ? Or, il résulte des statistiques de M. Knapp, que la commotion cérébrale est un facteur tout à fait prédominant dans l'étiologie de l'épilepsie traumatique ; que nombre de fractures du crâne ne déterminent pas d'irritation locale et que, probablement, le plus grand nombre de ces cas ne sont jamais suivis d'épilepsie. L'auteur américain estime donc que, à moins de symptômes cérébraux bien nets d'irritation locale, la *trépanation préventive* n'est ni justifiée ni justifiable.

JULES SOURY.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

- La psicosi da causa traumatica (Psychose de cause traumatique) ; par le Dr Luigi Frigerio, directeur du Manicomio d'Alexandrie. Broch. in-8° de 22 pages. Extrait de l'*Anomalo*. Naples, 1892.
- Congrès annuel de médecine mentale. Deuxième session tenue à Lyon du 3 au 8 août 1891. Comptes rendus publiés par le Dr Albert Carrier, secrétaire général du Congrès. 1 vol. in-8° de 401 pages. Paris, G. Masson, 1892.
- Il solfato di duboisina quale ipnotico nelle psicopatie. Studio clinico e sperimentale (Le sulfate de duboisine comme hypnotique dans les psychopathies. Etude clinique et expérimentale) ; par le Dr Selvatico-Estence Giovanni. Broch. in-8° de 25 pages. Extrait de *La Terapia moderna*. Feltre, 1892.
- Tumeur de la dure-mère crânienne ayant les caractères du cylindrome ; par le Dr J. Dagonet. Broch. in-8° de 25 pages. Extrait des *Archives de médecine expérimentale*, numéro de mai, 1892.
- Etude sur quelques symptômes de délires systématisés et sur leur valeur ; par le Dr A. Marie. 1 vol. in-8° de 144 pages avec figures dans le texte. Paris. O. Doin, 1892.
- De la paralysie générale due aux excès alcooliques ; par le Dr Henry Berbez. Broch. in-8° de 87 pages. Paris. Typ. A. Davy, 1892.
- Algometria e nuovo algometro (Algométrie et nouvel algomètre) ; par le Dr Giuseppe Cattani. Broch. in-8° de 12 pages. Milan, 1892.
- Schemata zur Eintragung von Sensibilitätsbefunden (Schémas pour l'enregistrement des troubles de la sensibilité) ; par le Dr C. S. Freund, de Breslau. Broch. carré. Berlin. A. Hischwald, édit., s. d.
- Simulazione di reato per auto-suggestione in isterica (Simulation d'un crime par auto-suggestion chez une hystérique) ; par le Dr G. Antonini. Broch. in-8° de 8 pages. Extrait de l'*Archivio di psichiatria, scienze penali ed antropologia criminale*. Turin, 1892.
- Erinnerungstäuschungen (Pseudoreminiscenzen) bei polyneuritischer Psychose (Illusions de la mémoire [pseudo-réminiscences] dans les psychoses polyneuritiques) ; par le Dr Kor-

sakoff. Broch. in-8° de 22 pages. Extrait du *Zeitschrift für Psychiatrie*. Vol. XLVII.

— Contribution à l'étude de la mort subite dans la paralysie générale ; par le Dr L.-H. Guérin, interne des asiles de la Seine. Thèse de Paris, 1892.

— Ueber eine besondere Form psychischer Störung, kombiniert mit multipler Neuritis (Sur une forme spéciale du trouble psychique, combinée avec la névrite multiple) ; par le Dr Korsakoff. Broch. in-8 de 36 pages. Extrait des *Archiv für Psychiatrie*. T. XXI.

— Ein Fall von polyneuristischen Psychose mit Autopsie (Un cas de psychose polynévrétique avec autopsie) ; par les Drs Korsakoff et Serbski. Broch. in-8° de 24 pages. Extrait de l'*Archiv für Psychiatrie*. T. XXIII.

— Quelques mots sur l'évolution de la thérapeutique pendant les trente dernières années. Discours d'ouverture du quarantième Congrès des médecins suisses, prononcé à l'Aula de l'Université de Genève, le 28 mai 1892 ; par le Dr Paul Ladame. Broch. in-8° de 7 pages. Extrait de la *Revue médicale de la Suisse romande*, numéro de juin 1892.

— Une anomalie de coccyx chez un épileptique ; par le Dr Ch. Fégré. Broch. in-8° de 3 pages avec planche. Extrait de la *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, s. l. n. d.

— L'attaque hystérique d'aphasie et la simulation ; par le Dr P. Ladame (de Genève). Broch. in-8° de 6 pages. Extrait du *Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*, numéro de juin 1892.

— Note sur un aliéné homicide ; par le Dr Camuset. Broch. in-8° de 40 pages. Extrait des *Archives de Neurologie*, nos 68 et 69.

---

# ASSOCIATION MUTUELLE

DES

## MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE

---

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU 30 MAI 1892

### Présidence de M. BLANCHE

L'assemblée générale de l'Association mutuelle des médecins aliénistes de France s'est tenue le lundi 30 mai 1892, à deux heures et demie, au domicile de M. Mitivié, trésorier, 260, boulevard Saint-Germain.

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

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

M. le président donne la parole à M. Bouchereau, secrétaire, pour son rapport annuel.

### MESSIEURS,

Pendant l'année qui vient de s'écouler, le conseil s'est efforcé de satisfaire dans la plus large mesure aux demandes de secours qui lui ont été adressées; mais, il faut le reconnaître, nos ressources ne s'accroissent pas au gré de nos désirs et il importe que chacun de nous redouble de zèle, afin de nous assurer de nouveaux adhérents; nul médecin aliéniste ne devrait rester étranger à notre Association.

Aujourd'hui, tout le monde comprend les idées de solidarité, ou les évoque à tous moments, il faut les mettre en pratique si l'on veut soulager des infortunes souvent imméritées et de plus en plus nombreuses.

Les sommes que nous avons à distribuer proviennent de trois origines différentes : les cotisations versées par les membres de l'Association, les souscriptions fournies par le ministère et les asiles d'aliénés, et les intérêts des capitaux placés.

Ainsi se trouve constituée la fortune de notre Association. Elle a déjà reçu des legs d'une certaine valeur, et elle se trouve appelée à en recueillir dans la suite de plus importants encore. Il serait injuste de ne pas rappeler en ce jour le nom de plusieurs des bienfaiteurs de notre œuvre : Baillarger, Biliod, Achille Foville ont servi notre Association avec le plus grand dévouement pendant leur existence et ils ne l'ont pas oubliée à l'heure où ils formulaient leurs dernières volontés.

Il est bon de rappeler leurs noms à la mémoire de tous en ce jour.

L'Association a perdu, cette année, Campan, un de nos plus anciens sociétaires, dont l'admission remontait à 1867. Il était né à Avignon en 1823, et avait commencé par prendre du service dans l'armée, à une époque où les liens étaient moins intimes entre les carrières militaires et civiles; interne à Avignon, docteur de Montpellier, il est entré en 1867 dans le service des aliénés comme directeur-médecin de l'asile de Saint-Alban, où il est demeuré cinq ans; il a passé à Saint-Dizier, puis à Cadillac en qualité de médecin en chef, et il a terminé sa carrière à Rodez, le 26 janvier 1892, à l'âge de soixante-neuf ans.

Partout où il a passé, Campan a su se faire apprécier; d'un caractère modeste, il a rempli avec simplicité et dévouement les fonctions auxquelles il a été appelé. Le service des aliénés compte en France beaucoup de médecins de mérite, dont les talents pourraient être mieux utilisés dans l'intérêt général; ils accomplissent leur tâche quotidienne sans avoir toujours l'occasion de révéler les qualités qui les distinguent. Quand un de ces hommes disparaît, c'est justice de rappeler son nom au souvenir de ses confrères.

Nous avons la satisfaction de signaler l'admission de huit nouveaux membres.

**Comme fondateurs :**

M.M. Duhamel, médecin de la maison de santé de Saint-Mandé; Franklin Grout, médecin-adjoint de la maison de santé de M. Meuriot, à Passy, rue Berton.

Comme sociétaires :

MM. Lallemand, médecin-adjoint à l'asile Lafond, près La-rochelle ;

Marie, médecin-adjoint de l'asile d'Évreux ;

Arnaud, médecin-adjoint de la maison de santé de M. Fal-ret, à Vanves ;

Lelady, médecin de la maison de santé de M. Goujon, 90, rue Picpus ;

Malfilatre, médecin-adjoint de Quatre-Mares ;

Joffroy, médecin à la Salpêtrière, professeur agrégé à la Fa-culté de médecine.

Nous remercions nos jeunes confrères d'avoir bien voulu nous apporter leur concours si utile à notre œuvre.

Par suite de ces divers changements, la liste de l'Association comprend aujornd'hui :

Membres fondateurs. . . . .	80
Sociétaires. . . . .	66
Honoraire. . . . .	1
En tout. . . . .	147 membres.

Trente asiles sont inscrits comme souscripteurs et nous accordent les allocations suivantes :

Asile d'Aix. . . . .	50
— d'Armentières . . . . .	100
— d'Auch. . . . .	100
— d'Auxerre. . . . .	100
— de Bailleul . . . . .	100
— de Bassens . . . . .	100
— de Blois . . . . .	100
— de Bordeaux. . . . .	100
— de Bron . . . . .	100
— de Châlons . . . . .	100
— de Clermont (Oise). . . . .	100
— de Dijon . . . . .	100
— de Dôle . . . . .	100
Etablissement de Sainte-Marie de l'Assomp-tion. . . . .	50
Asile d'Évreux. . . . .	100
— de Fains . . . . .	100
— de Larochegandon. . . . .	100
— de Maréville. . . . .	100

Asile de Montdevergues . . . . .	100
— de Pau . . . . .	100
— de Prémontre . . . . .	100
— de Quatre-Mares . . . . .	100
— de Quimper . . . . .	100
— de Rennes . . . . .	100
— de Saint Dizier. . . . .	100
— de Saint-Lizier . . . . .	100
— de Saint-Yon . . . . .	100
— de Saint-Venant . . . . .	100
— de Toulouse . . . . .	100
— de Vannes . . . . .	100
Subvention du ministère de l'intérieur . . .	1.500

La situation financière se présente dans les conditions suivantes :

Les recettes de l'année 1891, jointes aux sommes restant en caisse au 31 décembre dernier, s'élèvent au chiffre de 15,085 fr. 50, ainsi réparties :

Fonds en caisse au 31 décembre 1891.	3.452 17
Cotisations . . . . .	3.315 »
Souscriptions d'asiles. . . . .	2.750 »
Subvention du ministère de l'intérieur.	1.500 »
Intérêts du dépôt au Crédit foncier. .	11 63
Intérêts des capitaux . . . . .	<u>4.056 70</u>

Donc le total des recettes est de. . . 15.085 50

Quant aux dépenses elles ont atteint la somme de 11.083 fr. 40, ainsi décomposées :

1° Don à la veuve d'un ancien fonctionnaire ne faisant pas partie de l'Association. . . . .	800 »
2° A quatre veuves d'anciens internes et d'un médecin d'asile . . . . .	700 »
3° Au fils d'un ancien membre fondateur. . . . .	800 »
4° A la femme d'un sociétaire malade . . . . .	800 »
5° A sept veuves de fondateurs et sociétaires. .	4.650 »
6° Achat de 100 francs de rente 3 p. 100 . . .	3.227 50
7° Frais d'administration . . . . .	<u>105 90</u>
Total. . . . .	11.083 40

De ces chiffres, il résulte qu'il restait :

1° En caisse au 1 <sup>er</sup> janvier 1892 la somme de qui était déposée au Crédit foncier pour assurer la régularité des secours distribués en janvier sans attendre la rentrée des cotisations et des intérêts qui n'est complète qu'à la fin de l'année.	3.302 10
2° Que les secours distribués jusqu'à ce jour s'élèvent à la somme de . . . . .	133.561 »
3° Que le capital, placé et calculé au prix d'achat, s'élève à. . . . .	92.905 05
Comportant les valeurs suivantes :	
Rente 4 1/2 p. 100. . . . .	1.565 »
Rente 3 p. 100. . . . .	1.578 »
Et 43 obligations du Midi. . . . .	625 »

Il faut ajouter à ces valeurs pour mémoire seulement et comme somme à encaisser ultérieurement :

- 10,000 francs legs Achille Foville.
- 10,000 francs legs Baillarger.

Les prévisions budgétaires pour l'année 1892 sont établies sur les bases suivantes :

Recettes :

	fr.	c.
En caisse au 31 décembre 1891. . . .	3.202 10	
Cotisations de l'année. . . . .	3.315 »	
Souscriptions d'asiles. . . . .	2.750 »	
Ministère de l'intérieur. . . . .	1.500 »	
Intérêts des capitaux. . . . .	4.000 »	
Total. . . . .	<hr/> 14.767	10.

Conformément à l'article 16 des statuts, on peut disposer sur cette somme d'environ 12,000 francs.

Dans sa dernière séance le conseil a déjà alloué les secours suivants :

	fr.
1° A sept veuves de sociétaires ou fondateurs. . .	1.950
2° Aux fils d'un sociétaire et d'un fondateur. . .	800
3° A la femme d'un sociétaire malade. . . . .	400
4° A un sociétaire en retraite. . . . .	400
Total. . . . .	<hr/> 3.550

330 ASSOCIATION MUTUELLE DES MÉDECINS ALIÉNISTES

Le solde disponible se trouve donc être de 8,450 francs, sur lesquels le Conseil a décidé de vous proposer :

1° La continuation d'un secours de . . . . .	600
que depuis sa fondation l'Association accorde à la veuve d'un médecin attaché au service des aliénés et non sociétaire et la faculté d'augmenter de . . . . .	200
ce secours, si le Conseil le juge urgent et possible.	

2<sup>e</sup> Un secours de . . . . . 600  
à répartir entre trois veuves d'anciens internes d'asiles.

Total. . . . 1.400

Sur lequel il y aura à prélever, suivant les prévisions de ce jour, pour le 2<sup>e</sup> semestre. 4.300

Il resterait donc une somme de . . . . . 2.750 pour parer aux éventualités nouvelles

Telle est la situation financière

Les comptes soumis par le Conseil sont approuvés par un vote unanime ainsi que toutes les propositions.

Le budget se trouve donc ainsi réglé pour l'exercice courant.

Les membres du conseil sortants rééligibles, MM. Henri Dagonet, Constans, Christian, Mitivié sont réélus.

M. Vallon remplace M. Napias.

M. Vallon remplace M. Napias.  
La séance est levée à trois heures et demie.

Вопросы

---

## VARIÉTÉS

---

### NOMINATIONS ET PROMOTIONS

*Faculté de médecine de Toulouse* : M. le Dr RÉMOND, agrégé, est chargé, pendant l'année scolaire 1892-1893, d'un cours des maladies mentales.

— *Arrêté du 22 juin 1892* : M. le Dr CAILLAU, médecin-directeur de l'asile de Saint-Lizier (Ariège) est nommé médecin en chef de l'asile de Cadillac (Gironde), en remplacement de M. Larrieu, et est compris dans la 2<sup>e</sup> classe de son grade (6,000 fr.).

M. le Dr BELLE, médecin-directeur de l'asile de Sainte-Catherine (Allier), est nommé médecin-directeur de l'asile de Saint-Lizier (Ardèche), et maintenu dans la 2<sup>e</sup> classe de son grade (6,000 fr.).

M. le Dr NOTÉ, médecin-adjoint de l'asile de Bracqueville (Haute-Garonne), est nommé médecin-directeur de l'asile de Sainte-Catherine (Allier), et est compris dans la 3<sup>e</sup> classe de son grade (5,000 fr.).

— *Arrêté du 17 juillet 1892* : M. le Dr TOULOUSE, interne à l'asile Sainte-Anne, déclaré admissible aux emplois de médecins-adjoints des asiles d'aliénés (concours de Paris du 15 décembre 1891), est nommé médecin-adjoint à l'asile de Lafond (Charente-Inférieure), et compris dans la 2<sup>e</sup> classe de son (2,500 fr.).

— *Arrêté du 19 juillet 1892* : M. le Dr BROQUÈRE, médecin-adjoint de l'asile de Bassens (Savoie) est nommé médecin-adjoint de l'asile de Braqueville (Haute-Garonne), et maintenu à la classe exceptionnelle de son grade (4,000 fr.).

— *Arrêté du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, en date du 25 juillet 1892* : Est nommé officier d'Académie, M. le Dr SAMUEL GARNIER, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Dijon.

— *Arrêté du ministre de l'agriculture et du commerce, en date du 20 juillet 1892* : Est nommé chevalier du Mérite agricole, M. SINET, chef de culture à l'asile départemental d'aliénés de Prémontré (Aisne).

## NÉCROLOGIE

**TH. MEYNERT.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du D<sup>r</sup> Meynert, professeur de psychiatrie à l'Université de Vienne. A la fois aliéniste éminent et anatomiste de premier ordre, ce savant distingué acquit une grande réputation et par ses recherches sur la structure du cerveau et de la moelle, et par ses études cliniques sur les maladies mentales.

Théodore Meynert naquit à Dresde le 15 juin 1833. Il fit ses études médicales à Vienne, où il fut reçu docteur en 1861. Nommé en 1865 privat-docent à l'Université de cette ville, puis second médecin de l'asile provincial d'aliénés, il fut appelé, en 1870, à remplir les fonctions de professeur extraordinaire de psychiatrie ; trois ans après, il devint professeur ordinaire, et occupa la chaire jusqu'à sa mort, qui survint le 31 mai dernier.

M. Salgò, un des élèves les plus distingués du savant viennois, a bien voulu apprécier pour les *Annales* l'œuvre de son maître. Nous reproduisons avec empressement ce jugement dont personne ne mettra en doute la justesse et la haute impartialité :

« La mort de Meynert, le professeur de psychiatrie à l'Université de Vienne est une perte cuisante, non seulement pour la science spéciale de psychiatrie, mais pour la science médicale tout entière. Quoique ayant scruté surtout l'anatomie cérébrale, son coup d'œil embrassa toute la physiologie de l'organe, qu'il cultivait avec une ingéniosité sans pareille, ainsi que les faits cliniques, qu'il suivait d'un esprit tout à fait original. D'abord prosecteur de l'asile des aliénés à Vienne, place qu'il devait à son célèbre maître et protecteur Rokitansky, il pénétra l'organisation compliquée du centre nerveux comme personne avant lui. Mais toute sa profonde connaissance du cerveau ne lui suffisait pas. Pour lui, l'anatomie cérébrale n'était pas le but de ses études ; c'était seulement le moyen de la révélation des faits psychologiques. C'est pour cela que, pour Meynert, tout fait anatomique n'était que l'expression palpable d'un processus psychologique. Avec son esprit divinatoire et sa fantaisie de poète, il substituait des idées psychologiques aux cellules et aux fibres nerveuses ; et dans les formes variables des cellules, dans leurs positions diverses, comme dans la direction des fibres blanches de la masse cérébrale, il ne voyait que l'expression anatomique et des faits de la vie intellectuelle. Ainsi les cellules pyramidales de l'écorce grise étaient pour lui des centres moteurs et le terme central des voies motrices, parce que, dans les cornes antérieures de la moelle épinière, il n'y avait que des cellules de forme pyramidale ; les cellules rondes, parce qu'il les trouvait dans les cornes postérieures, étaient les bouts centraux

de la sensibilité, pendant que les cellules fusiformes n'étaient que les points de jonction centraux des fibres de l'association (*fibræ propriæ corticis*). Si Meynert parlait des voies de projection et des voies d'association (*fibræ rectæ* et *fibræ arcuatæ*), il disait cela dans le sens psychologique le plus transcendental. Pour Meynert, darwiniste le plus pur sang, il n'existant pas dans l'organisation du centre nerveux un fait occasionnel, sans raison d'être psychologique. C'est par cette manière de voir en philosophe qu'il reconnut le lobe frontal comme l'organe moteur du cerveau, longtemps avant que les recherches expérimentales de Hitzig et de Ferrier eurent démontré le caractère moteur de cette partie des hémisphères.

« C'est sous l'influence de la science approfondie de l'organisation du centre nerveux inaugurée par Meynert, et encore sous l'influence de l'éloquence tout à fait extraordinaire de ce savant plein de génie, que, à l'époque où la psychologie nébuleuse et romanesque de l'Allemagne avait fait banqueroute, on crut pouvoir déterminer les faits psychologiques les plus ténébreux et les mystérieux. On crut non seulement être sur la piste des phénomènes mentaux, mais connaître leur substratum et les phénomènes mêmes. Que ce triomphe fut trop précipité, que la psychologie anatomique n'était qu'une psychologie transcendante transposée seulement en des *termes* anatomiques, Meynert le reconnut plus tard lui-même. Néanmoins la méthode de recherches inaugurée par Meynert est de la plus grande portée pour l'évolution moderne de la psychiatrie.

« On ne pourrait pas dire que cette évolution, dans le sens de Meynert, s'appuyât sur les faits d'observation exempts de préjugés. Tout comme les faits d'anatomie, il traitait les faits cliniques, lesquels ne l'intéressaient que pour leur signification psychologique la plus profonde. C'est qu'il était beaucoup plus philosophe que clinicien. Et pourtant c'est Meynert qui, reprenant de nouveau la « démence » d'Esquirol, en constitua une forme toute spéciale de l'aliénation mentale, une forme qu'il décrivit avec tant de pénétration d'esprit et avec la main tellement sûre de clinicien, qu'il nous rappelle les descriptions les plus belles de Morel.

« Du grand nombre de ses œuvres, je ne veux en mentionner que quelques-unes, par exemple son étude fondamentale de l'anatomie du système nerveux : « *Vom Gehirn der Säugetiere* » dans le grand Manuel du professeur Stricker (1870). Et plus tard (1872), *Der Bau der Gross-Hirnrinde und seine örtlichen Verchiedenheiten; Ueber Fortschritte im Verständnis der Krankhaften psychischen Gehirnzustände* (1878); *Skizzen ueber Umfang und wissenschaftliche Anordnung der klinischen Psychiatrie* (1876); *Die acuten (hallucinatorischen)*

*Formen des Wahnsinns und ihr Verlauf.* Et enfin le premier volume de sa *Psychiatrie. Klinik der Erkrankungen des Vorderhirns* (1889), une œuvre d'une conception si large que la terminaison en était impossible. Ce qu'il ne pouvait pas exécuter dans sa *Psychiatrie*, la partie clinique de ses études, il la donnait sommaire, mais d'une façon concise dans son œuvre dernière : *Klinische Vorlesungen über Psychiatrie* (1890). »

D<sup>r</sup> J. SALGÒ (Budapest).

#### LA PREMIÈRE CHAIRE DE MÉDECINE MENTALE EN FRANCE

Dans notre éloge de Baillarger, publié dans le dernier numéro des *Annales*, nous affirmons (p. 25) que « la première chaire officielle de médecine mentale n'a été créée en France qu'en 1877 ». Pour être exact, il aurait fallu dire : la première chaire officielle de *clinique des maladies mentales*. En effet, comme nous le fait observer avec raison notre savant confrère, M. le D<sup>r</sup> A. Lacour, médecin honoraire des hôpitaux de Lyon, la médecine mentale a eu sa chaire officielle à la Faculté de Paris, en 1819 ; elle eut pour titulaire Antoine-Athanase Royer-Collard, le frère du philosophe.

On sait qu'Antoine Royer-Collard fut nommé, en 1806, médecin en chef de la Maison de Charenton dont il fut le premier réformateur, puis, en 1817, professeur de médecine légale à l'Ecole de Paris, et, deux ans après, il fut appelé à professer la médecine mentale. En ce qui concerne ce dernier enseignement nous reproduirons le passage que lui consacre la *Biographie universelle* de Michaud (2<sup>e</sup> édit., t. XXXVI, p. 695), et que nous devons à l'obligeance de M. Lacour :

« Une nouvelle chaire fut fondée en 1819 à la Faculté de médecine de Paris. La Commission de l'Instruction publique, frappée de l'importance que l'on donnait, dans toute l'Europe, au traitement de l'aliénation mentale, de l'extension qu'avait prise l'étude spéciale de cette maladie, du nombre toujours croissant d'établissements qui s'ouvriraient pour recevoir les aliénés, voulant d'ailleurs rattacher à cette étude une autre étude non moins intéressante qui jusqu'alors avait manqué à l'enseignement médical, celle des facultés intellectuelles considérées dans leurs rapports avec l'organisation, chargea le professeur de médecine légale de faire un cours de pathologie mentale. On sent déjà que cette chaire devait appartenir à A. Royer-Collard. Il s'y prépara pendant deux années d'études profondes et assidues, et lorsque ce cours fut ouvert, ses premières leçons attirèrent un tel concours d'auditeurs que l'on

put juger de la vive impression qu'elles devaient produire et des heureux fruits qui en seraient le résultat.

« Les leçons avaient essentiellement pour objet la psychologie considérée dans ses rapports avec la physiologie ; elles avaient pour but d'attaquer le matérialisme jusque dans ses fondements. On sait avec quelle intime conviction, avec quelle force de logique et quelle touchante éloquence il développait les hautes pensées qui germaient dans son âme et découlaient pour ainsi dire d'une constante méditation de la nature de l'homme et de sa fin morale. Malheureusement, à peine le professeur avait-il eu le temps de faire goûter les fruits de cette nouvelle branche d'enseignement, que la Faculté de Paris fut tout à coup renversée, le cours de pathologie mentale supprimé, et toutes les espérances qu'on en avait conçues réduites au néant. »

Il n'était pas sans intérêt de rappeler ce point d'histoire, aujourd'hui oublié. Il n'en reste pas moins regrettable qu'après cet essai, heureux à plus d'un titre, plus d'un demi-siècle se soit écoulé sans qu'aucun des nombreux gouvernements qui se sont succédé depuis en France ait songé à rétablir l'enseignement officiel d'une des branches les plus importantes de la médecine.

A. R.

#### DE L'HOSPITALISATION DES ENFANTS IDIOTS, ARRIÉRÉS ET ÉPILEPTIQUES

La question de l'hospitalisation des enfants idiots, arriérés et épileptiques, est une de celles qui méritent le plus d'attirer l'attention des administrateurs ; elle est d'ailleurs, il faut le reconnaître, plus que jamais à l'ordre du jour : nous ne saurions en donner de meilleures preuves que les deux faits suivants :

D'une part, le département du Nord fait construire sur les dépendances de l'asile des aliénés d'Armentières un quartier pour les enfants idiots des deux sexes. Ce quartier, qui sera ouvert le 1<sup>er</sup> avril prochain, est construit sur les indications de M. le Dr Taguet, directeur-médecin de l'asile.

D'autre part, M. E. Régis a fait récemment adopter par la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, le vœu suivant, qui a été adressé au préfet de la Gironde. Il est ainsi conçu :

« La Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, sur la proposition de M. Régis, émet le vœu :

« 1<sup>o</sup> Que l'hospitalisation des enfants idiots, arriérés et épileptiques, destinée à être imposée aux départements par la future loi sur les aliénés, soit organisée dès maintenant dans la Gironde, en raison de son urgente nécessité ;

« 2<sup>e</sup> Que, dans ce but, un établissement pour les deux sexes, comprenant tous les éléments hygiéniques et pédagogiques usités dans le traitement et l'éducation de ces malades, soit annexé à bref délai à l'un des établissements hospitaliers de Bordeaux : hôpital Saint-André, hôpital des Enfants ou asile des aliénés de Picon. »

**PLACEMENT DANS LES FAMILLES DE DÉMENTS SÉNILES.**  
**LA COLONIE D'ALIÉNÉS DE DUN-SUR-AURON**

Avant de clore sa dernière session, le Conseil général de la Seine a voté, sur les conclusions d'un rapport de M. Deschamps, un crédit important, destiné à un essai de placement dans les familles d'un certain nombre d'aliénés d'une catégorie spéciale : les déments séniles. Cette question est assez importante pour mériter d'être étudiée avec quelques détails.

Le placement des aliénés dans les familles est appliqué déjà depuis de longues années en Belgique et en Ecosse, où il semble avoir donné de bons résultats.

Ajoutons que le désir d'essais semblables avait été depuis longtemps exprimé par divers médecins aliénistes. De plus, cette question, étudiée aux Congrès internationaux de l'assistance publique et de médecine mentale, tenus à Paris en 1889, avait été résolue dans le sens d'expériences à faire relativement au placement des aliénés dans les familles.

Ce sont ces précédents qui ont inspiré au Conseil général de la Seine l'idée de faire une première tentative dans le sens désiré.

En Belgique et en Ecosse les conditions de placement ne sont pas absolument les mêmes :

« Les aliénistes belges et écossais, dit le rapporteur du Conseil général, procèdent de la même méthode théorique, mais leurs systèmes se différencient dans la pratique : la colonie de Gheel (Belgique) reçoit indifféremment des aliénés chroniques ou aigus, d'où la nécessité de groupér les malades, en une sorte de village, autour d'une infirmerie centrale, tant pour l'observation des personnes à placer que pour les soins à donner aux malades placés dont l'état s'est aggravé. En Ecosse, au contraire, le placement familial n'est appliqué qu'à des incurables soigneusement choisis parmi les aliénés traités dans les asiles : l'existence d'un centre médical devient alors superflue, les malades peuvent être disséminés sans inconvénients et, en fait, ils sont répartis dans toute la province, sous la garantie d'inspections périodiques.

« Il est clair que cette dernière organisation est la plus simple

et la plus prudente ; elle est aussi celle qui répond le plus exactement à nos préoccupations, puisqu'elle est appliquée précisément aux catégories de malades que nous voudrions voir hors de nos asiles. »

En Belgique, il y a à l'asile de Gheel 1,800 aliénés répartis au milieu d'une population de 12,000 âmes. Jamais on n'a constaté le moindre inconvénient et la colonie est d'origine fort ancienne.

Pour l'Ecosse, voici ce que dit le docteur Fraser, médecin-inspecteur des aliénés :

« A l'heure actuelle, en Ecosse, 2,428 aliénés sur 11,664 jouissent du patronage familial, soit 20.80 p. 100. Encore ne s'agit-il ici que des placements soumis à l'inspection officielle, un certain nombre de placements volontaires d'aliénés non indigents n'étant pas portés sur les rôles de l'inspection.

« Les avantages qui résultent du transfèrement dans des ménages privés des aliénés tout d'abord traités à l'asile sont :

« 1<sup>o</sup> La restitution d'un domicile et d'un entourage habituels ;

« 2<sup>o</sup> Une augmentation proportionnelle de contentement (en même temps qu'une diminution de prix coûtant) ;

« 3<sup>o</sup> Un bien-être matériel inhérent à la maison privée ;

« 4<sup>o</sup> Une modification heureuse de l'état mental. »

Les raisons qui poussent le conseil général de la Seine à expérimenter le placement à domicile sont surtout les suivantes; nous les résumons d'après le rapport de M. Deschamps :

« Les asiles de la Seine renferment à côté des aliénés dangereux pour eux-mêmes, pour les autres ou pour l'ordre public, des malades tels que les séniles, qui y sont gardés uniquement parce qu'il n'est pas possible de les laisser dans la rue, livrés à eux-mêmes, sans famille, sans ressources d'aucune sorte, matérielles ou morales.

« L'Administration a fait dresser l'an dernier, à cette époque, un état numérique des aliénés à qui il suffirait d'un patronage pour pouvoir rester en liberté.

« De ce travail il résulte que 653 déments, séniles, imbéciles ou idiots, seraient avantageusement hospitalisés soit dans des asiles de vieillards, soit chez des particuliers. Depuis, le nombre s'en est encore accru. On aura une idée de l'importance du nombre de ces malades par ce court extrait du dernier rapport du Dr Magnan, médecin en chef du service de l'admission :

« Les déments de cause organique et les séniles sont au nombre de 766 : 385 hommes et 381 femmes, le cinquième environ des entrées. La plupart de ces malades qui, dans les petites localités, à la campagne, pourraient, sans danger,

« vivre en liberté, sont dangereux à Paris et dans les grandes villes, pour eux-mêmes et pour les autres, par les actes inconscients qu'ils commettent journellement. Ces infirmes de l'intelligence ne sont point des aliénés, etc. »

Restait à pourvoir aux voies et moyens pour mettre à exécution le projet de placement. Après des études minutieuses, le lieu choisi a été Dun-sur-Auron (Cher). On a trouvé là une population de 4,500 habitants pouvant recevoir et acceptant 100 aliénés (déjà il existe plus de 40 demandes fermes). La municipalité de Dun, le préfet du Cher et le ministre de l'intérieur approuvent la tentative. Dans ces conditions il ne s'agissait plus que de pourvoir aux moyens financiers d'exécution.

Avant d'émettre son vote, le conseil général a tenu à bien préciser dans quelles conditions se fera l'expérience. Il résulte de la discussion et des observations échangées :

1<sup>o</sup>. Que le nombre des aliénés, placés à Dun-sur-Auron, ne devra pas dépasser 100. En effet, si l'essai réussit et qu'on arrive à placer de nouveaux aliénés, on établira de nouvelles colonies, sans que jamais aucune d'elles puisse être très nombreuse ;

2<sup>o</sup>. Que la colonie aura une infirmerie centrale dans laquelle devront être transportés et soignés, en cas de maladie ou de rechute, les aliénés composant la colonie. A la tête de cette infirmerie sera placé un médecin, aux appointements de 2,500 fr., qui aura sous ses ordres deux infirmiers (un homme et une femme). Le médecin et les infirmiers seront chargés de l'inspection des malades placés dans les familles ;

3<sup>o</sup>. Que la pension à verser, pour chaque aliéné, aux nourrisseurs, sera de 1 fr. 25 par jour pour les hommes et de 1 fr. 10 pour les femmes. Que les aliénés ne devront pas être surmenés et n'exécuteront que la somme de travail qui peut leur être salutaire. Qu'ils devront recevoir une bonne nourriture. Tout cela sous le contrôle du médecin-inspecteur.

Sous le bénéfice de ces réserves, le conseil général a pris la délibération suivante :

Art. 1<sup>er</sup>. — L'Administration est invitée à établir, à titre d'essai, à Dun-sur-Auron, une colonie familiale de 100 déments séniles, exclusivement choisis parmi les incurables inoffensifs, sur les bases indiquées dans le rapport de la 3<sup>e</sup> commission.

Art. 2. — Il est créé au budget de 1892 un article 7 avec cette rubrique :

Placement des malades séniles dans les familles. — Frais d'entretien, de transport et dépenses diverses.

Ce nouvel article comprendra pour 100 colons les sous-détails suivants :

1<sup>o</sup> Frais d'entretien de 100 colons à raison de 1 fr. 61 par jour, 58,825 fr. (dans cette somme sont compris tous les frais de l'infirmerie);

2<sup>o</sup> Frais de transport de 125 colons (100 + 25 par suite de mutations) de Paris à Dun, 2,000 fr.;

3<sup>o</sup> Frais de premier établissement, 14,800 fr.

Soit au total un crédit de 75,625 fr.

#### UN ALIÉNÉ CANDIDAT À LA DÉPUTATION

Parmi les candidats à l'élection législative qui doit avoir lieu le 11 septembre prochain, dans l'Ardèche (1<sup>re</sup> circonscription de Tournon), se trouve un ouvrier gantier de Lyon, qui se désigne sous le nom de « Lazare Carnot ».

Cet ouvrier gantier, dit l'agence Dalziel, se nomme réellement Eugène-Emile Baboulin et travaille chez M. Benoit, fabricant de gants à Lyon, rue de Vendôme, 197. Il est âgé de trente-cinq ans, d'une taille moyenne, brun, et a une vague ressemblance avec M. Carnot.

Baboulin est originaire de Grenoble. Marié deux fois, il a quitté sa seconde femme, il y a un an environ. Il a deux enfants, deux garçons, âgés de quatre et six ans. Il s'est mis dans la tête qu'il est fils naturel de M. Sadi Carnot, il est hanté par cette idée fixe.

Le nom de Baboulin, selon lui, serait le nom de ses parents d'adoption. Il dit n'avoir jamais connu sa mère. Baboulin s'est confectionné, à la main, des cartes de visite, sur lesquelles on lit :

CARNOT  
Comte de Feulins  
*gantier*  
197, rue de Vendôme, Lyon (Rhône).

Baboulin a déjà été candidat à Clignancourt alors qu'il travaillait à Paris, chez un gantier, rue Rossini. « Après cet échec, dit-il, j'ai, comme Jeanne d'Arc, entendu des voix qui me disaient : « Pars d'ici. » J'ai obéi, et je suis allé chez un autre patron, rue Mandar ; mais toujours les voix me répétaient : « Pars, pars. » Il s'est mis alors en route pour Lyon et a fait le trajet en vingt-trois jours à pied.

Baboulin a fait — sous le nom de Carnot — sa déclaration de candidature à la date du 22 août et a reçu du préfet de l'Ardèche le récépissé provisoire ainsi libellé :

« Le préfet de l'Ardèche, vu la loi du 17 juillet 1889, donne reçu provisoire à M. Lazare Carnot, ouvrier gantier chez M. P. Benoit, 197, rue de Vendôme, à Lyon, de la déclaration signée par lui, dûment légalisée, déposée par lettre du 22 août 1892 à la préfecture de l'Ardèche le 23 août, par laquelle il a fait connaître son intention de poser sa candidature aux élections législatives du 11 septembre 1892. »

On remarquera dans ce document les deux mots *dûment légalisée* qui se rapportent à la signature *Carnot* et non Baboulin. C'est sa pseudo-personnalité de « Lazare Carnot » que Baboulin a fait légaliser.

Baboulin a écrit au préfet du Rhône pour lui demander une somme de 3,000 francs pour subvenir aux frais de son élection. Bien entendu, il attend encore la réponse. Comme ses camarades lui conseillaient, en plaisantant, de tirer une traite sur le Président de la République qui ne pourrait manquer de faire honneur à sa signature, il a répondu gravement :

« Un fils ne doit pas prendre son père en traître. »

L'agence Dalziel dit que Baboulin divague absolument dès qu'on lui parle de son origine. Il raisonne très sensément sur tout autre sujet ; c'est un très bon ouvrier : son patron est très content de lui.

#### VIOL ET GROSSESSE D'UNE ALIÉNÉE

Voici, sur ce fait regrettable, les renseignements que nous trouvons dans les journaux généralement bien informés, mais que nous reproduisons sous toutes réserves :

Dans une des dernières séances du conseil général du Rhône, M. le Dr Masson a demandé au préfet de Lyon s'il était en mesure de fournir des explications sur un fait très grave qui se serait produit à l'asile départemental de Bron. Il s'agit d'une des pensionnaires de l'asile, internée depuis cinq ans, qui aurait accouché, il y a quelques jours, d'un enfant placé aujourd'hui dans une Maternité.

M. Rivaud répond que ce fait est exact et que la justice est aujourd'hui saisie de l'affaire. Il regrette que l'administration n'ait été avertie du fait qu'après l'accouchement ; mais en l'état actuel des choses, il croit qu'il n'y a qu'à laisser l'enquête poursuivre son cours. L'opinion et la moralité publique recevront satisfaction.

L'incident est clos.

Le *Temps* (numéro du 22 août 1892) donne, sur cette affaire, les renseignements suivants :

« La nommée Milan, née Françoise Coq, dont le mari est

tisseur à Saint-Forgeux, est entrée à l'asile de Bron, il y a huit ans. Elle est atteinte d'hystérie et de folie érotique. Son mari, qui a deux enfants d'elle, alla la voir fréquemment; puis, depuis deux ans environ, il cessa ses visites, car sa femme ne le reconnaissait plus.

Or, le 9 août dernier, il recevait de la mairie de Bron une lettre lui annonçant que sa femme avait accouché, à l'asile, d'un enfant du sexe masculin enregistré le 2 août sous le nom d'Etienne et mentionné « né de père inconnu ».

Voici d'ailleurs le texte du certificat officiel :

Le directeur de l'asile départemental déclare que la nommée Coq (Françoise), âgée de trente-huit ans, est accouchée audit asile, le 2 août dernier, à onze heures quarante-cinq, d'un enfant du sexe masculin auquel a été donné le prénom d'Etienne, fils de père inconnu.

Bron, le 2 août 1892.

Signé : TONDU.

M. Milan vint aussitôt à Lyon, alla à l'asile, où il fut assez mal reçu, et à la préfecture, où on promit de faire une enquête.

L'affaire en est là, et on attend les résultats de l'enquête officielle promise par le préfet.

M. Milan fait aussi appel à la justice, et une action va s'engager qui roulera sur un désaveu de paternité et sur une fausse déclaration à l'état civil.

Ajoutons que l'enfant de la malheureuse folle est actuellement à la Charité. Il se porte bien et, chose à noter, l'état de la mère s'est beaucoup amélioré depuis ses couches. »

D'autre part, le *Journal des Débats* (numéro du 2 septembre 1892) nous fournit, sur les suites données à cette affaire, les renseignements suivants :

« L'enquête administrative concernant l'affaire de Bron est terminée.

De son côté, M. Tondu, le directeur de l'asile, à la suite de patientes recherches, a pu découvrir le coupable, un malheureux dément que son caractère sociable avait permis d'employer aux travaux de la buanderie.

C'est en effet dans une pièce de ce bâtiment, au premier étage, dans la salle du pliage, que le viol a été consommé.

Le parquet, saisi de l'affaire, commence son enquête dont il donnera un double à la préfecture. Ces deux rapports joints à ceux de MM. Tondu et du Dr Pierret, seront alors transmis au ministère de l'intérieur qui statuera.

Quant à la demande en désaveu de paternité introduite par M. Milan, elle suit son cours. C'est du reste une affaire de temps, la plainte ayant été déposée régulièrement. »

## TRIBUNAUX

*Un gardien d'aliénés brutal.* — Le tribunal correctionnel de Lille a jugé un ancien gardien de l'asile d'aliénés d'Armentières, Henry Suffys, âgé de vingt-deux ans, prévenu de coups et blessures sur un vieillard de soixante-quinze ans, pensionnaire de l'établissement.

Quand ce malheureux quittait le parloir, où ses parents venaient le voir, Suffys exigeait qu'il lui remît la totalité des friandises qu'on lui apportait d'habitude. S'il refusait, il le frappait ou lui mettait la camisole de force.

Les juges correctionnels ont condamné Suffys, aujourd'hui soldat au 110<sup>e</sup> de ligne, à six mois de prison.

## FAITS DIVERS

*Incendie à l'asile d'aliénées de Marseille.* — On télégraphie de Marseille au *Temps* (numéro du 10 juillet 1892) :

« Un violent incendie s'est déclaré, hier soir, à l'asile d'aliénées de Marseille, dans les sous-sols qui servent d'entrepôt de paille.

« Le feu était précisément au-dessous du quartier des folles agitées auxquelles il a fallu faire évacuer les cellules. Ce n'était point là mince besogne, et on y a procédé au milieu de très grandes difficultés.

« Les malheureuses, en effet, surexcitées par le tapage et les allées et venues inusitées, poussaient des cris abominables. Deux d'entre elles se sont blessées en se débattant ; une autre a sauté par-dessus un mur pour s'échapper et s'est cruellement contusionnée.

« Divers postes de pompiers sont accourus avec la machine à vapeur, et, à onze heures, ils étaient maîtres du feu. »

*Création d'un syndicat des infirmiers de l'Assistance publique et des asiles d'aliénés de la Seine.* — On lit dans le *Temps* (numéro du 14 juillet 1892) :

« Les infirmiers de l'Administration générale de l'Assistance publique, des asiles Sainte-Anne, Villejuif, etc., se sont réunis, hier, rue Cassini, et ont définitivement constitué leur syndicat. Ils ont décidé la création d'une caisse de secours mutuels et d'une bibliothèque pour développer l'instruction professionnelle. Dans une prochaine réunion, ils étudieront, ont-ils dit, les moyens de fortifier la laïcisation des établissements de l'Assistance publique. »

*Incinération du président du Club des suicidés de Dallas (Etats-Unis).* — On écrit de Chicago :

« Une étrange et lugubre cérémonie a été célébrée récemment, pendant la nuit, sur la rive sud du lac Michigan.

« Les membres du Whitechapel Club de la ville procédaient en grande pompe à l'incinération de M. Morris Allen Collins, le président du Club des suicidés de Dallas (Texas), qui s'était brûlé la cervelle le 8 courant, à Chicago. Conformément aux instructions écrites laissées par le défunt, un grand bûcher avait été construit dans un endroit désert, sur le bord du lac. Vers onze heures du soir, les membres du Whitechapel Club, tenant chacun une torche allumée à la main, ont accompagné processionnellement le corps jusqu'au bûcher. Les membres du Whitechapel Club ont mis le feu avec leurs torches au bois enduit de poix et ont fait trois fois le tour du bûcher en chantant un chant funèbre.

« Le bûcher avait dix-huit pieds de long, huit pieds de large et vingt pieds de haut, et il avait fallu tout un jour à huit ouvriers pour le construire.

« Les membres de Whitechapel avaient amené chacun leurs amis pour assister à cette cérémonie rappelant les funérailles des Romains, et de nombreux fermiers de la région, attirés par la lueur du bûcher, n'ont pas tardé à accourir ; de sorte qu'il y avait foule à l'incinération du président du Club des suicidés. L'incinération n'a pas duré moins de cinq heures. Pendant ce temps, le chapelain du Whitechapel Club, M. W.-C. Thompson, a prononcé une allocution ; des airs funèbres ont été joués sur une harpe, M. Dwight Baldwin a prononcé le panégyrique du défunt, et la cérémonie s'est terminée par le triage des cendres. Les membres du Whitechapel Club, à l'aide de truelles dorées qui avaient été fabriquées spécialement pour la circonstance, ont recueilli les cendres du défunt et les ont déposées respectueusement dans une urne qu'ils ont rapportée à Chicago. Le soleil était déjà levé depuis longtemps lorsque le cortège funèbre est rentré en ville. » (Le *Temps*, numéro du 9 août 1892.)

*Epidémie de suicide à Trieste.* — On parle de Trieste qu'une véritable épidémie de suicide a sévi dans cette ville pendant la dernière semaine : seize personnes ont attenté à leurs jours, les unes par suite d'affaires d'amour, les autres, à ce que l'on croit, dans un état de démence momentanée causé par la chaleur.

*Assassinat d'une aliénée par une aliénée.* — Un drame terrible s'est passé dans la nuit du 10 au 11 septembre dernier, à l'asile d'aliénés de Bron, près Lyon. Voici le récit qu'en fait le *Temps* (numéro du 14 septembre 1892) :

« La femme Bonnet, âgée de quarante-quatre ans, avait été amenée, le matin, tellement surexcitée qu'on avait dû la coucher dans une cellule isolée contenant deux lits ; dans l'autre lit était la femme Fredin, âgée de cinquante-cinq ans, atteinte aussi de folie furieuse.

« Toutes les deux étaient ligotées dans leur lit avec la camisole de force ; mais, dans la nuit, la femme Bonnet, douée d'une grande force musculaire, décuplée encore par la folie, parvint à arracher en partie ses liens et à pousser son lit contre celui de la femme Fredin.

« Elle se précipita sur elle, défit les entraves qui lui liaient les pieds, la tira hors du lit, lui piétina la poitrine, la broya avec une telle rage qu'à l'autopsie on reconnut que les côtes avaient été brisées et avaient perforé estomac et poumon ; la folle avait achevé sa victime, qui respirait encore, en l'étranglant.

« Pendant toute cette scène, les deux folles avaient poussé des cris horribles, auxquels les gardiennes sont habituées. Ce fut seulement au bruit des lits remués qu'elles accoururent. Elles arrivèrent à la fin de cette scène sauvage, lutèrent pour arracher la femme Bonnet, qui s'acharnait sur le cadavre.

« La fureur de la folle se tourna contre les femmes, qui durent fuir, non sans recevoir des coups ; il fallut le renfort des gardiens pour s'emparer d'elle. »

*Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.*

---

Paris. — Typographie Gaston Né, 1, rue Cassette.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES  
 JOURNAL  
 DE  
**L'ALIÉNATION MENTALE**  
 LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS  
 ——————  
 CHRONIQUE



**Le troisième congrès international d'anthropologie criminelle à Bruxelles.**

Le troisième congrès international d'anthropologie criminelle a été tenu, du 7 au 13 août dernier, à Bruxelles. Les *Annales médico-psychologiques* ont rendu compte des deux congrès précédents, car les médecins aliénistes qui sont appelés comme experts devant les tribunaux doivent connaître les théories qui sont émises sur la responsabilité, et l'anthropologie criminelle a, dans son programme, une partie de la médecine légale concernant les aliénés.

Le premier congrès réuni à Rome, au mois de novembre 1885, avait eu pour caractère d'être plus italien qu'international. Ses organisateurs, en songeant à provoquer une réunion, n'avaient pas pensé, tout d'abord, donner au congrès l'extension qu'il a eue. La presque totalité des rapporteurs des questions à l'ordre du jour était de nationalité italienne, et l'école de Lombroso y était évidemment prédominante.

Le deuxième congrès international (Paris, 1889) avait réuni un nombre d'adhérents beaucoup plus considérable que le premier, et un grand nombre de nationalités y étaient représentées. Les théories de l'école italienne y furent vivement discutées, et la solution du problème posé par Lombroso demeura réservée.

Le congrès de Bruxelles a obtenu un succès considérable. On a considéré comme de toute justice de choisir pour président le Dr Semal, qui avait fort bien présidé à l'organisation. Le congrès était sous le haut patronage du gouvernement belge et a été, non seulement ouvert, mais encore suivi très régulièrement par le ministre de la justice qui en avait accepté la présidence d'honneur. Le roi, lui-même, est venu assister à l'une des séances et a reçu, le soir, les membres du congrès. Une excursion a été organisée pour visiter l'asile de Mons, et les adhérents du congrès ont eu l'autorisation de visiter la prison cellulaire de Saint-Gilles, sur la simple présentation de leur carte. Nous ne parlerons pas des fêtes qui ont été offertes et nous aurons à revenir sur les excursions à Mons et à la prison de Saint-Gilles. On a regretté l'abstention presque systématique des Italiens ; non seulement ils n'ont paru aux séances qu'au nombre de quelques unités, mais Lombroso, Ferri, Garofalo ne figuraient même pas sur la liste imprimée des adhérents. Nous ignorons le motif exact de cette abstention ; nous nous bornerons à signaler l'état de division existant chez ceux qui s'occupent d'anthropologie criminelle en Italie. Une note imprimée nous a été distribuée sur la « terza scuola ». Entre l'école métaphysique, ayant pour chef M. Lucchini, et l'école de Lombroso, s'est fondée la troisième école de MM. Alimena, Colajanni, Carnavale et Vaccaro. Cette école se dit positiviste et déterministe ; mais elle repousse l'existence du type criminel

et considère le milieu social comme le facteur dominant de la criminalité contemporaine.

Les questions mises à l'ordre du jour avaient fait l'objet de rapports qui avaient été imprimés et distribués avant la réunion. Nous passerons en revue les travaux du congrès, en insistant plus particulièrement sur les questions qui se rattachent à la médecine légale des aliénés.

La première question traitée a été l'obsession criminelle morbide. M. Magnan, auteur du rapport sur ce sujet, a exposé qu'il fallait préalablement une déséquilibration mentale pour que l'idée angoissante pût surgir spontanément et dominer toutes les autres opérations intellectuelles ; que, seuls, les dégénérés héréditaires étaient aptes à réaliser ces phénomènes pathologiques, si bien que l'obsession et l'impulsion morbides étaient de véritables stigmates psychiques de dégénérescence. M. Magnan a examiné successivement les obsessions et impulsions morbides à l'homicide, au vol, à l'incendie et les obsessions morbides sexuelles, en divisant cette catégorie d'anormaux en quatre groupes : les spinaux, les spinaux cérébro-postérieurs, les spinaux cérébro-antérieurs, les cérébraux-antérieurs ou psychiques.

M. Ladame a traité également la question des obsessions morbides, mais en limitant la question à l'obsession du meurtre. Ses conclusions sont : « Il faut distinguer parmi les aliénés homicides ceux qui sont poussés au meurtre par les *obsessions pathologiques*.

« L'obsession du meurtre appartient à la grande classe de la folie héréditaire, au même titre que la dipsomanie, la kleptomanie, etc. Elle se présente habituellement sous la forme d'un syndrome épisodique (Magnan) de la dégénérescence mentale.

« On peut diviser les obsédés homicides en deux classes :

« 1<sup>o</sup> Ceux dont les *obsessions restent théoriques* et n'aboutissent pas à l'acte homicide ;

« 2<sup>o</sup> Ceux qui font des tentatives de meurtre ou qui commettent des homicides à la suite de leurs obsessions impulsives.

« L'obsession du meurtre s'observe parfois isolément chez certains héréditaires. Elle peut revenir par accès intermittents ou périodiques. Elle forme alors une variété clinique importante à considérer en elle-même et n'est plus seulement le syndrome épisodique mobile et transitoire d'une dégénérescence mentale, comme cela se voit chez un grand nombre d'héréditaires dégénérés. Elle peut persister pendant des années et acquérir ainsi une extrême importance en médecine légale.

« L'obsession du meurtre se présente à l'état sporadique, et le plus fréquemment, sous forme d'épidémie morale à la suite des crimes retentissants ou des exécutions capitales. »

Les exposés de MM. Magnan et Ladame ont provoqué une discussion fort intéressante. M. Paul Garnier a examiné l'obsession homicide qui résulterait de l'épilepsie, mais il a insisté surtout sur ce fait, c'est que l'on ne doit pas isoler la folie homicide de l'état sous-jacent de déséquilibre et de désharmonie caractérisant la dégénérescence mentale ; et, pour convaincre les magistrats de l'irresponsabilité d'un obsédé homicide, il faut examiner la vie entière de cet obsédé. M. Garnier a posé une question à la fois grave et délicate, et que d'ailleurs il n'a pas cru pouvoir trancher. La séquestration de l'obsédé homicide est souvent suivie d'un état d'apaisement et d'amélioration. Parfois, au bout de six mois ou un an, l'asile n'a plus qu'un pensionnaire inoffensif. Doit-on le conserver ? Doit-on le rendre à la liberté ?

M. Moritz Bénédikt croit qu'il y a beaucoup d'obsédés méconnus dans les prisons, surtout parmi les détenus

des classes inférieures et il voit là une inégalité sociale qu'il considère comme un danger. Il est, en outre, convaincu que beaucoup de récidivistes sont des obsédés et ceux-là il les appelle, dans son langage original, les *récidivistes honnêtes*.

M. Naecke (de Leipzig) n'a pas partagé l'avis de M. Bénédikt, et croit qu'il y a fort peu d'obsédés en prison. Il a signalé des cas fort rares, il est vrai, où l'obsession morbide aurait existé sans dégénérescence mentale. Il a contesté quelques-uns des schémas de M. Magnan, et il croit que, surtout en matière d'obsession sexuelle, il faut beaucoup se méfier du mensonge.

M. Lefebvre (de Louvain) a dit qu'il avait constaté des cas de kleptomanie accidentelle et momentanée (envies de grossesse) sans dégénérescence mentale, et croit qu'il en avait été de même pour certains cas de folie du tact ou délire du toucher.

M. Ronschesne (de Hoogstraeten) a signalé l'influence de l'alcoolisme sur les obsessions morbides éventuellement criminelles.

La discussion sur les obsessions criminelles a été close et on a abordé la question de l'étiologie fonctionnelle du crime, question sur laquelle le rapport était présenté par M. Dallemagne, chef du service des autopsies des hôpitaux à Bruxelles. M. Dallemagne rattache tous les actes de l'individu à l'une des trois grandes fonctions nutritive, génitale, intellectuelle. Le développement des théories exposées dans le rapport a provoqué une discussion dans laquelle le président a bientôt dû intervenir pour rappeler aux orateurs que les questions métaphysiques n'étaient pas à l'ordre du jour.

M<sup>me</sup> Tarnowski (de Saint-Pétersbourg) a donné lecture d'une communication sur les organes des sens chez les femmes criminelles. M. Lacassagne a fait une communication sur les sentiments primordiaux des crimi-

nels qu'il distingue en frontaux ou intellectuels, pariétaux ou impulsifs, occipitaux ou émotifs.

M. Cuylits a donné lecture d'un mémoire sur, ou plutôt contre l'origine morbide des caractères reconnus chez les criminels. Il ne croit pas au criminel-né, mais à l'influence du milieu. Nous insisterons d'autant moins sur cette communication que l'orateur a été assez malheureux dans sa démonstration. Il a présenté des photographies qu'il donnait comme spécimens d'honnêtes gens ayant les stigmates physiques attribués au criminel-né, et l'un des membres du congrès a signalé parmi ces photographies celle d'un individu ayant subi un grand nombre de condamnations.

M. Motet a donné lecture d'une communication sur le mobile du crime chez l'enfant et l'adolescent. Il classe en trois catégories l'enfance délinquante : 1<sup>o</sup> les délinquants d'aventure qui, le plus souvent, ne dépassent pas une faute légère ; 2<sup>o</sup> les instinctifs, qui deviennent vite des délinquants d'habitude, et cela sans dégénérescence physique, par des causes toutes morales, mauvais exemples dans la famille, mauvaise éducation, mauvaise hygiène morale) ; 3<sup>o</sup> les débiles intellectuels, qui sont du ressort de la pathologie mentale et forment ce groupe de dégénérés qui sont sur la frontière de la raison et de la folie.

Deux séances tout entières ont été occupées par la discussion de trois rapports intitulés : Des principes fondamentaux de l'anthropologie criminelle (M. Dimitri Drill, de Moscou) ; Existe-t-il un type criminel anatomiquement déterminé ? (MM. Houzé et Warnots, de Bruxelles) ; Les caractères physiques intellectuels et moraux reconnus chez le criminel - né sont d'origine pathologique (M. Jelgersma, de Meerenberg).

L'école d'anthropologie criminelle à laquelle se rattache M. Drill combat le principe de la loi du talion :

elle ne se contente pas d'examiner le fait criminel, mais fait une étude de l'homme criminel et cherche à définir les causes qui ont produit le crime ; elle trouve deux facteurs du crime : les particularités individuelles provenant de l'organisation psycho-physique du criminel, et les influences extérieures dues, soit au climat et à la nature du pays, soit au milieu social. M. Drill envisage le criminel comme ayant une organisation malheureuse, mal équilibrée, avec des lacunes et comme n'étant pas apte à la lutte dans son milieu social. Les causes du crime sont classées en trois catégories : 1<sup>e</sup> causes intimes ou immédiates, ayant leur source dans l'organisation psycho-physique de l'auteur du crime ; 2<sup>e</sup> causes plus éloignées, dues aux conditions malheureuses et défavorables de sa vie ; 3<sup>e</sup> causes prédisposantes, poussant vers le crime ces organisations mal proportionnées et viciusement développées.

M. Drill conclut de ces données qu'il y a absence de bon sens dans les mesures répressives arrêtées d'avance avec leur durée et leur caractère spécifique. Dans chaque occasion de délit, on devrait prendre en considération les particularités individuelles. Le terme de la punition doit durer tant qu'existent les causes qui l'ont nécessitée, et ce terme doit finir sitôt que ces causes cessent d'exister.

Les conclusions de MM. Houzé et Warnots sont :

« 1<sup>e</sup> Le type anatomique, désigné par M. le professeur Lombroso comme appartenant au criminel, est un produit hybride composé en réunissant des caractères puisés à des sources différentes. Ce n'est donc pas un type réel. En admettant, cependant, que ce type se rencontre, encore est-il réalisé seulement dans la minorité des criminels ; il doit donc être rejeté ;

« 2<sup>e</sup> Pour constituer un type criminel, il faudrait choisir non seulement dans la même localité, mais encore

dans une même classe sociale un nombre égal de délinquants et de non-délinquants ;

« 3<sup>e</sup> La division des individus en délinquants et non-délinquants est arbitraire, car, comme le dit M. le professeur Brouardel, rien ne prouve qu'un individu sans casier judiciaire est un honnête homme ;

« 4<sup>e</sup> Un certain nombre de criminels relèvent de la pathologie ; ils présentent des stigmates nombreux de dégénérescence, mais ils ne constituent dans la famille des dégénérés aucune catégorie spéciale. Tel dégénéré est tuberculeux, tel autre est fou, celui-ci est idiot, celui-là est assassin ;

« 5<sup>e</sup> Les dégénérés sont des produits héréditairement dégradés de la race dont ils relèvent ; incapables de s'adapter à leur milieu, réfractaires à toute éducation par insuffisance organique, ce sont des victimes de l'évolution (Ch. Fétré) ;

« 6<sup>e</sup> Certains dégénérés sont nuisibles et la société doit prendre vis-à-vis d'eux des mesures de sécurité d'autant plus rigoureuses que la pénalité les trouve incorrigibles. »

M. Jelgersma a étudié les points de rapprochement entre le criminel et l'aliéné, et, à son avis, les efforts qu'on a déployés à rechercher s'il existe une différence absolue entre le criminel et l'aliéné n'ont pas abouti et n'aboutiront jamais. Il ne partage pas l'opinion émise par Lombroso que le criminel est un individu qui a subi les lois de l'atavisme ou bien est un épileptique; mais il trouve des rapports intimes entre ce qu'il appelle les symptômes cliniques du criminel-né, et les autres formes d'aliénation mentale, surtout en ce qui concerne les psychoses dégénératives. Sa conclusion est donc : le criminel-né est un malade à quelque point de vue qu'on le considère.

Les auteurs des rapports ont eu pour adversaires des

juristes qui se sont posés en défenseurs de la loi morale et du droit pénal. Le congrès n'avait pas à adopter les conclusions des uns ou des autres, mais le sentiment de la majorité était qu'on devait se tenir en dehors des exagérations des uns et des autres ; les honneurs de la journée ont été pour l'abbé de Baets qui, sans cesser de croire à une loi morale, ne rejette aucune science et proclame la haute utilité des études anthropologiques, au point de vue de la défense sociale contre le crime.

Trois rapports ont été présentés sur les suggestions criminelles et la responsabilité pénale. Ce sont ceux de MM. Bénédict, Voisin (Auguste), Bérillon.

M. Bénédict exprime ainsi son opinion : « Le crime par suggestion existe-t-il et peut-il exister ? Tel paraît être le premier point à examiner dans la question que nous traitons ici. Pour moi, je n'ajoute pas la moindre foi à son existence. Je considère ce genre de crimes comme les produits d'une fantaisie scientifique malheureuse, je ne nie pas leur existence *théorique*, je ne nie pas qu'on ne puisse en suggérer la simulation dans les salons et les laboratoires, mais je nie leur réalité *pratique*. » La conclusion de M. Bénédict est : « La question des crimes par suggestion, comme celle de la responsabilité des criminels par suggestion, manque d'actualité. Il n'existe pas de motifs suffisants pour que la législation s'occupe, tant au point de vue théorique qu'au point de vue pratique, soit de ces crimes, soit de la responsabilité des criminels qui les ont commis. »

M. Voisin, s'appuyant sur des expériences faites par lui sur un certain nombre de malades, a donné des conclusions fort différentes de celles de M. Bénédict :

« 1<sup>o</sup> La suggestibilité criminelle ou délictueuse à l'état de veille ou à l'état d'hypnose est intimement liée à la débilité ou à la dégénérescence mentale de l'individu suggestionné ;

« 2<sup>e</sup> A côté des nombreux cas négatifs ou entachés de simulation, il en existe d'autres, rares en vérité, où, sous l'influence d'une suggestion hypnotique, l'individu est capable de commettre les actes criminels ou délictueux à la façon de certains dégénérés impulsifs;

« 3<sup>e</sup> La responsabilité pénale d'un individu ayant commis un crime ou un délit sous l'influence d'une suggestion hypnotique doit être déclarée nulle, conformément aux termes de l'article 64 du Code pénal de la législation française : Il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister. »

M. Bérillon va plus loin encore que M. Voisin, et ses conclusions sont diamétralement opposées à celles de M. Bénédict :

« 1<sup>e</sup> Certains individus présentent normalement, à l'état de veille, et sans manœuvres préalables, une telle suggestibilité qu'il serait possible de leur faire exécuter automatiquement, sous l'influence d'une suggestion verbale, sans qu'ils en aient conscience et sans qu'ils puissent résister, des actes délictueux ou criminels ;

« 2<sup>e</sup> Dans le cas où il serait démontré, par l'examen psychologique du prévenu, qu'il a accompli l'acte incriminé sous l'influence d'une suggestion, ce prévenu devra être appelé à bénéficier de l'article 64 du Code pénal, qui dégage la responsabilité de ceux qui auront agi sans liberté ;

« 3<sup>e</sup> Par contre, les auteurs de suggestions criminelles ou délictueuses tomberont sous l'application des articles 265, 266, 267 et 268 du Code pénal, qui visent les associations de malfaiteurs et, surtout, de l'article 60 du Code pénal, qui prévoit la culpabilité de ceux qui, par abus d'autorité, de pouvoir, machinations ou artifices coupables, auront provoqué l'accomplissement d'une

action qualifiée crime ou délits, ou auront même simplement donné des instructions pour la commettre. »

La discussion qui a suivi l'exposé des rapports et à laquelle ont pris part MM. Crocq, Ladame, Masoni, Motet, Mendel, Houzé, n'a amené aucune solution de la question. Les expériences faites montrent la possibilité de provoquer par suggestion des actes impulsifs; mais personne n'a pu citer un cas de crime ou délit commis sous l'influence de la suggestion hypnotique et ayant amené un prévenu devant les tribunaux.

Le mémoire de M. Gauckler, professeur à la Faculté de droit de Caen (Importance respective des éléments sociaux et anthropologiques dans la détermination de la pénalité), traite une question de droit qui ne rentre pas dans notre cadre d'études.

M. Manouvrier a exposé les *questions préalables dans l'étude comparative des criminels et des honnêtes gens*. M. Manouvrier est, on le sait, l'adversaire de Lombroso et signale les causes d'erreur dans la détermination du type des criminels.

M. Hector Denis, recteur de l'Université de Bruxelles, a lu une communication sur la relation qui existe entre la criminalité et les crises économiques.

Le mémoire de M. Tarde, sur *les crimes des foules*, a provoqué une discussion assez étendue. M. Tarde distingue dans la foule tumultueuse les meneurs et les menés et signale que les meneurs ont souvent fort peu de valeur personnelle. M. Paul Garnier a appuyé sur ce dernier fait, en disant qu'il y a dans les foules tumultueuses des alcooliques et de véritables aliénés ; or, ce sont précisément ceux-là qui entraînent.

Le rapport présenté par M. Paul Garnier a pour objet : De la nécessité de considérer l'examen psychomoral de certains prévenus ou accusés comme un devoir de l'instruction. Dans la période quinquennale de

1886 à 1890, les aliénés méconnus et condamnés pour lesquels, dit M. Garnier, un internement survenant presque aussitôt le jugement a été, pour ainsi dire, la révision morale du procès, sont pour Paris au nombre de deux cent cinquante-cinq, soit en moyenne cinquante et une erreurs judiciaires par an. On n'a pu qu'applaudir à l'idée généreuse de M. Paul Garnier, de chercher à éviter ces erreurs. La seule objection, présentée par MM. Winckler et Motet, est que l'instruction rapide des flagrants délits ne comporte pas une expertise médicale qui prolongerait la durée de la prison préventive, et le service médical des prisons doit être assez bien organisé pour découvrir les aliénés méconnus. M. Paul Garnier a répondu qu'il valait mieux reconnaître ces aliénés avant qu'après leur condamnation, mais n'a pas indiqué le moyen de concilier un examen médical sérieux avec la procédure sommaire dans les cas de flagrant délit.

Quatre rapports ont été présentés sur les mesures applicables aux délinquants incorrigibles. Ce sont ceux de MM. Thiry, professeur de droit criminel à l'Université de Liège ; Van Hamel, professeur de droit criminel à l'Université d'Amsterdam ; Alimena, professeur à l'Université de Naples ; Maus, docteur en droit à Bruxelles.

Nous nous bornerons à citer, pour ordre, ces rapports et la discussion qui a suivi leur exposé, quoiqu'on ait rattaché à la question une communication de M. Legrain sur l'incorrigibilité chez l'enfant, d'après les observations faites à la colonie de Vaucluse, et une communication de M. Morel, médecin de l'asile Guislain, à Gand, sur les caractères de l'incorrigibilité.

On a ensuite discuté le rapport de MM. de Bœck, médecin-adjoint de la maison de santé d'Uccle, et Paul Otlet, avocat à Bruxelles, sur les prisons-asiles et les

réformes pénales qu'elles entraînent. L'expression prison-asile nous a paru mal choisie ; mais, en résumé, les auteurs proposent la construction d'asiles spéciaux, analogues à celui de Broadmoor en Angleterre. Ces établissements seraient destinés à tous ceux qui, soit dans un asile d'aliénés, soit en dehors d'un asile, étant en état de trouble mental, auraient commis ou tenté de commettre un des actes qualifiés crimes ou délits par la loi.

La dernière journée a été consacrée à la discussion des rapports : de M. de Ryckère, substitut à Bruges, sur le signalement anthropométrique et les applications qu'en a tirées M. Bertillon ; de M. Von List, professeur à l'Université de Halle, et de M. Bénédict, sur les applications de l'anthropologie criminelle ; de MM. de Rode, directeur au Ministère de la justice à Bruxelles, et de M. Hubert, professeur à l'Université de Louvain, sur l'inversion génitale et la législation. Dans cette dernière question, les auteurs des rapports n'ont guère étudié que la pédérastie et ont, surtout, fait leur étude, au point de vue juridique. Mais, pour M. de Rode comme pour M. Hubert, les invertis du sens génital ne sont pas des individus qu'on peut considérer, de prime abord, comme normaux. M. de Rode signale que la prédisposition névropathique, d'une part, et l'éducation vicieuse, d'autre part, sont les deux facteurs qui interviennent dans la genèse des habitudes de pédérastie. Or, si l'on est impuissant devant la prédisposition névropathique, on peut peut-être beaucoup contre l'éducation vicieuse. La prostitution pédéraste doit être surveillée de près, car on trouve là une vraie école de crimes.

M. Coutagne (de Lyon) avait déposé un rapport ayant pour objet : De l'influence des professions sur la criminalité. Par suite de l'absence de M. Coutagne, la question n'a pas été discutée.

Avant de se séparer, on a décidé que le quatrième congrès international d'anthropologie criminelle se réunirait en 1896, c'est-à-dire dans quatre ans, à Genève. M. Ladame avait été autorisé par son gouvernement à accepter cette proposition.

Il nous reste à parler de l'excursion à Mons, et de la visite de la prison cellulaire de Saint-Gilles, à Bruxelles.

M. Le Jeune, ministre de la justice, avait accompagné les membres du congrès à Mons. Après avoir été reçu officiellement à l'Hôtel de Ville par le bourgmestre et les échevins, on s'est rendu à l'asile d'aliénées dont M. et M<sup>me</sup> Semal s'étaient chargés de faire les honneurs. On sait que l'asile de Mons est un asile de l'Etat, ne recevant que des femmes aliénées. Situé sur une petite élévation de terrain, à proximité mais hors de la ville, l'établissement est bien construit et a une jolie vue sur la campagne. Un tramway à vapeur arrive au pied de la petite éminence et relie l'asile à la ville et à la gare de Mons. Nous ne pouvons pas intercaler ici, dans le compte rendu d'un congrès d'anthropologie criminelle, la description détaillée d'un asile d'aliénés ; nous ne pouvons en exposer que l'aspect général, et les impressions recueillies de côté et d'autre. Le congrès réunissait des juristes et des médecins. Les membres du congrès non médecins étaient frappés de l'aspect riant, si éloigné de ce que des romanciers ont pu décrire sous le nom de bastilles modernes ; des fleurs sont placées sur les fenêtres ; les jardins attenant à chaque division de malades sont bien soignés, et le médecin est l'ami de ses malades. Ceux qui sont habitués à voir des services d'aliénés ont pu admirer la tenue remarquable de l'établissement. D'une part, une propreté merveilleuse ; d'autre part, rien n'a été négligé pour introduire tout ce qui a été indiqué comme pouvant donner des résultats dans la thérapeutique des aliénés. Nous avons même

trouvé la cellule bleue qui n'a pas donné les résultats promis par son inventeur. Dans la salle de bains et d'hydrothérapie, le Dr Semal a fait installer, d'une manière très ingénieuse et à un prix relativement réduit, une baignoire électrique. Ce que nous avons plus particulièrement observé, c'est la recherche de l'utile et du confortable sans luxe, et c'est ce qu'on voit surtout dans les divisions affectées aux pensionnaires, où tout est à la fois simple et coquet, et où l'on a comme salles de réunion de petits jardins d'hiver. Un lunch était offert dans la salle des fêtes et sur le théâtre qui forme le fond de la pièce, une représentation a été donnée par un groupe de malades. Un chœur chanté par un assez grand nombre d'exécutantes a été plus particulièrement applaudi, et nous pouvons ajouter qu'une salve d'applaudissements s'adressait tout particulièrement à M. Semal. Ce chœur présentait ceci de très original, c'est que chaque malade avait un costume différent et chaque costume se rapportait à une pièce figurant au répertoire de la petite scène que nous avions sous les yeux, répertoire dont on pouvait, par suite, apprécier la richesse. M. Bénédict s'est chargé d'adresser des félicitations à M. Semal. « Jamais, a-t-il dit, je n'ai respiré, dans un asile, une plus profonde sensation de paix. » Il a réuni M<sup>me</sup> Semal à son mari en ajoutant : « On sent qu'on est ici au milieu d'une famille qui vit pour les aliénées et se consacre, avec une noble et touchante passion de charité, à l'amélioration de leur sort. » M. Semal a tenu modestement à reporter les félicitations qu'il recevait sur ses collaborateurs et, en particulier, sur le personnel des religieuses ayant à leur tête la mère Josépha ; mais, en résumé, chacun sortait de l'asile de Mons avec la meilleure impression qu'on pût emporter, et il nous paraît difficile de trouver un établissement où les malades reçoivent des soins plus intelligents et plus dévoués.

La visite à l'asile de Mons avait pour but de montrer au congrès comment on comprend les soins à donner aux irresponsables. La visite de la prison de Saint-Gilles avait pour but de faire voir le régime auquel sont soumis les délinquants responsables. La prison construite à Saint-Gilles est un type de prison cellulaire, et peut recevoir six cents hommes ; tous les détenus y sont isolés avec ce qu'on est convenu d'appeler un soin méticuleux et il fallait un congrès d'anthropologie criminelle pour nous en ouvrir les portes, car le ministre de la justice s'est réservé le droit d'autoriser les étrangers à visiter la prison.

Tous les détenus travaillent, mais toujours isolément, et on est arrivé à réaliser cet isolement dans des conditions où il paraît impossible au premier abord de l'obtenir. On a dans la prison de Saint-Gilles des services généraux, cuisine, boulangerie, buanderie ; les légumes sont épluchés dans de petites cabines, où chaque éplucheur travaille sans voir son voisin. Même disposition pour la buanderie : une série de cabines où chaque buandier a son petit outillage de lessivage et travaille isolément. A la boulangerie, le pétrin mécanique exige deux détenus pour être mis en mouvement et une cloison sépare les deux détenus. A la chapelle, les détenus assistent à l'office religieux, voient tous l'officiant, mais restent tous isolés entre eux, et, à ce point de vue, la disposition est des plus curieuses. La prison est construite d'après le système rayonnant ; or, la chapelle est située aux étages supérieurs de la partie centrale et, par conséquent, on y a accès de chacune des ailes. On peut comparer son aspect à un grand gâteau de miel coupé obliquement. Chaque détenu a sa petite loge et comme la chapelle forme un hémicycle et est disposée en amphithéâtre, on a pu réaliser le problème de rendre possible la réunion de plusieurs centaines de détenus en les

maintenant isolés l'un de l'autre. On a disposé, d'après le même système, des locaux affectés aux cultes protestant et israélite, locaux qui servent également à faire la classe aux détenus illettrés. L'infirmerie est constituée par une série de cellules plus confortables, avec une disposition particulière pour que le détenu puisse appeler en cas de besoin. Les bains sont rattachés à la division de l'infirmerie. A l'extrémité de chaque aile de bâtiment, on trouve une série de petits préaux, disposés en éventail, où les détenus vont prendre l'air en restant isolés les uns des autres. Nous n'insisterons pas davantage sur la disposition de la prison de Saint-Gilles. Nous nous bornerons à signaler qu'elle peut recevoir six cents détenus et occupe six hectares. Le directeur, qui est fort au courant des questions pénitentiaires, et nous a reçus très gracieusement, nous a exposé qu'on s'était préoccupé de réduire l'espace occupé afin d'obtenir une construction à moins de frais, et cette réduction de surface peut s'obtenir en disposant les préaux individuels dans l'espace laissé inoccupé entre les ailes de la prison. Ce qui nous intéressait plus particulièrement était l'influence de ce régime cellulaire, de cet isolement absolu, sur l'état mental des détenus. Non seulement on a présenté des statistiques montrant le petit nombre de détenus devenus aliénés, mais encore, on nous a affirmé que ce régime n'occasionnait pas de troubles intellectuels. Nous ne pouvons pas juger un système à l'occasion d'une simple visite. Nous avons vu une prison admirablement tenue et entretenue. Elle est occupée depuis plusieurs années et paraît absolument neuve. On n'y voit pas la plus petite dégradation. Les détenus y jouissent d'un certain confortable, peuvent avoir des livres fournis par la bibliothèque de la prison, peuvent fumer et avoir quelques douceurs. Ce qu'on leur demande de la manière la plus rigoureuse, c'est de

ANN. MÉD.-PSYCH., 7<sup>e</sup> série, t. XVI. Novembre 1892. 2. 24

ne pas communiquer entre eux et de travailler ; et ils ont une certaine latitude pour choisir leur genre de travail. En somme, d'après des témoignages dont nous n'avons aucune raison de suspecter la sincérité, ce régime paraît donner de bons résultats en Belgique.

A. GIRAUD.

---

### **Le centenaire de la "Retraite d'York".**

Le 21 juillet dernier, l'Association médico-psychologique de Grande-Bretagne et d'Irlande fêtait le centenaire de la Retraite d'York. A la réunion, tenue sur une des pelouses de l'hôpital, à l'ombre des vieux charmes plantés par le fondateur de cet établissement, le Dr Hack Tuke, digne arrière-petit-fils de son illustre aïeul, évoqua le nom glorieux de Pinel. Tuke et Pinel, les deux grands philanthropes qui, vers la même époque, sans se connaître et sur des scènes différentes, entreprirent la réforme immortelle ! L'un n'était qu'un paisible habitant de la cité d'York, membre pieux de la Société des amis, et ignorant des choses médicales ; l'autre un savant déjà célèbre, contraint de vivre et travailler, au péril de ses jours, dans la fournaise révolutionnaire. Mais tous deux avaient au cœur une même passion : l'amour de l'humanité ; un même ardent désir : la suppression des traitements barbares infligés aux aliénés.

Quelles sont les origines de la Retraite ? En 1791, une femme, appartenant à la Société des amis, fut internée à l'asile d'York, ouvert depuis quelques années. La famille, habitant à une trop grande distance pour pouvoir visiter la malade, chargea des amis de ce soin ; mais ceux-ci se heurtèrent au refus des autorités de

l'asile. Cependant, l'aliénée vint à mourir, d'une façon assez mystérieuse et qui donna prise aux soupçons. On attribua le décès à une coupable négligence, peut-être même à des traitements inhumains. William Tuke, informé du fait, et persuadé qu'il existait des lacunes dans l'organisation générale de l'établissement, se demanda s'il ne serait point possible de créer une maison où les malades, traités avec bonté et douceur, ne pourraient être soustraits aux visites et à l'affection des leurs. Dominé désormais par cette idée, il en fit part à ses amis. Quelques-uns l'approuvèrent chaleureusement, et, parmi ses plus fermes soutiens, nous citerons son fils et sa belle-fille, Henry et Mary-Maria Tuke, ainsi que son ami Lindly Murray, d'York. D'autres cherchèrent à le dissuader, et sa femme lui déclara que des nombreux enfants éclos de son cerveau, le dernier né se trouvait sur les frontières de l'idiotie. Mais William Tuke n'était pas homme à se laisser abattre ni par les oppositions, ni par les moqueries ; il poursuivit son but, et, à la réunion de la Société des amis tenue à York au printemps de 1792, proposa l'érection d'un asile destiné aux aliénés. Il ne put obtenir un vote définitif, et désespéra un instant de voir jamais son rêve se réaliser. « Tous les hommes semblent m'abandonner sur les points essentiels », écrivait-il en un jour de découragement. Il persévéra pourtant et se mit à visiter quelques-uns des asiles en renom. Leur organisation déplorable le frappa ; à Saint-Luke, où il put constater l'emploi des chaînes, il trouva un grand nombre de malheureux, gisant sans vêtements sur la paille pourrie. Rempli d'une profonde pitié, et animé d'une indignation sincère, il reprenait la parole, à une réunion tenue le 28 juin, flétrissait les traitements barbares infligés aux aliénés, et réclamait à nouveau la fondation d'un asile où seraient exclusivement appliqués les principes d'humanité et de douceur.

L'opposition fut ardente et sur le point de triompher ; mais, Henry Tuke ayant soutenu son père avec véhémence, le projet reçut enfin l'assentiment de l'assemblée. La société acheta un terrain dans une localité saine et bien située, à proximité d'York. On y remarquait une éminence avec un moulin à vent, dont on fait dériver son nom « Lamel Hill » qui viendrait de « le meule », comme l'appelaient les Normands. Sa hauteur au-dessus du niveau estival de l'Ouse était d'environ quatre-vingt-dix pieds. C'est là que les troupes de Fairfax et de Lesley placèrent leurs batteries durant le siège d'York par l'armée parlementaire en 1644.

La première pierre porte comme inscription :

HOC FECIT  
AMICORUM CARITAS IN HUMANITATIS  
ARGUMENTUM  
ANNO DNI MDCCXCII

Il s'agissait de trouver un nom ; la question étant un jour posée devant Mary-Maria Tuke, elle s'écria : « La Retraite. »

Tout, dans le nouvel établissement, fut mis en œuvre pour assurer le bien-être des malades, et les persuader, dès le jour de l'admission, qu'ils seraient, en toutes circonstances, traités avec bienveillance et humanité. On évitait les médications périodiques, alors si à la mode, telles que vomitifs, saignées, etc., et l'on recourait fréquemment aux bains chauds. Au point de vue du restraint mécanique, ni règles fixes, ni parti pris, les décisions étant laissées à la sagesse des superintendants.

De préférence à la camisole, on employait une ceinture de cuir, à laquelle on fixait les bras, tout en permettant la liberté des mouvements, et de façon seulement à empêcher les malades de nuire, soit à eux-

mêmes, soit aux autres. Suppression absolue des chaînes ; pour les aliénés violents et dangereux, chambre de réclusion de 12 pieds sur 8. Les récréations alternaient avec le travail ; les femmes étaient employées aux occupations du ménage, les hommes envoyés aux ateliers ou aux champs.

Un médecin suisse qui visita la Retraite peu de temps après sa fondation, en donnait la description suivante (lettre adressée aux rédacteurs de la Bibliothèque britannique sur un nouvel établissement pour la guérison des aliénés, 1798, par le Dr Delarive) : « Cette maison est située à un mille de York, au milieu d'une campagne fertile et riante ; ce n'est point l'idée d'une prison qu'elle fait naître, mais plutôt celle d'une grande ferme rustique ; elle est entourée d'un jardin fermé. Point de barreau, point de grillages aux fenêtres.....

« Vous voyez que dans le traitement moral on ne considère pas les fous comme inaccessibles aux motifs de crainte, d'espérance, de sentiment et d'honneur ; on les considère plutôt, ce semble, comme des enfants qui ont un superflu de force et qui en faisaient un emploi dangereux. »

Le bâtiment primitif existe encore, et forme le centre de constructions beaucoup plus considérables. Il est entouré de cours, jardins et champs, d'une superficie de 34 acres.

Le personnel se compose d'un médecin superintendant (actuellement le Dr Bedford Pierce, qui a succédé au Dr Baker), d'un médecin visiteur, de deux médecins adjoints, d'un surveillant et d'une surveillante. Le nombre des gardiens varie suivant les besoins.

L'assemblée générale des souscripteurs et directeurs se tient chaque année à York. Le comité de l'hôpital, dont le trésorier est membre de droit, se réunit tous les mois, ou plus souvent si les circonstances l'exigent ; il

décide sur les entrées et les sorties, et approuve les dépenses courantes. La principale source de revenus consiste dans les paiements versés par les malades, les pensions peu élevées se trouvant compensées par d'autres beaucoup plus considérables. En cas d'insuffisance des revenus, on a recours aux donations et aux souscriptions annuelles.

Le prix de pension varie de 14 schellings à 7 guinées par semaine ; le coût hebdomadaire par tête est de 1 livre, 15 s., 6 d.

Nous ne voulons pas terminer cette courte notice sans adresser nos plus sincères remerciements à nos confrères britanniques, pour leur chaleureux et sympathique accueil ; nous prions en même temps le D<sup>r</sup> Hack Tuke de croire à notre profonde gratitude et à notre vive affection.

D<sup>r</sup> RENÉ SEMELAIGNE.

---

---

---

# Pathologie

---

## DES MODIFICATIONS OBSERVÉES DANS L'ÉTAT MENTAL DE CERTAINS ALIÉNÉS ATTEINTS DE CHOLÉRA

**Par le Dr CAMUSSET**  
Médecin directeur de l'asile de Bonneval.

---

Pendant le cours d'une épidémie cholérique qui a sévi dernièrement à l'asile de Bonneval, on a pu constater que l'affection exerçait une influence, très prononcée parfois, sur l'état mental des aliénés atteints. Ayant pris, à ce point de vue, des notes journalières sur tous les malades, j'en ai déduit des considérations générales, assez intéressantes peut-être pour être exposées ici.

L'observation a porté sur soixante sujets, des femmes en grande majorité. Ce nombre n'est pas très élevé, mais il suffit cependant pour donner une certaine valeur aux conclusions tirées de l'étude des malades. D'autant plus que, parmi ceux-ci, on rencontre les principaux types des psychopathies, et que les déments affaiblis, gâteux, sont rares. Contrairement, en effet, à ce qui se passe d'ordinaire dans les asiles d'aliénés pendant les maladies épidémiques, nos quartiers de gâteux ont fourni un nombre de malades relativement inférieur

au nombre de malades fourni par les autres quartiers. On peut expliquer ainsi cette anomalie : l'épidémie a débuté par les quartiers de tranquilles et d'agités. Dès l'apparition des premiers cas, des mesures d'isolement et de prophylaxie furent prises très rigoureusement partout. La maladie ne s'est, par suite, propagée que vers la fin, et d'une façon très peu intense, aux quartiers non contaminés au début, aux quartiers de gâteux, par conséquent.

Je me propose de noter succinctement l'effet du choléra sur le fonctionnement intellectuel de tous les aliénés atteints, mais il est nécessaire, pour cela, de suivre une méthode. La meilleure consiste, je crois, à répartir tous les sujets observés en plusieurs groupes, conformément à un large classement nosologique artificiel. Ainsi, on pourrait faire un premier groupe répondant aux nombreux états maniaques ; un autre répondant aux différents états mélancoliques ; un troisième renfermant les délires partiels plus ou moins bien systématisés et le délire chronique de persécution ; un dernier, enfin, pour la démence organique, la paralysie générale, la démence épileptique. On peut négliger presque complètement les idiots et les imbéciles, le choléra ne modifiant naturellement guère leur état mental.

1<sup>o</sup> *États maniaques.* — Le choléra a eu, dans tous les états maniaques, une influence des plus remarquables. On peut dire que c'est là le point réellement intéressant de ce mémoire :

*L'attaque cholérique a toujours fait disparaître l'état maniaque, quelle que fût l'intensité, quelle que fût l'ancienneté de celui-ci.*

Mais aucune de ces guérisons ne s'est maintenue. Si le malade guérissait du choléra, il redevenait progressivement, au point de vue mental, tel qu'il était avant l'attaque de la maladie intercurrente.

On a noté depuis longtemps que, souvent, les maladies somatiques graves intercurrentes, principalement les maladies fébriles, produisaient une amélioration plus ou moins marquée, quelquefois durable, de la manie et aussi de certaines autres maladies mentales. On rapporte même des cas de guérison réelle. Le choléra agit en somme comme agissent les autres maladies graves intercurrentes; mais son action est bien plus marquée, bien plus certaine surtout que la leur. — Tous nos cholériques maniaques ont été guéris temporairement de leur vésanie. On doit donc nécessairement faire un chapitre à part pour le choléra, dans l'étude de l'influence des maladies intercurrentes sur les vésanies. Nous verrons, du reste, que l'influence du choléra varie avec la forme des maladies mentales.

J'ai réuni vingt-deux cas de choléra survenus chez des maniaques. Entre parenthèse, les maniaques entrent donc pour un tiers dans le nombre total des aliénés atteints par l'épidémie. Je vais relater brièvement tous ces cas, quelques-uns présentent des particularités spéciales qui suscitent certaines réflexions.

Voici d'abord un cas typique de manie aiguë.

I. — M<sup>me</sup> M..., vingt-sept ans, institutrice. Jeune fille robuste et d'une bonne constitution. Atteinte de manie depuis près de trois semaines. Cet accès, qui est le premier, aurait été provoqué par des chagrins. Il n'y a jamais eu d'aliéné dans la famille.

Agitation violente presque continue. Discours incohérents dans lesquels on retrouve quelques idées mystiques et érotiques. Actes désordonnés. Chants, cris, grimaces. La malade se déshabille toute nue. Parfois elle s'agenouille, les bras en croix, et reste ainsi longtemps immobile, faisant des prières.

Cette maniaque est prise du choléra le 30 juillet au matin, et elle meurt le même jour dans la soirée. Dès le début l'agitation tombe et la raison revient. La malade envisage froidelement sa situation et elle se rend exactement compte de la gravité de son état. Elle dit qu'elle est perdue, qu'elle le sent. Malgré ses

vives souffrances, elle exprime le regret de ne pouvoir voir ses parents. Comme elle a des croyances religieuses, elle demande un prêtre de suite, parce que, dit-elle, elle a peur de perdre connaissance, elle souffre trop.

Elle reste telle jusqu'à la mort, qui fut cependant précédée d'une courte agonie avec perte de connaissance, coma et respiration stertoreuse.

Il s'agit, dans ce cas, d'un accès de manie récent qu'une attaque de choléra interrompt brusquement. Il n'y a, dans le fait, de réellement remarquable que la cessation instantanée, pour ainsi dire, de l'état maniaque. L'attaque de choléra a été très rapide, moins d'une demi-heure après la première selle diarrhéique blanche, la malade était déjà algide et son facies avait l'aspect grippé caractéristique. C'est, en effet, quand l'algidité s'établit que le délire disparaît.

Voici un second cas, analogue au premier, mais dans lequel l'accès maniaque était déjà ancien. La malade était classée parmi les chroniques.

**II. — M<sup>me</sup> Z..., trente-quatre ans, femme de chambre, atteinte de manie depuis cinq ans.** Excitation, loquacité incohérente, idées très vagues de persécution, hallucinations et illusions multiples.

L'affection présente des alternatives d'aggravation et d'amélioration. Dans les meilleurs moments, la malade s'occupe un peu, mais elle reste quand même incohérente et surtout très irritable. La moindre parole qu'on lui adresse a la propriété de l'exaspérer. Elle parle alors avec volubilité, moitié en allemand, moitié en français: ce qu'elle dit est incompréhensible.

Cette femme est atteinte du choléra le 22 et elle succombe le 24 juillet. Presque dès le début de l'attaque, elle devient calme et raisonnante. Elle se plaint de beaucoup souffrir de coliques et de crampes, elle manifeste la peur qu'elle a de mourir, parce qu'elle se sent très malade et que plusieurs de ses compagnes ont déjà succombé. En résumé, elle n'offre plus le moindre vestige de son délire ordinaire. Sa situation mentale est absolument celle d'une personne, normale au point de vue intellectuel, atteinte du choléra, craignant et prévoyant la mort.

Ses facultés mentales ne sont pas affaiblies, elle répond sensément aux questions. Elle n'était donc pas en démence malgré l'ancienneté de son état maniaque (cinq ans).

On est porté à ne pas séparer suffisamment la manie chronique de la démence maniaque. La seconde succède à la première, quelquefois rapidement, mais souvent aussi très lentement, et jamais il ne faut confondre ces deux états ensemble.

Dans le cas suivant, il s'agit encore d'une manie chronique et non d'une démence maniaque. La preuve en est dans ce fait, que le choléra a amené une guérison provisoire. La malade ayant résisté, l'état maniaque a reparu avec la guérison du choléra.

III. — La nommée E..., veuve D..., est à l'asile depuis douze ans; son état est toujours demeuré stationnaire. Manie chronique avec exacerbations passagères. Loquacité incohérente, surexcitation habituelle, idées délirantes multiples, variables et bizarres. Ces conceptions délirantes, la malade les émet en riant, et elles sont en réalité peu profondes.

E... travaille un peu et on reconnaît, en l'étudiant attentivement que ses facultés mentales, sa mémoire surtout, ne semblent pas affaiblies. Par exemple, on s'aperçoit qu'elle se souvient de faits passés plusieurs mois auparavant, et qui n'avaient pas dû l'intéresser pourtant beaucoup sur le moment. Ces faits, elle les amalgame dans ses discours avec ses idées délirantes saugrenues. Elle a une hérédité vésanique chargée.

Atteinte du choléra le 2 août, elle est très malade, l'algidité persiste pendant plusieurs jours, la température axillaire descend à 33 degrés. Elle guérit cependant, mais lentement.

Le délire maniaque disparaît pendant tout le temps que l'état reste grave, pendant toute la période d'algidité. E... est alors raisonnable, elle s'exprime correctement, elle donne tous les renseignements qu'on lui demande. Elle raconte qu'elle a déjà eu le choléra autrefois, à Paris, quand elle était enfant, etc. Mais dès que son état cessa d'être grave, la surexcitation reparut ; la manie se rétablit progressivement, parallèlement avec l'amélioration. Quand la malade fut guérie, son état mental était redevenu absolument tel qu'il avait été avant l'attaque cholérique.

Le cas suivant est presque semblable.

IV. — R..., cinquante ans, atteinte de manie depuis plus de douze ans. Elle est toujours plus ou moins furieuse, injuriant et menaçant tout le monde, frappant les gardiennes. Elle divague continuellement, débraillée, les cheveux en désordre, elle prétend qu'on ne lui donne pas à manger. « On veut que je crève de faim. »

Atteinte très violemment du choléra le 20 juillet, son état ne tarde pas à devenir des plus graves. Elle reste algide une huitaine de jours. Elle finit pourtant par guérir.

Pendant la période grave, l'intelligence redevient nette et précise. Cette femme, qui n'avait jamais quitté le quartier des agitées, est douce, polie, reconnaissante des soins qu'on lui donne. On la croyait en démence, on a la preuve que ses facultés sont encore conservées, elle parle de sa famille, de ses enfants. Mais dès que l'état physique s'améliore, l'état mental redevient mauvais. Aujourd'hui R... est replacée au quartier des agitées, dont elle est une des malades les plus bruyantes et les plus désagréables.

La malade suivante était réellement en démence maniaque.

V. — La nommée D..., cinquante-cinq ans, appartient à une famille d'aliénés. Elle a eu autrefois plusieurs accès d'aliénation mentale qui ont guéri. Elle est entrée pour la dernière fois à l'asile il y a huit ans, et depuis ce moment son état est resté stationnaire. Violente agitation maniaque, toujours furieuse, impulsive et dangereuse. Très érotique aussi. Il est impossible d'obtenir d'elle la moindre réponse sensée.

Atteinte du choléra le 20 juillet, morte le 22 juillet. Pendant ces deux jours, calme complet, aucune idée délirante. Elle souffre beaucoup et elle le dit; mais elle ne semble pas comprendre sa situation et elle ne manifeste aucune crainte de la mort. Elle répond sensément, sans brusquerie, poliment même, sur tout ce qui a rapport à son mal; elle explique bien ce qu'elle éprouve, mais elle est incapable de dire son âge. Elle sait où elle est, mais elle ignore l'année. En résumé, la manie a disparu et la démence persiste seule.

Je note brièvement maintenant une série de malades dont les observations se ressemblent beaucoup.

VI. — La nommée G..., quarante ans. Manie avec prédominance d'idées de persécution. Elle réclame sans cesse, se plaint de tout. Elle ne fait absolument rien, toujours en colère, parfois agressive. Elle est à l'asile depuis quatre ans, toujours dans le même état, sans avoir jamais présenté de rémission. Elle provient de l'asile de Vaucluse.

Prise du choléra le 23 juillet, elle succombe le lendemain. Dès le début de l'attaque jusqu'à la mort, elle est calme, tranquille et raisonnable. Elle se rend compte de son état et voit qu'elle va mourir.

VII. — La nommée M..., quarante-deux ans. Manie chronique typique. Divagations continues, chants, cris, grimaces, illusions, troubles de la sensibilité générale. L'affection dure depuis huit ans, avec parfois des rémissions légères, permettant de faire sortir la malade du quartier des agitées.

Atteinte du choléra le 18 juillet, morte le soir même. Dès les premiers symptômes, elle devient tranquille et raisonnable. Elle répond juste, indique ses souffrances. Elle n'a pas l'appréhension de la mort.

Du reste, au bout de quelques heures, elle tombe en prostration et entre vite en agonie.

VIII. — La nommée R..., trente-cinq ans. Type de manie chronique avec démence. Aliénée depuis neuf ans. Absolument incohérente et malpropre, érotique, se déchire, se déshabille, toujours en mouvement.

Elle est atteinte du choléra le 21 juillet et succombe le lendemain. Dès le début de la maladie, elle se calme, elle ne délire plus, mais elle reste immobile dans son lit ne parlant pas spontanément. Elle geint quand elle souffre davantage et répond raisonnablement aux questions relatives à la souffrance qu'elle éprouve. Elle se prête aux soins qu'on lui donne, tend le bras quand on lui fait des injections hypodermiques. Elle est, en réalité, en démence tranquille, l'état maniaque s'est dissipé.

IX. — La nommée C... est une maniaque chronique en démence, mais elle réagit peu bruyamment. Elle est incohérente et impulsive.

Elle est atteinte le 24 juillet, mais d'une façon peu intense, et elle guérit assez rapidement. Pendant les deux ou trois premiers jours de la maladie, elle est tout à fait tranquille et raisonnable, elle ne délire nullement. Dès que la réaction s'établit, elle reprend son état mental ancien.

X. — La nommée P... est également une maniaque chro-

nique en démence ; mais, contrairement à la malade précédente, elle est excessivement bruyante et toujours en mouvement.

Atteinte aussi assez légèrement, elle reste calme et raisonnable tout le temps que dure l'algidité. Ensuite elle s'agitte violemment et avant d'être réellement guérie. On dut, malade encore, l'isoler dans une chambre transformée en cellule.

XI et XII. — Les nommées V... et M..., deux démentes depuis longtemps à l'asile, sont prises assez gravement du choléra, mais guérissent quand même après être restées algides et en danger pendant quatre ou cinq jours.

Pendant ces quatre ou cinq jours, elles sont de simples démentes tranquilles, puis, à mesure que leur état physique s'améliore, elles s'excitent, s'agitent de plus en plus. Aujourd'hui, rentrées au quartier des agitées, elles sont telles qu'avant leur attaque de choléra.

Les malades suivantes sont des idiotes ou des imbéciles en état maniaque depuis longtemps. Chez elles aussi l'état maniaque se dissipe et l'idiotie se montre seule, tant que l'affection intercurrente reste grave, tant que les malades sont algides et en danger.

XIII. — La nommée P..., soixante-deux ans, depuis trente ans à l'asile, imbécile, toujours en état maniaque, bruyante, impulsive et aggressive.

Le choléra se déclare le 18 juillet, elle meurt en huit heures. L'état maniaque se dissipe de suite. La malade répond aux questions relatives à ses souffrances, elle donne aussi son nom. Mais ses facultés sont très peu développées et on obtient peu de chose d'elle. Elle ne semble pas avoir peur de mourir, mais la vue des malades voisines l'effraie certainement. On a du reste soin de placer des paravents autour des lits des malades en agonie.

XIV. — La nommée L..., vingt-cinq ans, type d'idiote maniaque. Elle ne sait dire que quelques mots et elle les prononce si mal qu'on la comprend à peine. Les vêtements en désordre et déchirés, toujours en mouvement, sale, bruyante et batailleuse.

Atteinte le 22 juillet, elle reste longtemps très malade, mais elle finit par guérir. Dès le début, l'état maniaque disparaît, il ne reste plus qu'une idiote tranquille et même docile, accep-

tant les soins qu'on lui donne et se laissant volontiers faire des injections sous-cutanées. La vue de ses voisines très malades l'impressionne beaucoup, mais il est douteux qu'elle appréhende la mort pour elle-même, son intelligence est trop peu développée.

Graduellement et au fur et à mesure que la santé se rétablit, l'état maniaque reparait.

XV. — La nommée B..., trente-cinq ans, est une imbécile en manie depuis sept à huit mois.

Elle est atteinte le 24 juillet et elle reste dans une situation très grave pendant toute une semaine, puis elle se rétablit lentement. Comme chez les autres sujets, la manie, chez elle, disparaît complètement pendant toute la période grave du choléra, puis elle reparait progressivement à mesure que la maladie somatique guérit. L'état mental de la malade, tant qu'elle est algide et en danger, est celui d'une demi-imbécile tranquille. Cette femme donne des détails sur sa famille, sur les événements importants de sa vie, etc... Quoique se plaignant de beaucoup souffrir, elle ne manifeste à aucun moment la crainte de mourir.

XVI. — La nommée G..., trente-huit ans, est également une idiote maniaque. Son observation est semblable à l'observation précédente. Seulement, atteinte le 24 juillet, elle ne guérit pas, elle succombe le 26 juillet.

Pendant les deux jours de maladie, l'état maniaque disparaît complètement.

L'aliénée suivante est atteinte d'une forme psychopathique qui n'est pas de la manie véritable. Du reste, le groupe des malades qui nous occupe ici a été dénommé groupe des états maniaques et non groupe des manies. Or, l'aliénée en question est bien en état maniaque.

XVII. — La nommée B..., quarante-trois ans. Il y a quinze ans, à la suite d'une grande frayeur et d'un traumatisme, délire mélancolique avec craintes imaginaires et hallucinations de l'ouïe. Plus tard, la malade se déprime et finit par tomber en stupeur. Pendant une dizaine d'années elle reste en mélancolie avec dépression plus ou moins marquée, et ses facultés mentales s'affaiblissent progressivement. Puis son état se modifie petit à petit et se transforme enfin complètement; depuis

cinq ans elle est en état maniaque. Loquacité incohérente intarissable, besoin continual de mouvement ; la malade, irritable et agressive, a la manie de s'écorcher la figure avec ses ongles.

Atteinte du choléra le 22 juillet, la période algide ne dure pas longtemps, et, au bout de quatre jours, on pouvait considérer B... comme hors de danger. Elle finit, en effet, par guérir complètement.

Pendant l'algidité, c'est-à-dire pendant quarante-huit heures, la loquacité disparaît et le calme persiste ; mais bientôt, de sa voix encore cassée, la malade recommence à marmotter ses divagations incohérentes. A aucun moment elle n'est réellement lucide, et c'est à peine si elle répond raisonnablement quand on lui demande où elle souffre.

Guérie enfin, B... est complètement revenue à son état mental ordinaire, que la maladie intercurrente a seulement un peu modifié pendant quelque temps. Il n'en est pas moins vrai que, pendant la période algide, l'état maniaque a momentanément disparu, et c'est le seul point qu'il importe de faire ressortir.

**La malade suivante a un délire maniaque avec idées hypocondriaques non systématisées.**

**XVIII.** — La nommée M. F..., soixante-sept ans, à l'asile depuis dix ans. Elle est toujours surexcitée et bruyante, elle émet des idées hypocondriaques variables et plus bizarres les unes que les autres. Un jour elle a une tête de fer, et, pour expliquer ce phénomène, elle raconte une histoire absurde : on l'a tuée autrefois, on lui a coupé le cou et changé la tête, etc. Une autre fois, elle est traversée de haut en bas par une tige de fer et elle se fâche parce qu'on ne la lui enlève pas. Un matin, elle a un morceau de viande pourrie dans la bouche, qu'elle veut enlever, et elle se prend la langue avec les doigts, tirant autant qu'elle peut ; il en résulte une contusion sérieuse de l'organe, etc.

Atteinte le 30 juillet, elle résiste assez longtemps, mais elle finit par succomber le 10 août. — Pendant le cours de la maladie, tout délire disparaît, pas d'agitation, la malade est douce, polie, raisonnable, reconnaissante des soins qu'on lui donne, quoiqu'elle les juge inutiles, vu qu'elle voit bien qu'elle va mourir.

**XIX, XX et XXI.** — Trois autres femmes, atteintes de démence maniaque, succombent en quelques heures du choléra.

Elles se calment dès le début de la maladie et n'émettent plus aucune idée délirante. Elles tombent presque de suite en prostration.

Leurs observations se ressemblent absolument et elles ne présentent pas de particularités intéressantes. Il est inutile de les détailler, il suffit de les indiquer.

XII. — La dernière malade, la nommée L..., âgée de quarante-cinq ans, est une héréditaire. Atteinte de manie aiguë en 1888, elle est toujours restée aliénée depuis cette époque. Son état est caractérisé par un grand trouble dans les idées, porté souvent jusqu'à l'incohérence, de la loquacité et des conceptions délirantes d'ordre mystique. Elle présente, en outre, des phénomènes d'aboulie et d'obsession. Ainsi, elle ne peut franchir une porte par laquelle une infirmière a passé devant elle. Si on lui présente un objet quelconque avec la main, elle ne peut le saisir, elle fait quelques essais, elle s'efforce d'approcher la main, mais elle ne peut y arriver. Il faut que l'objet soit déposé sur une table, sur un meuble, alors elle le prend sans aucune difficulté. Elle fait quatre ou cinq fois de suite la même question futile; malgré qu'on lui réponde chaque fois, elle n'est satisfaite qu'après un certain nombre de réponses.

Cette femme a une attaque de choléra d'une intensité moyenne le 31 juillet, et elle guérit.

Pendant le cours de la maladie, l'état maniaque disparaît complètement. L... est raisonnable, elle n'émet pas une seule idée délirante, mais chez elle les phénomènes d'obsession et d'aboulie persistent aussi marqués qu'à l'ordinaire.

J'ai voulu résumer les observations de tous les maniaques qui ont été atteints par l'épidémie. Sur vingt-deux cas, il n'y a pas en une seule exception, le choléra a toujours fait disparaître temporairement l'état maniaque, ainsi que les délires non systématisés, variables et peu profonds de cette forme vésanique.

Quand il y avait manie chronique simple, et non démence maniaque, le sujet se montrait pendant un certain temps normal au point de vue intellectuel. Quand il y avait démence maniaque, il était momentanément dément simple. On confond trop souvent la manie chronique avec la démence maniaque. Il arrive que, malgré

de nombreuses années d'incohérence, les facultés mentales restent presque intactes. Si, dans ces cas, la faculté du syllogisme réapparaît, on assiste à une de ces guérisons tardives qui surprennent toujours. Quand, au contraire, les facultés mentales sont réellement diminuées, usées à un degré marqué, le fonctionnement cérébral, troublé depuis longtemps, peut bien encore se régulariser à un certain moment, mais alors la démence simple remplace l'incohérence et il n'y a pas guérison. La démence vraie est forcément incurable, elle est incurable par définition. C'est ce phénomène de guérison partielle qu'ont présenté plusieurs de nos sujets.

On a remarqué aussi que la plupart des malades, sauf les idiots et imbéciles, ont eu, pendant les périodes graves du choléra, la notion exacte de leur situation, et que tous envisageaient la mort sans angoisse.

*2<sup>e</sup> États mélancoliques.* — L'attaque cholérique a aussi modifié plus ou moins profondément l'état de plusieurs mélancoliques; mais son influence n'a été, ni aussi profonde, ni surtout aussi générale, sur les états mélancoliques que sur les états maniaques. Du reste, il y a eu bien moins de mélancoliques que de maniaques atteints par l'épidémie, et les observations des premiers ne sont pas assez nombreuses pour qu'on puisse en déduire des conclusions certaines.

Voici le résumé de celles qui offrent quelque intérêt.

I. — La nommée M... (Olive), cinquante-huit ans, à l'asile depuis trente ans. Père suicidé, une sœur aliénée.

Démence mélancolique. Olive M... est tranquille, indifférente, toujours triste, ne parlant que très peu et à voix basse, ne donnant pas de réponses sensées aux questions les plus simples. Elle a la manie de collectionner les morceaux d'étoffe qu'elle trouve et qu'elle couvre de broderies grossières. Elle a fait autrefois plusieurs tentatives de suicide et elle a eu de nombreuses périodes de mélancolie aiguë avec anxiété; mais depuis

longtemps elle est tranquille et n'a plus de tendance à se détruire.

Atteinte du choléra le 24 juillet, elle succombe deux jours après. Ses facultés, qu'on croyait très affaiblies, sont en réalité assez bien conservées encore. En effet, pendant sa maladie, elle répond très raisonnablement de sa voix cassée caractéristique du choléra. Elle sent qu'elle est perdue, elle le dit, elle remercie poliment les infirmières qui la soignent, mais elle assure que « tout ça, c'est bien inutile ». Elle voit venir la mort sans crainte et sans regret : « Il y a bien trop longtemps que je suis ici. »

Dans ce cas de mélancolie chronique, la maladie intercurrente a produit un effet tout à fait semblable à celui qu'elle produit toujours dans les états maniaques. Mais c'est notre unique observation de ce genre. Cette observation fait voir aussi que, dans la mélancolie chronique, la démence n'est pas toujours aussi accentuée que l'attitude des malades, leurs réponses, et l'ancienneté de la maladie pourraient le faire croire.

Le cas suivant a quelque analogie avec le précédent.

II.— La nommée B... (Rosa), vingt-neuf ans. Débilité mentale native. Mélancolie. Toujours sombre, isolée dans les coins et ne faisant absolument rien. Répondant par des injures. Idées vagues de persécution. Impulsions agressives pour des motifs futiles. Père aliéné. Début, il y a six ans, par un accès de mélancolie avec stupeur.

Atteinte par l'épidémie le 22 juillet, morte le 26 juillet. Pendant toute la durée de la maladie, Rosa B... est calme et douce, elle répond convenablement. Aucune trace des idées délirantes anciennes.

Quand, dans la mélancolie, les idées délirantes sont vagues, superficielles, elles disparaissent pendant la maladie intercurrente. Quand, au contraire, elles sont systématisées, profondément installées, elles persistent. Exemple :

III. — La nommée B..., quarante-huit ans. Mélancolie

anxiouse typique. Gémissements journaliers avec périodes d'exacerbation. Culpabilité imaginaire. Quelques idées délirantes de négation. Elle a tué son fils, elle est une misérable mère. « Mon Dieu, faut-il ! Faire mourir son cher petit enfant ! Oh, mauvaise mère ! » gémit-elle des heures entières. — Elle est perdue, elle n'a plus rien, ni enfant, ni mari. Son mari étant venu la voir, elle reste persuadée que c'est l'image de son mari qui est venue, son mari réel n'existe plus.

Chez cette malade, le choléra a duré douze jours avant de se terminer par la mort. Pendant ces douze jours elle ne gémissait plus, mais elle était triste, absorbée. Elle parlait peu, mais sans délirer. Cependant, quand on l'interrogeait, on voyait que les idées délirantes ordinaires subsistaient toujours. Elles persistèrent jusqu'à la fin. Deux heures avant qu'elle entrât en agonie, je lui parlai de son fils, elle me répondit ces mots : « C'est méchant, dans ma situation, de me parler de mon fils ; vous savez bien que je suis une mère maudite, et que j'ai tué mon pauvre petit enfant. »

Les autres mélancoliques, qui ont été atteints par l'épidémie, n'ont rien présenté de notable au point de vue intellectuel. La maladie tendait plutôt à accroître encore leur état de dépression. Ils tombaient vite en prostration ; les idées délirantes habituelles, quand les malades en avaient, persistaient jusqu'à la fin. C'est ainsi qu'un homme hypocondriaque déprimé manifesta tout le temps de sa maladie, jusqu'à la mort, ses conceptions hypocondriaques ordinaires.

*3<sup>e</sup> Délires partiels. Délire de persécution.* — Tous les aliénés à délires partiels, particulièrement les persécutés, n'éprouvèrent aucune modification psychique du fait de l'attaque cholérique. Il n'y eut aucune exception à cette règle. L'excitation, quand il y en avait, se dissipait, mais le délire systématisé persistait. Il a aussi été évident, plusieurs fois, que les hallucinations de l'ouïe et les troubles de la sensibilité générale continuaient à se manifester dans les périodes les plus graves du choléra, et jusqu'à l'agonie.

Voici quelques exemples de cette persistance du délire de persécution.

I. — La nommée Sc..., cinquante ans, atteinte depuis des années du délire classique de persécution. Elle est assez irritable et continuellement absorbée dans son délire.

Tombée malade le 17 juillet, elle succombe le 20 juillet. Tranquille pendant tout le temps de sa maladie, elle se rend bien compte de son état. Mais elle est hallucinée jusqu'à la fin et elle ne cesse d'affirmer qu'un certain docteur Herpin la tourmente toujours avec l'électricité, et c'est au moyen de l'électricité qu'il lui donne des crampes et des coliques.

II. — La nommée G... est une vieille persécutée qui présente une sorte de dédoublement de la personnalité. Elle est persécutée par les « souffrances », qui lui envoient des « souffles » et qui l'injurient. Elle a aussi un cousin, le cousin Guillet, qu'elle ne voit pas, mais qui est toujours près d'elle et avec qui elle s'entend très bien. Quand on lui demande quelque chose qui, pour elle, a une certaine importance, avant de répondre elle interpelle à haute voix le cousin : « Cousin Guillet, faut-il que je dise ? » Elle est excessivement irascible.

Cette vieille femme a été malade douze jours avant de succomber. Pendant tout le cours de sa maladie, elle n'a pas cessé d'être « soufflée » et tourmentée par le cousin Guillet. Très prostrée et presque à l'agonie, elle mourut une demi-heure après, comme je m'approchais de son lit, elle s'efforçait de me repousser et de me frapper, en disant : « Va-t'en, tu veux encore me souffler. »

III. — Une nommée R..., persécutée arrivée à la période des idées de grandeur, guérit du choléra en quelques jours. Pendant tout le cours de sa maladie elle manifesta ses idées habituelles de grandeur et de persécution.

Il est inutile de multiplier les exemples. Nos observations — elles sont au nombre de dix — se ressemblent toutes. Jamais le choléra ne produisit de modification dans les délires partiels systématisés.

4° *Démence organique. Paralysie générale, etc.* — Nous n'avons eu qu'un seul paralytique général atteint par l'épidémie. Il ne nous a donc pas été possible de

juger de l'effet du choléra sur l'évolution de la péri-encéphalite diffuse. On admet en général que les maladies intercurrentes, les traumatismes graves, les suppurations longues provoquent parfois des rémissions prononcées dans la paralysie générale, je ne sais si l'influence du choléra a été spécialement étudiée à ce point de vue.

Notre paralytique était arrivé à un degré très avancé de démence, son état mental ne fut nullement modifié par le choléra. Il mourut après avoir résisté une huitaine de jours. Il lui arrivait de sortir du lit et d'errer sans but dans la salle. Il n'eut, à aucun moment, la moindre idée exacte de sa situation.

Plusieurs déments organiques, hommes et femmes, ne présentèrent non plus rien de notable. L'intelligence de ces malades resta à son niveau ordinaire pendant toute l'évolution de la maladie. Les moins déments comprenaient leur situation, ceux dont la démence était plus accentuée restaient indifférents et inertes. Du reste, ces sortes de malades tombaient ordinairement très vite en prostration.

Un dément épileptique également resta absolument, au point de vue psychique, tel qu'il était avant l'apparition du choléra chez lui.

Deux démentes séniles qui moururent enfin, pendant toute la durée de la maladie intercurrente, le sentiment exact de leur situation et de leur fin prochaine. Elles se montrèrent tout à fait résignées et même indifférentes.

Un alcoolique chronique, enfin, qui, avec un certain degré d'affaiblissement des facultés, avait des idées vagues de grandeur et de persécution, cessa de délirer dès le début de l'attaque. Il comprit de suite la gravité de son état, et contrairement à ce qu'on observa chez presque tous les autres malades, loin d'être résigné, il

manifestait une grande peur de la mort. Il succomba en trois jours.

5<sup>e</sup> *Idiotie. Débilité mentale.* — Six malades, dont l'affection mentale était uniquement constituée par un développement intellectuel plus ou moins incomplet et sans délire, ont été atteints par l'épidémie. Plusieurs étaient des idiots véritables, deux n'avaient seulement qu'une débilité mentale légère avec des accidents convulsifs de nature hystérique.

Des idiots il n'y a rien à dire. Ils souffraient et se plaignaient, mais la sensibilité ne paraissait pas très développée chez eux. Ceux qui guériront reprenaient, dès que l'algidité disparaissait, leur attitude habituelle. Une imbécile prononcée, qui avait des mouvements choréiformes très étendus et continuels, n'eut pas de troubles de la motilité pendant les périodes graves de l'affection ; mais ses mouvements choréiformes reparurent aussitôt qu'elle ne fut pas algide.

Quant aux débiles hystériques, deux jeunes filles qui succombèrent toutes deux, elles ne présentèrent pas de symptôme psychique. L'esprit très lucide, elles envisageaient leur situation avec beaucoup de sang-froid, elles disaient qu'elles allaient mourir et se montraient parfaitement résignées.

#### RÉSUMÉ.

De l'ensemble des notes qui précédent, il est légitime, je crois, de tirer quelques conclusions.

Les auteurs s'accordent pour reconnaître que le choléra, qui produit dès son début des troubles vaso-moteurs si marqués, ne s'accompagne pas de symptômes d'ordre psychique. On a seulement signalé quelquefois un délire fugace, fébrile, quand les sujets sortis de la période algide, après une réaction trop vive, prenaient

l'aspect typhoïde. Aucun de nos malades n'a présenté ce symptôme.

Chez ceux de nos sujets qui n'étaient pas délirants d'ordinaire, l'intelligence est restée telle qu'elle était à l'état normal. Chez les deux hystériques signalées plus haut, elle est apparue remarquablement lucide. Une jeune maniaque, la demoiselle M..., dont l'observation est résumée au commencement de ce Mémoire, avait des sentiments affectifs normaux, une lucidité et un sang-froid remarquables.

Quant à l'influence du choléra sur les différentes folies, elle est analogue à celle des autres maladies aiguës graves intercurrentes, mais elle présente des particularités spéciales.

Ainsi l'attaque cholérique, pendant ses périodes graves, fait disparaître temporairement tous les états maniaques, quelle que soit leur nature, quelle que soit leur ancéneté. Mais, après la guérison, les états maniaques se rétablissent progressivement. Telle a été la règle absolue dans les vingt-deux cas de délire maniaque observés pendant l'épidémie, et c'est pour cette raison que j'ai voulu, au risque de fatiguer l'attention, résumer successivement les vingt-deux observations. Il est possible que la guérison de la vésanie devienne définitive dans certaines circonstances, quand l'accès est récent et le malade jeune, par exemple, mais le cas ne s'est pas présenté.

Le choléra modifie aussi parfois, en les améliorant, les états mélancoliques, mais ce n'est pas une règle générale. Du reste, nos observations de mélancoliques atteints du choléra ne sont pas assez nombreuses pour qu'on puisse en tirer des conclusions certaines.

L'attaque cholérique a fait disparaître les délires vagués, non systématisés, peu profonds, des maniaques et des mélancoliques; mais il n'a eu aucune action sur

les délires systématisés. L'observation de mélancolie anxieuse avec culpabilité imaginaire et gémissements, et celle de l'alcoolique chronique avec idées de grandeur sont intéressantes à ces deux points de vue différents.

Quant au délire de persécution véritable, il n'a subi aucune modification du fait de l'attaque de choléra. Les conceptions délirantes et les hallucinations ont toujours persisté sans aucun changement jusqu'à la fin, alors même que la vésanie était arrivée aux périodes avancées de mégalomanie.

Il en a été de même de tous les délires partiels véritablement systématisés. Quand ces délires étaient accompagnés d'un état maniaque, celui-ci se dissipait complètement; quand ils étaient accompagnés d'un état mélancolique, ce dernier disparaissait plus ou moins complètement, mais le délire, lui, persistait toujours et sans aucune modification.

Mais, délirants ou non-délirants, presque tous nos malades, sauf ceux dont le développement intellectuel était très imparfait, les idiots, ou ceux dont les facultés mentales étaient très affaiblies, les déments avancés, presque tous nos malades, dis-je, se rendaient compte de la gravité de leur état et savaient qu'ils étaient en danger de mourir. Presque toujours en outre, quoiqu'il y ait eu quelques rares exceptions, ils envisageaient la mort probable avec une résignation parfaite.

Un seul paralytique général a été atteint; il était arrivé à une période avancée de son affection, et il n'a éprouvé aucune modification psychique. Mais ce cas unique et isolé n'a pas grande signification. On est porté à croire que le choléra, plus encore que les autres maladies aiguës, peut parfois influer sur l'évolution de la paralysie générale.

Plusieurs fois, comme on l'a vu, des maniaques chroniques, qu'on croyait en pleine démence, ont surpris par

la netteté de leur intelligence pendant l'attaque cholérique. Ces malades n'étaient en réalité que des chroniques, ils n'étaient pas déments. On est porté à supposer que les maniaques et les mélancoliques chroniques sont toujours déments, c'est une grande exagération.

En terminant enfin, une réflexion au sujet de la disparition fréquente, par le fait du choléra, des délires vagues, superficiels, non systématisés, alors que les délires systématisés, profonds, persistent sans aucune modification. La raison de cette différence ne consisterait-elle pas dans ce fait, que les premiers délires sont la conséquence de troubles cérébraux d'ordre fonctionnel dus à de simples modifications dans l'irrigation sanguine, alors que les seconds ont un substratum organique persistant, une lésion organique, matérielle ?

---

---

---

## SUR

# LE DÉLIRE DES NÉGATIONS

**Par le Dr F.-L. ARNAUD**

Médecin-adjoint de la Maison de santé de Vanves.

---

Parmi les questions que l'on a discutées au congrès de Blois (3<sup>e</sup> session des médecins-aliénistes de langue française, août 1892), l'une des plus intéressantes est celle du *délire des négations*.

L'historique de cette question, ainsi que l'a constaté le très consciencieux rapport de M. Camuset, est tout récent et peut se résumer en deux noms, celui du regretté Cotard et celui de M. Séglas. C'est en effet dans une série de travaux publiés de 1880 à 1888 (1), que Cotard a décrit un type de mélancolie anxieuse présentant une physionomie très particulière. Aux symptômes habituels de la mélancolie anxieuse commune viennent s'ajouter, à une période généralement avancée de la maladie, des idées de *négation généralisée*, c'est-à-dire portant à la fois sur l'organisme, sur les qualités morales et sur l'existence même du malade, — sur la réalité des choses extérieures, — atteignant enfin le domaine métaphy-

---

(1) Du délire hypocondriaque dans une forme grave de mélancolie anxieuse (*Annal. méd.-psychol.*, 1880). — Du délire des négations (*Archiv. de Neurologie*, 1882). — Perte de la vision mentale dans la mélancolie anxieuse (*Archiv. de Neurologie*, 1884). — Origine psychomotrice ou psychosensorielle du délire (*Annal. méd.-psychol.*, 1887). — Le délire d'enormité (*Annal. méd.-psychol.*, 1888).

sique et englobant dans la négation l'âme, la nature et Dieu. « Par un enchaînement logique » (Cotard), de ces idées de négation se déduisent des idées de damnation, d'immortalité, de véritables idées de grandeur conservant le cachet de tristesse qui marque les conceptions délirantes habituelles de ces malades, et pouvant aller jusqu'à *l'énormité physique et morale*.

Après Cotard, M. Séglas, s'appuyant sur de nombreux faits personnels, a étudié (1) avec soin cette forme psychopathique, et il a mis en lumière l'altération de la personnalité qu'elle suppose et qui en est la lésion profonde.

Divers auteurs ont publié depuis un petit nombre d'observations répondant à la description de Cotard et de M. Séglas.

Les idées de négation dont il s'agit, se distinguent facilement de celles, plus ou moins analogues, qui surviennent chez les paralytiques généraux, et aussi des *tendances négatives* qui se retrouvent fréquemment dans toutes les variétés de délires dépressifs. Elles s'en distinguent par leur cohésion logique, par leur systématisation, par leur longue durée, et, en outre, par *leur évolution également systématique*.

Ce dernier caractère me semble avoir une grande importance pour l'appréciation des idées de Cotard ; c'est là le côté vraiment original de sa conception. J'ai eu l'occasion de le dire déjà, dans une analyse des œuvres de Cotard (2).

(1) Note sur un cas de mélancolie anxieuse (*Archiv. de Neurologie*, 1884). — Mélancolie anxieuse avec délire de négation (*Progrès médical*, 12 nov. 1887). — Psychose tardive ; idées de négation chez les vieillards (*Progrès médical*, 27 oct. 1888). — Sémiologie et pathogénie des idées de négation (*Annal. méd.-psychol.*, 1889).

(2) F.-L. Arnaud : Analyse des *Études sur les maladies cérébrales et mentales*, par le Dr Cotard, in *Annal. méd.-psychol.*, septembre 1891.

« L'idée mère, l'idée centrale de ces divers travaux, est celle de *l'évolution ascendante de l'hypocondrie*, qui établit, « suivant une certaine logique », un lien entre les formes les plus atténuées et les plus graves de la mélancolie. « *Il semble n'y avoir*, dit Cotard, *qu'une différence de degré entre les états d'hypocondrie morale et les affections mélancoliques avec idées de culpabilité, de damnation et de négations systématisées.* *L'hypocondrie morale est une ébauche dont il suffit d'accentuer les traits et de forcer les ombres pourachever le tableau de ces dernières formes de mélancolie.* »

« Cette évolution, toute comparable à celle de l'idée de persécution, aboutit comme celle-ci à un véritable délire ambitieux, mais qui ne perd jamais sa marque d'origine. Le persécuté est, avant tout, un orgueilleux ; aussi, arrive-t-il à une mégalomanie franche, avouable, glorieuse : il est prince, il est roi, il est Dieu. Et quand sa nouvelle personnalité est *définitivement* constituée, il en parle sans cesse, il l'étale sans retenue.

« Au contraire, le mélancolique hypocondriaque est toujours triste et humble, du moins en apparence, dans les grandeurs où l'entraîne son délire et qui sont pour lui un châtiment ; ses fautes supposent d'abord *une perversité*, puis *une puissance infernale; diabolique* (il est le diable, l'antechrist) : une éternité de souffrances peut seule expier ces fautes ; un degré encore, et leur auteur n'est plus seulement un danger et un scandale par sa personne morale, par ses vices et par ses crimes, mais aussi par le développement monstrueux de sa personne physique, de son corps. « *Quelques-uns de ces immortels ne sont pas seulement infinis dans le temps, ils le sont aussi dans l'espace. Ils sont immenses, leur taille est gigantesque, leur tête va toucher aux étoiles, etc...* » — Cette mégalomanie triste, morose, qui va parfois jusqu'à *l'énormité*, reste infamante, inavoua-

ble, généralement inavouée, et quand le malade en parle, c'est pour en gémir et se lamenter. »

Cotard, à la vérité, fait à peine mention, dans son travail portant le titre de *Délire des négations*, des idées d'immortalité, de grandeur et d'énormité. Mais il y a beaucoup insisté dans deux mémoires ultérieurs : *Origine psycho-motrice ou psycho-sensorielle du délire*, et *Le délire d'énormité*, que lui-même a pris soin de rattacher au *Délire des négations*. Si, donc, on veut donner un exposé exact et complet des idées de Cotard, il est nécessaire de tenir compte de leurs développements successifs.

J'insiste encore sur ce point, trop facilement sacrifié, me semble-t-il, par M. Séglas qui est, pourtant, le défenseur naturel du *délire des négations*.

Au congrès de Blois, il y a eu des dissidences et de forme et de fond. Le rapporteur, M. Camusset, a résumé un assez grand nombre (28) d'observations empruntées à différents auteurs, et qui, d'ailleurs, ne sont pas toutes conformes au type Cotard. Mais il a ajouté qu'il n'avait personnellement observé aucun cas de ce genre, et il a exprimé des réserves expresses, en ce qui touche l'interprétation des faits.

M. Paul Garnier s'est aussi montré fort sceptique ; il n'a « jamais vu le délire des négations tel que l'a décrit Cotard, ce délire qui arrive à son heure, tardivement dans tous les cas, qui a quelque chose de spécial dans son évolution, dans sa terminaison ».

Plus sévère encore, mais injuste, M. Charpentier pense que Cotard « a dû être séduit par le nom », et qu'il a introduit dans la science « non pas une maladie nouvelle, mais seulement un mot nouveau ». Constatons que, dans la discussion, personne ne s'est montré aussi résolument négateur que M. Charpentier.

Les défenseurs du délire des négations, au moins en

ce qui concerne la réalité des faits décrits par Cotard, ont été nombreux et convaincus.

M. Séglas, dans une savante communication, a distingué plusieurs variétés d'idées de négation et il a montré qu'il en existait une, fortement systématisée, irréductible dans ses caractères essentiels, d'une longue durée, et survenant au cours d'un accès de mélancolie anxieuse.

M. Régis, rapportant une observation conforme à cette manière de voir, a affirmé que sa « conviction sur la réalité clinique de l'état psychopathique créé par Cotard est aujourd'hui entière ».

Mon très cher maître, M. J. Falret, a résumé avec sa netteté habituelle les données principales de la question : « Le délire de négation existe, il a une évolution progressive, semblable à celle du délire de persécution. Il commence par de l'hypocondrie morale, puis apparaît la mélancolie anxieuse. Le malade... a des conceptions délirantes les plus diverses, de ruine, de culpabilité, d'indignité et de damnation. Mais ce délire est encore possible et acceptable ; ce n'est que plus tard, à une période avancée, qu'apparaissent les idées délirantes réellement absurdes. Enfin, à la période terminale, se montre un délire d'enormité qui est une sorte de délire des grandeurs de forme mélancolique. C'est comme une échelle ascendante du délire, depuis l'hypocondrie simple jusqu'au délire le plus excessif et le plus absurde.

« Ce délire de négation est peu connu, mais on le constatera de plus en plus fréquemment à mesure qu'on examinera plus attentivement les aliénés dans ce sens... »

M. Pichenot (d'Auxerre), M. Carrier (de Lyon), M. Gilbert Ballet, ont également fait connaître d'intéressantes observations de *délire des négations*, analogues à celles de Cotard et de M. Séglas.

Une discussion assez confuse s'est engagée sur ce

point de savoir si Cotard avait voulu ou non décrire une nouvelle *entité* morbide. Cette discussion a montré, une fois de plus, combien le langage médical gagnerait à se débarrasser de certains mots, tels que celui d'*entité*, dont la roideur métaphysique s'accommode si mal du provisoire et des compromis inhérents à toute théorie médicale, des modifications que la meilleure doit subir du temps.

Au reste, comme l'a fort sagement dit M. Ballet, la question du *délire des négations* doit être résolue par des faits, non par des considérations théoriques. Or, ces faits existent, cela est pour moi indubitable. Sans être très fréquents, ils ne constituent cependant pas une rareté. J'ai eu l'occasion, depuis trois ans, d'en observer plusieurs à la maison de Vanves. Seulement, il faut d'ordinaire se donner la peine de les rechercher, interroger les malades dans ce sens, triompher de leur mutisme et de leurs réticences. En agissant comme si on les admettait, répétons avec M. J. Falret qu'on les découvrira plus souvent qu'on ne l'eût cru.

Je rapporte ici une observation de tous points conforme à la description de Cotard. Son intérêt est d'autant plus grand que la malade dont il s'agit, très intelligente, a écrit une série de lettres dont je donnerai des extraits. Ces lettres, non seulement mettent en relief les conceptions délirantes de la malade, mais elles font encore saisir sur le vif, et de la façon la plus nette, cette altération de la personnalité dont nous devons une bonne étude à M. Séglas.

## OBSERVATION.

SOMMAIRE. — Femme de soixante-deux ans. — Délice des négations systématisé. — Anxiété, idées de ruine et de damnation ; négations ; idées d'immortalité, délice d'enormité. — Accès durant depuis trois ans environ. — Un accès antérieur de mélancolie simple.

M<sup>me</sup> A..., âgée de soixante-deux ans, entre à la maison de santé de Vanves en avril 1890.

Nous ne savons rien de ses antécédents héréditaires.

Dans son passé, nous relèverons un incident d'une grande importance : vers l'âge de quarante-deux ans, M<sup>me</sup> A... a été atteinte d'une *maladie noire* caractérisée par une dépression générale, de la tristesse, des idées de ruine, des scrupules et quelques idées de culpabilité. Cette maladie dura de *trois à quatre mois* et guérit sans internement.

La ménopause, survenue quelques années plus tard, ne s'accompagna d'aucun trouble mental.

Vers le milieu de l'année 1889, M<sup>me</sup> A... présente certaines modifications dans le caractère ; puis, au commencement de 1890, elle devient triste assez brusquement et sans motif. Elle présente presque tout de suite des *troubles moteurs*, sur lesquels je reviendrai. Peu de jours après, se montrent des idées de culpabilité et d'indignité, auxquelles se joignent bientôt de l'anxiété, de l'insomnie et une grande agitation.

A l'entrée de la malade, nous constatons un *délire mélancolique, avec prédominance d'idées de ruine. Grande excitabilité, gémissements. Tremblement des membres ; tendance au refus des aliments* (avril 1890).

M<sup>me</sup> A..., qui ne peut tenir en place, est atteinte d'une sorte de *tremblement choréique* de la moitié droite du corps, prédominant au membre inférieur ; dans l'attitude assise, ce dernier est agité de mouvements irréguliers, surtout dans le sens latéral. La station debout et la marche semblent d'abord impossibles, le membre inférieur droit ne pouvant rester immobile et pliant sous le poids du corps. Cependant, on voit très bien que la force musculaire et la direction du mouvement restent conservées ; car, si on ne la soutient pas, la malade ne tombe jamais et sait éviter les obstacles.

Dans le bras, mêmes caractères.

ANN. MÉD.-PSYCH., 7<sup>e</sup> série, t. XVI. Novembre 1892. 4. 26

En somme, dans le bras comme dans la jambe, les mouvements volontaires sont troublés, mais conservés, il n'y a pas d'affaiblissement musculaire appréciable ; l'altération est beaucoup plus apparente que réelle.

Ces désordres moteurs existent aussi dans *la langue*, qui présente des mouvements de latéralité et ces mouvements d'avant en arrière dits *de trombone*. La parole est, par suite, embarrassée, trémulante.

L'ensemble de ces symptômes avait éveillé, dans l'entourage de la malade, l'idée d'une hémiplégie. Un examen un peu attentif suffisait à éloigner cette hypothèse.

La *sensibilité* est intacte dans tous ses modes, sauf peut-être un certain degré d'anesthésie cutanée. — Réflexes normaux.

Aucun trouble dans les organes des sens ; aucun stigmate physique de dégénérescence.

Ces désordres moteurs allèrent s'atténuant progressivement, et au bout de six semaines, il n'en restait plus trace.

L'agitation, excessive dans les premiers temps, détermina un amaigrissement considérable et la production d'*escrare*s au dos et aux fesses. Il y avait aussi un peu de fièvre. Ces phénomènes inquiétants ne tardèrent pas à s'amender sous l'influence du traitement ; mais le refus des aliments s'accentua, et il dure encore.

*État mental.* — J'ai déjà mentionné l'agitation, la violente anxiété, les cris, les gémissments, les idées tristes que présentait la malade. Au mois de décembre suivant (dix mois environ après le début de l'accès, dix-huit mois après ce début, si l'on tient compte des modifications du caractère qui avaient précédé la mélancolie confirmée), apparurent des *idées de damnation*, puis *de négation systématisée*. Ces idées ont toujours persisté depuis, sans aucune atténuation. Il s'y est ajouté, comme dans les observations de Cotard, la *croyance à l'immortalité* à titre d'éternel châtiment, des idées de *criminelle grandeur* et un véritable *délire d'énormité* caractéristique.

L'affection présente des périodes de dépression et des paroxysmes d'agitation, se succédant d'une façon irrégulière, mais affectant dans leur ensemble une tendance marquée à l'alternance quotidienne. L'élément émotif détermine l'anxiété et les paroxysmes d'agitation. Alors, M<sup>me</sup> A... ne peut tenir en place, elle va et vient en poussant des gémissments, des cris aigus, entrecoupés d'exclamations dans lesquelles reviennent souvent les mots : Dieu ! infini, enfer, éternité ! Au cours de ces

erises, la malade résiste à tout, se débat, frappe, égratigne, injurie.

Pendant les premiers mois de son séjour à Vanves, M<sup>me</sup> A... consentait à manger les jours de calme, refusant les aliments surtout les jours d'excitation. Depuis longtemps, c'est l'inverse qui se produit ; la malade ne mange volontairement que les jours où elle s'agit le plus et où elle nie avec le plus d'énergie sa propre existence et celle des objets extérieurs.

Qu'elle soit calme ou agitée, M<sup>me</sup> A... gratte et déchire continuellement la peau de l'extrémité de ses doigts, le bord libre et le pourtour des ongles, la paume des mains, de telle sorte que ses mains sont dans un état déplorable. Jamais elle n'a offert d'autre tendance à la mutilation. Jamais elle n'a exprimé des idées de suicide ni fait aucune tentative.

Afin d'abréger cette longue observation, sans pour cela altérer sa physionomie spéciale, je me bornerai à donner les principaux extraits de mes notes prises au jour le jour et quelques-unes des nombreuses lettres de la malade.

*Novembre 1890.* — Apparition de quelques *idées de damnation* : « J'ai trop péché, j'ai fait trop de mal pour n'être pas damnée sans rémission. »

*Décembre.* — *Idées de négation*, sous une forme indécise : tantôt la malade nous prend pour le diable, tantôt elle déclare que nous n'existons pas, que nous sommes *des ombres, des fantômes*.

*Janvier 1891.* — Alternatives d'excitation et de calme. — N'a plus rien, ni argent, ni vêtements ; *tout le monde est ruiné...* Elle est très coupable, elle sera la plus punie ; elle est déjà en enfer... Être mise à mort, être coupée en morceaux, tout cela n'est rien auprès des tourments qui lui sont réservés. C'est bête de lui mettre la sonde œsophagienne, « c'est un petit bout de rien du tout, une simple apparence » ; et, d'ailleurs, *il n'y a plus rien, rien n'existe*.

*Février.* — Même délire, avec moins d'excitation.

Des idées d'immortalité et de mégalomanie triste surviennent : *elle est l'esprit du mal lui-même, elle existe depuis toujours et ne finira jamais.* — « Nous sommes les plus mal placés en enfer, tout au fond. » Vive anxiété ; ne peut tenir en place et gémit sans cesse.

Elle écrit le 28 mars 1891 : « Ah ! mon Dieu ! ayez pitié de nous tous. Sans vous nous périrons !

« Du reste, je me demande pourquoi l'Être suprême n'est

pas resté éternellement seul. Sa divinité pleine et entière lui eût suffi. »

*6 avril.* — Un peu moins agitée, mais toujours très anxieuse, surtout quand elle veut expliquer les idées qui la tourmentent. Elle n'arrive alors qu'à prononcer des phrases incomplètes, accompagnées de force gestes et exclamations. A conscience de l'insuffisance de son langage : « Vous ne pouvez me comprendre, et je ne puis m'expliquer. C'est pourtant très grave ce que j'ai à dire... Je ne puis me l'expliquer à moi-même... Vous devriez comprendre, vous, et trouver la clef de ce que j'ai dans la tête ! »

Depuis quelques jours, se préoccupe de questions métaphysiques : Pourquoi Dieu a-t-il créé le monde ? Pourquoi sommes-nous si malheureux ? Que deviennent, depuis le commencement, *les immondices* de la terre ? nous devons en être recouverts. Pour *fabriquer* tout cela (montrant ses bras et ses mains), doit-on en faire, des immondices ! — « Vous n'avez rien dans la tête ; d'ailleurs, c'est une tête qui n'est pas à vous, que l'on vous a collée au-dessus du cou, c'est comme mes bras et mes mains... »

Une lettre qu'elle adresse à sa bonne, à cette même date du 6 avril 1891, indique toutes ses inquiétudes :

« Je ne suis pas comprise. Cependant, j'ai bien besoin de parler, il s'agit d'une affaire de grande importance, il nous faudrait la main de Dieu pour l'arranger. C'est vous dire qu'elle n'est pas facile. Depuis des époques fort éloignées, on se sert de bras, de jambes, etc., qui ne sont point reconnus par la légalité et doivent produire à eux seuls une foule d'immondices. Je ne sais si on est parvenu à se débarrasser de tout ce qui doit encombrer. Sûrement, Dieu a posé ses limites de manière à ce que rien n'aille où il ne faut pas. Je suis effrayée de l'éternité. Tout est doute et frayeux. Bienheureux les bien partagés ! nous ne serons pas du nombre... Je suis bien surprise, mais *j'attribue cela à mes yeux ; ce sont toutes les personnes qui vont, qui viennent, et qui ont l'air de savoir où elles sont, tandis que comme moi elles ne s'en doutent pas.*

« Je désire expliquer à mon fils qu'il est peut-être compromis pour les affaires qu'il a faites sur les bras, jambes, etc., et les débris en provenant. Je crains qu'il n'y ait beaucoup de choses ne pouvant se placer ; quoique n'étant pas en son nom, il y a toujours des responsabilités. »

17 avril. — « Je viens de passer une mauvaise journée. Je n'ai nul besoin d'être chez un docteur. Bon gré, mal gré, je n'ai pu me faire comprendre. Je n'avais mis dans ma robe que deux pauvres petits bras qui n'auront que quelques heures d'existence... Combien souvent il doit y avoir des méprises! *On ne sait pas où l'on est, et souvent on est pris pour tout autre.* »

22 avril. — « Parmi mes réflexions, il me vient celle-ci : Pour que l'on trouve toujours pain, viande, gâteaux, fromages, vins, etc., est-ce que de temps en temps on n'est pas tenu à remplacer non seulement ce que l'on a absorbé, mais de tout, et en quantités effrayantes? La tâche serait bien difficile à remplir, d'autant plus que le tout est toujours parfait et d'une fraîcheur irréprochable. Il y a là quelque chose de mystérieux ; du reste, il en est de même pour tout. »

La très intéressante lettre qui suit semble indiquer une sorte de réveil de la personnalité, les idées délirantes restant les mêmes :

« Mon cher mari,

25 avril 1891. — « Je voudrais bien avoir de tes nouvelles. Où es-tu, que fais-tu? Quant à moi, je me demande ce que cela veut dire ; je me suis réveillée dans une maison de très belle apparence, que l'on me dit être pour des malades. Comment y suis-je venue, c'est ce qu'il me serait impossible de dire. Il me semble qu'il *y avait longtemps qu'il n'était plus question de moi.* Je suis mise comme une malheureuse. Je n'ai plus un sou. Je ne pense pas que ce soit toi qui m'aies amenée. Ce ne serait pas raisonnable, comment faire pour payer ? Nous avons un petit pays très près d'ici, on le nomme Vanves. Je n'y suis pas allée.

« En un mot, je ne comprends rien à mon installation qui est très bonne, sauf qu'elle doit être beaucoup trop chère et que si c'est toi qui as imaginé cela, je puis te gronder bien fort, attendu que la vie nécessite bien des frais et qu'il faut calculer, surtout quand la bourse est aussi plate que la nôtre, et que je n'ai nul besoin de médecins qui font manger à la sonde. Je me porte bien. *Je suis comme une ressuscitée. Il me semble que j'ai vécu il y a bien longtemps. Je ne sais d'où je viens ; tout, autour de moi, me semble mystérieux.* Nous avons un grand maître qui est là-haut. Il faut bien reconnaître que nous sommes soumis à des lois bien mystérieuses pour nous et bien effrayantes ; que Dieu qui est la justice même et la sévérité, doit tenir un compte

bien exact de nos fautes. Je crains fortement que nous soyons bien chargés. »

Dans une lettre écrite à quelques jours de distance, on voit prédominer les idées d'indignité et l'auto-accusation; la lettre se termine par toute une ligne de points d'exclamation.

5 mai 1891.

« Quand on a des dettes, il faut tout payer à Dieu. Je ne puis bien m'expliquer, mais je vois que je suis sans foi ni loi, que rien en moi ne vaut la moindre chose. Tout en remontant fort loin, je n'ai pas une seule bonne action, et je ne saurais dire le nombre des mauvaises actions qui sont commises sans intervalle et même plusieurs à la fois. C'est effrayant d'être de tout en tout rebelle à ce qu'il faudrait faire pour effacer le passé, qui, au contraire, est de plus en plus mauvais. »

!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!

Quelques mois plus tard, se montrent nettement des *hallucinations* de l'ouïe, jusqu'alors douteuses.

9 octobre 1891.

« Mon cher mari,

« *Je suis une âme en peine, errante partout*, et comprenant la portée du mal que j'ai fait. Dieu seul pourra nous donner les souffrances méritées. N'oublie pas que nous trouverons sévérité et justice, deux choses qui ne peuvent aller l'une sans l'autre. Tout en moi me révèle que je suis perdue. Toujours souffrir, jamais de fin, voilà ce qui nous attend. *J'entends sans cesse notre nom répété*, l'enfer en sera pavé. »

Je note, en novembre 1891 : mêmes idées mélancoliques, de négation, de damnation et d'immortalité. La malade s'inquiète, depuis quelque temps, de la question de savoir *ce que deviennent ses matières fécales*; comme elle a le tort de ne jamais les balayer, ces matières doivent recouvrir la terre presque entière (*délire d'énormité*), d'où grande irritation de Dieu contre elle.

Mange volontairement depuis plus de deux mois.

8 janvier 1892. — « *Ses excréments montent jusqu'au ciel*; elle en rend tous les jours de quoi remplir une ou plusieurs maisons. »

Alimentation forcée.

20 janvier. — « *Il n'y a rien dans mes vêtements, ni bras, ni jambes, pas de corps...* Il ne faut plus venir me faire manger, c'est bête et c'est inutile... Je ne suis pas comme tout le monde, je puis vivre sans manger, je suis immortelle malheureusement! »

Elle écrit, vers la fin de janvier 1892 :

« Messieurs les Docteurs,

« Vous m'avez dit d'écrire mes mémoires ; ils sont tristes ; je suis la plus mal partagée de tout l'univers. *Je suis errante*, aggravant chaque jour mes fautes et ne pouvant sortir de ce funeste état qui doit remonter à une époque bien éloignée. Il faudra que j'expie, mais où ? *Et comment me rendre au lieu du supplice !!!*

« Je vous ai déjà parlé *de tout ce que mon pauvre corps rend de matières infectes* ; *le volume en est incroyable* et doit avoir de grandes conséquences, car, *si cela continue pendant toute l'éternité*, que n'en arrivera-t-il pas ?

« Quand je pense *que je suis directement en guerre avec le bon Dieu*, je ne puis m'expliquer comment et pourquoi, et d'où vient cet entêtement de ma part. Moi, un pauvre petit être, avoir fait tant de mal ? Je suis une pécheresse de la pire espèce... Nous avons des dettes que nous ne pourrons jamais payer. Aussi, je vous prie en grâce de ne plus me mettre la sonde, je n'en ai nul besoin... Comment se fait-il que je me voie dans une maison ? *Il me semble que l'immensité n'est qu'un vide*. *Ai-je des yeux qui ne voient pas ce qui m'entoure ? Pour sûr, il n'existe aucun pays ; le ciel et l'enfer doivent remplir l'espace*. Où suis-je donc, et comment y suis-je venue ? Ma pauvre tête cherche, et je ne récolte que l'erreur et l'effroi... »

15 février 1892.

« Monsieur le Docteur,

« Je veux vous parler de mon pauvre corps, qui est ma honte et qui rend des matières infectes en grande quantité incroyable, *que j'estime à trois mètres cubes par jour*. Cela va vous paraître de la folie. En effet, où passe toute *cette marchandise* (*sic*), dont je ne vois qu'une faible partie, liquide et autre ? Ensuite, où me rendre *pendant toute l'éternité* et avec

cette infirmité? Tout l'espace appartient à Dieu, je n'ai donc pas à songer à y trouver un gîte. Si vous pouvez me donner un conseil, ne manquez pas de le faire... »

*Note du 25 février 1892.* — Vive anxiété. « Je ne fais rien comme il faudrait... Quel entêtement... Rien ne marche comme il faudrait... Je suis un pavé d'enfer ! J'entends tout le temps crier notre nom, A...! A...! par les démons. » Elle arrive à expliquer qu'elle entend parfaitement par les oreilles.

*Mars-avril 1892.* — S'accuse toujours d'entêtement. Répète souvent qu'elle est ici depuis des siècles et des siècles. Elle est ruinée, elle doit des sommes énormes, des milliards, qui s'accumulent toujours. Elle est un sujet de scandale pour tout le monde.

*Juin-juillet.* — Même état. Impossibilité absolue de s'adapter à la réalité. *Je suis errante et vagabonde*, est une expression qui revient souvent. « Je ne vois jamais les mêmes personnes, les mêmes choses, tout change sans cesse; rien ne se passe pour moi comme pour les autres. » On ne peut pas tenir dans sa chambre, il n'y a pas de place dans le jardin pour passer, les murs se rapprochent.

Toujours la question des excréments ; elle rend un litre d'urine par seconde : « Dieu va nous obliger à enlever tout cela, et comme il ne nous donnera pas d'endroit où le déposer, qu'arrivera-t-il? »

Recherche toute sorte de dilemmes de ce genre.

*Septembre 1892.* — *On me tire dans des endroits où il n'y a pas de place, on ne peut pas passer* (dans sa chambre, dans le parc). Nous faisons tout de travers, c'est effrayant ! Je n'y comprends rien... nous ne savons pas où nous sommes... *Tout n'est qu'apparence et illusion ! Il y a longtemps que tous les miens sont morts et remorts (sic).* Ceux qui viennent me voir ne sont pas même des fantômes, moins que des apparences... Vous me mettrez la sonde parce que j'ai trop mangé, parce que j'ai été gourmande. *Je mange à moi seule comme tout le reste du monde*, et nous ne pourrons pas payer. Nos dettes s'accumulent de tous les côtés, et cela dure depuis des siècles!... Vous ne voulez pas croire que je rende un litre d'urine par seconde, que je remplisse tous les jours plusieurs pièces de matières. Tout cela est effrayant. »

Les dernières lettres mettent en saillie avec les idées d'immortalité et d'énormité, ces troubles de la perception et de la

conscience qui se révèlent *par un défaut d'adaptation à la réalité*, à ce que juge tel, tout au moins, la personnalité normale. Les idées passent devant l'esprit, les impressions traversent les sens avec la mobilité des images d'un kaléidoscope, la malade ne peut ni les fixer, ni en saisir les rapports. Elle cherche à rendre cet état pénible par les expressions : *Je ne comprends rien à ce qui se passe. Vous vous trompez, ce n'est pas moi qui suis là. Je ne vois jamais les mêmes choses. Il y a des siècles que cela dure... Je suis errante et vagabonde... Il n'y a plus de place dans l'immensité..., etc.*

3 mars 1892.

« ... Comme corps, je traîne quelque chose d'immonde qui souille tout ce qui en approche et dont je voudrais pouvoir me sauver. *Mais je n'ai pas la moindre place où me réfugier...* »

5 mai 1892.

*Je vais, je viens sans savoir comment, je change de place, c'est le hasard qui me jette tantôt là et tantôt ici ; il est donc impossible que vous m'ayez sous votre main. Ne me cherchez pas. Laissez-moi errer. Mon corps ne doit rien avoir d'humain et n'a nul besoin de vos soins. Partout où je suis, je sens que je suis de trop. Je suis certaine que souvent vous croyez m'avoir et qu'il n'en est rien. Ne faites plus prendre votre cruche de lait. A moi seule j'en absorberais autant que le reste de l'univers et je n'en veux plus... Je suis dans un endroit impossible à décrire. Je me demande comment je puis en sortir, et cependant je change de place... »*

17 juillet 1892.

« Monsieur le Docteur,

« Je vous prie d'avoir un petit entretien avec moi... Pourquoi donc mon existence se prolonge-t-elle ? Toujours souffrir, jamais mourir, voilà donc mon but ! Si je n'avais que mon âme d'immortelle, mais ce triste et affreux corps dont je ne puis me séparer ! Je vous ai déjà entretenu des matières que je rends, qui sont continues ; je ne comprends pas où tout cela peut se loger ! Vous croyez que j'exagère quand je vous parle de la quantité, eh bien, non ; en fait d'eau, j'en rends bien un litre par seconde. Considérez-vous cela comme un châtiment ? Je suis toujours errante, ne sachant ni où je suis, ni où je vais. »

## 402 SUR LE DÉLIRE DES NÉGATIONS

Quel pronostic porter sur cette malade? La question est embarrassante. Certes, l'âge déjà avancé (soixante-quatre ans), la longue durée de la maladie (près de trois ans), la systématisation progressive du délire, doivent faire craindre l'incurabilité.

Mais, d'autre part, la connaissance d'un accès mélan-colique antérieur, qui a guéri; — la confusion générale des idées, dont la malade a conscience et qui distingue si fort ce cas des délires de persécution systématisés; — l'intégrité intellectuelle qui, dans les moments de calme, se manifeste par une promptitude et une finesse de répartie étonnantes; — enfin, l'existence de guérisons dans des cas analogues d'une durée plus grande encore, — tout cela constitue autant de présomptions en faveur de la guérison.

C'est à cette dernière hypothèse que vont nos préférences.

Du reste, la question du pronostic dans le *délire des négations* type Cotard est une de celles qu'il faut résERVER.

Il en est de même de l'époque d'apparition de ce délire, de sa fréquence, de sa signification nosologique, de son unité ou de ses variétés probables.

De profondes divergences existent sur ces divers points. La discussion reste ouverte, de nouveaux faits sont nécessaires, et la solution appartient à l'avenir.

Peut-être pourrait-on, en comparant les observations publiées, dégager provisoirement quelques indications générales, qui serviraient comme de jalons pour l'étude.

Je me hasarde à proposer les suivantes, dont toutes ne sont pas nouvelles :

1. Le délire des négations systématisé, à évolution progressive (type Cotard), est plus fréquent chez la femme.

2. Il ne se montre souvent qu'après cinquante-cinq et même soixante ans.

3. Dans un assez grand nombre de cas, il apparaît après un ou plusieurs accès de mélancolie commune; cela est vrai surtout quand on l'observe chez des malades relativement jeunes.

4. Dans les cas typiques, il ne se développe qu'après une période plus ou moins longue de mélancolie anxieuse.

5. A ces divers points de vue, ce délire peut être considéré comme une *psychose tardive*, souvent liée, ainsi que l'avait dit Cotard, « aux vésanies d'accès ou intermittentes ».

6. Il a une signification grave, même lorsqu'il doit guérir, car, d'ordinaire, l'accès dure alors très longtemps.

7. Dans notre observation, les antécédents héréditaires sont inconnus; mais, dans beaucoup de cas, on les a notés très chargés.

---

---

---

LES  
MALADIES DE LA VOLONTÉ  
CHEZ LES CRIMINELS

**Par le Dr Émile LAURENT**

Ancien interne à l'infirmerie centrale des prisons de Paris.

---

I

« Une volonté qui devient criminelle est une volonté qui devient malade », dit M. H. Joly. Le crime, en effet, est un non-sens. Il peut procurer quelques jouissances passagères et préserver du travail, ce grand ennemi des criminels; mais presque toujours le châtiment suit, infiniment plus grand, infiniment plus terrible, infiniment plus durable, puisqu'il entraîne la déchéance irrémédiable. Combien a-t-on vu de criminels heureux ? Ils sont bien rares. Aussi M. Joly a mille fois raison : « Celui qui fait le mal, dit-il encore, est souvent en peine d'expliquer pourquoi il le fait ; il violente en lui la sympathie et la pitié naturelles à l'être sensible ; il méconnaît ses propres intérêts ; il se met à la merci de coopérations et de circonstances sur lesquelles il lui est impossible de compter ; il déchaîne en lui-même ceux de ses penchants qui sont les plus illogiques et les plus rebelles à la discipline. »

La volonté est, chez les criminels, une faculté rudi-

mentaire ou atrophiée par une sorte de paralysie psychique.

## II

Certains criminels sont des natures lâches et paresseuses, des volontés impuissantes. Il y a chez eux une sorte d'aboulie qui les rend incapables de travailler et de lutter. Tels sont les mendiants, les vagabonds et certaines catégories de voleurs. Il y a chez eux, à côté d'un état de débilité intellectuelle, un état de débilité volitionnelle qui les met dans un état d'infériorité noire. Prenez, par exemple, un de ces vagabonds qui peuplent les prisons : travailleur peu habile et peu courageux, mal armé pour la lutte de la vie, il vivait misérablement, sans essayer d'augmenter son bien-être. Il le voudrait bien, mais il n'a pas assez d'énergie pour faire un effort moral suffisant, et il reste éternellement dans le même état de médiocrité. Cet homme, un beau jour, pris de concupiscence ou de gourmandise, vole ce que son travail n'a pu lui donner : on le chasse ; alors il s'en va dans la rue, et il y reste. Il ne cherchera pas à se relever, à trouver une autre situation, à remonter dans les sphères du travail régulier. Il ne peut pas. La volonté ne sait pas commander en maîtresse. Et il s'en va au hasard, mendiant, ou volant quand il a faim.

Que cette impuissance volitionnelle tienne à un affaiblissement des centres moteurs, ou bien à l'action éphémère des incitations qu'ils reçoivent et qui, trop faibles, ne peuvent plus exercer d'influence sur la volonté ; que cette impuissance soit due, comme le veut le Dr Corre, à un épuisement parésique du système nerveux moteur, de cette portion du cerveau qui préside non seulement à la locomotion, mais aussi à la sensibilité musculaire, la chose importe peu ; mais ce qui est indéniable, c'est que, chez nombre de criminels, il y a parésie de la vo-

lonté, qui ne peut lutter contre la paresse et les mauvais instincts.

### III

Si, chez certains criminels inertes, il y a manque d'impulsion volontaire, il en est d'autres chez qui c'est, au contraire, la puissance de coordination et d'arrêt qui fait défaut, et c'est l'impulsion qui se dépense tout entière au profit de l'automatisme. C'est le règne de l'impulsion régie uniquement par l'instinct ; c'est la défaite de la volonté par l'impulsion. A cette catégorie appartiennent un grand nombre de meurtriers, de violateurs, tous les violents, les impulsifs et la plupart des alcooliques,— chez qui la volonté est si faible et si chancelante.

Dernièrement la cour d'assises de Versailles jugeait et condamnait un jeune russe qui avait tué sa maîtresse parce qu'elle refusait de l'épouser et voulait rompre. On s'est demandé comment et par quel mobile il en était arrivé à ce meurtre inutile. Peu m'ont semblé avoir compris le lien de ce drame sanglant.

Indocile, orgueilleux, violent, d'une précoce perversité, Wladimiroff enfant se fit renvoyer successivement de tous les établissements où sa mère le plaça. A dix-huit ans, c'était un aventurier, presque un chevalier d'industrie, bardé d'un égoïsme féroce, assoiffé de luxe et de plaisirs.

Mais ce roué audacieux était doublé d'un autre homme, violent et emporté, tout entier aux instincts, et c'est ce dernier qui l'a perdu, en le menant au crime.

Wladimiroff avait cru trouver dans M<sup>me</sup> Dida une proie facile pour ses convoitises. C'était une névropathe que la morphine avait fini par détraquer. Car la morphine ne manque jamais son but. Malheur à qui vient à elle ! En versant l'oubli, elle verse la mort. Dans cette sorte d'inertie morale, il n'eut pas de peine à la séduire,

lui, le souteneur élégant et hableur qui la compromettait partout, la battait et l'exploitait avec un cynisme sans nom. Un matin, elle trouva l'amour assis en son cœur, et comme elle n'avait plus de volonté, elle ne fit rien pour l'en chasser, n'ayant pas même le courage de tenter la lutte, se sentant vaincue d'avance.

Wladimiroff se croyait déjà possesseur de la fortune de M<sup>me</sup> Dida. Cependant la morphinomane se soignait et se guérissait. La lumière commençait à se faire dans son cerveau obscurci ; l'équilibre moral allait se rétablir. Et l'amour qui était entré dans ce cœur, caché dans les nuages de la morphine, allait en sortir avec elle.

La pauvre femme fit sans doute son examen de conscience et se recueillit. Elle apprit qu'elle était tombée entre les mains d'un drôle, et revint sur ses promesses, refusant sa main et sa fortune.

Wladimiroff comprit que sa proie lui échappait, que tous ses rêves de fortune et de vie luxueuse allaient s'écrouler comme de fragiles châteaux de cartes que renverse le souffle d'un enfant. Cela ne faisait point son compte. Il se mit à poursuivre M<sup>me</sup> Dida de ses obsessions, la menaçant de se tuer si elle refusait toujours de l'épouser. Le charme était rompu et M<sup>me</sup> Dida restait inexorable.

Wladimiroff avait sans doute voulu tenter un suprême effort en l'entraînant dans cette chambre d'hôtel où il l'a assassinée. Je ne crois pas qu'il ait prémedité le meurtre. Il voulait probablement lui faire peur, mais il se heurta, malgré ses menaces, à un refus formel. Alors ses impulsions reprurent le dessus. L'homme violent remonta à la surface. De dépit, de colère, il déchargea son revolver sur la malheureuse femme. La volonté avait été impuissante à arrêter l'impulsion. Volonté défaillante de criminel, et aussi, je puis le dire sans crainte de me tromper, de dégénéré héréditaire.

## IV

A côté de ces deux grandes espèces de maladies de la volonté chez les criminels, se place une autre classe où la volonté est plus faiblement atteinte. Ce sont ceux qui, tout en conservant une certaine puissance sur eux-mêmes, ne savent pas se diriger convenablement. Il y a affaiblissement de l'attention volontaire, diminution du pouvoir directeur : d'où, impossibilité finale de l'effort intellectuel. Un pas de plus, et c'est le règne des caprices. « La volonté ne se constitue pas, ou ne le fait que sous une forme chancelante, instable et sans efficacité, dit M. Th. Ribot. Il n'y a plus que des caprices, tout au plus que des velléités, une ébauche informe de volition. » Or, l'imprévoyance bien connue des criminels ne montre-t-elle pas qu'ils sont sans cesse le jouet de leurs caprices ? C'est d'eux qu'on peut dire avec raison qu'ils brûlent aujourd'hui ce qu'ils ont adoré hier. Changeants, versatiles, sans opinions arrêtées, avec des exagérations dans le mal comme dans le bien, il y a chez eux une véritable ataxie volitionnelle qui amène un état complet d'anarchie morale.

Vous souvenez-vous de ce type de voyou parisien qu'on exécuta au mois d'octobre 1889 ? Kaps a toujours obéi à l'impulsion du moment, jamais l'attention volontaire, la réflexion n'est intervenue dans aucun de ses actes. Dès l'âge de dix ans, au sortir de l'école, il commença à vagabonder, désertant la maison paternelle, vivant de vols et de maraudage, couchant n'importe où. Il n'admit jamais qu'une chose : vivre à sa guise et satisfaire tous ses caprices. A quatorze ans, il assassina un vieil ivrogne de mœurs équivoques qui voulut lui faire des caresses obscènes qui lui déplurent, à lui, le souteneur de bas étage, le bathyllos de latrines publiques. Il

raconte le crime à sa maîtresse. Puis il lui vient l'idée qu'elle le trompe avec une autre femme, une disciple de Sapho de Lesbos, et qu'elles pourraient le perdre en livrant son secret. Sans hésiter, il tue sa maîtresse et tente d'assommer l'amie. Après son arrestation, dans le cabinet même du juge d'instruction, il tente d'assommer avec un chandelier un garde à qui il reprochait de lui avoir trop serré les menottes. En vérité, peut-on dire que chez un pareil homme les facultés volontaires étaient normales ? Comme le dit si justement M. Ribot, il n'y avait que des ébauches de volition : c'était le règne des passions libres et déchaînées, sans frein modérateur.

## V

Comme on le voit, le crime est presque toujours le résultat d'un état pathologique de la volonté : défaut d'impulsion chez les uns, excès d'expulsion chez les autres. Ainsi on pourrait logiquement diviser les criminels en deux grandes catégories : les inertes et les impulsifs, et baser une classification sur l'état de leur volonté.

Passons en revue chaque genre de délit et de crime et nous allons voir combien cette idée est juste et s'adapte merveilleusement aux faits.

Je ne parle pas des vagabonds et des mendians de profession ; ce sont des individus mal armés et impuissants pour la lutte. Ce sont des faibles de volonté en même temps que des faibles d'esprit.

Les voleurs obéissent à trois mobiles différents et peuvent se classer en trois catégories : voleurs instinctifs, voleurs paresseux ou inertes, et voleurs actifs, poussés par un amour immodéré du luxe et des jouissances.

J'ai rencontré souvent, et j'en ai cité ailleurs nombre

d'exemples, des individus qui volent sans trop savoir pourquoi, et en quelque sorte par irréflexion ou par instinct.

Ce sont des individus dont la volonté sommeille. Ils passent devant un étalage, regardent différents objets, une voix s'élève en eux et leur dit : Prends ! Avant que leur volonté ait eu le temps de sortir de sa torpeur pour les arrêter, ils ont étendu la main, et le mal est commis.

A côté de ces espèces d'inconscients, se placent les paresseux ; ne se sentant pas la force de travailler pour gagner leur vie, ils volent afin de ne rien faire. Le plus grand nombre des voleurs appartiennent à cette classe.

Viennent ensuite les voleurs courageux et actifs dont les passions enchaînent et entraînent la volonté. Ils volent pour se procurer une plus grande somme de jouissance. Ainsi, par exemple, un homme actif, laborieux, intelligent assez souvent, se sent envahi par des passions qu'il ne peut satisfaire avec l'argent qu'il gagne. Il résiste d'abord un certain temps : il y a lutte. Mais bientôt les passions crient de plus en plus fort, comme des bêtes en furie ; elles étouffent la voix de la conscience ; elles obscurcissent le cerveau qui ne discerne plus le châtiment ; la volonté elle-même recule devant le torrent déchaîné, et tout sombre dans cet orage : honneur, position, sens moral, pitié même quelquefois.

Et, parmi ces passions qui terrassent la volonté, il en est deux qui font un nombre considérable d'escrocs et de voleurs.

La première, c'est la recherche exagérée de la femme et des plaisirs sexuels, de ce qu'on pourrait appeler l'amour dans sa conception la moins élevée. Combien d'individus se sont laissés entraîner à voler ou à faire des faux pour l'amour d'une femme vénale et cupide !

La seconde passion, plus puissante encore et faisant un nombre bien plus grand de victimes, c'est la passion de l'alcool, qu'on retrouve toujours et partout, à tous les échelons du crime. On vole, d'abord, pour satisfaire un appétit immoderé de la boisson; puis, sous l'influence nocive du poison, on devient une brute dénuée de sens moral. On vole et on tue pour voler. L'âme est morte; la volonté est anéantie; les passions sont seules vivantes et, fouettées par l'alcool, elles poussent au crime.

## VI

On peut diviser les meurtriers en deux grandes classes : les voleurs et les impulsifs. En effet, certains individus, assoiffés de jouissances, tuent froidement pour voler. Chez eux, c'est moins la volonté qui est malade que le sens moral qui fait défaut. Cependant, on ne saurait nier qu'ils se laissent gouverner par leurs passions et ne savent pas leur imposer de frein.

Les meurtriers impulsifs sont presque toujours des nerveux et souvent des héréditaires dégénérés. Leur volonté ne sait pas arrêter leur bras emporté par l'impulsion; il y a chez eux une espèce d'éblouissement et une telle promptitude dans l'acte que la délibération devient presque impossible.

Ainsi, certains individus, bons et honnêtes, se laissent pour un rien aveugler par la colère et commettent les violences les plus regrettables et les plus graves. J'ai connu un brave ouvrier qui, à la moindre discussion, se laisse emporter. Un jour, il casse une cloison avec le dos d'un sergent de ville qui lui faisait des observations. Un autre jour, il brise la devanture de son patron toujours avec le dos de ce dernier. Cela lui valut chaque fois plusieurs mois de prison. « Que voulez-vous ? me

disait-il chaque fois, cela a été plus fort que moi. La colère m'a emporté. »

Le meurtre a eu souvent aussi pour mobile la vengeance. L'homme qui se venge est emporté, lui aussi, par une passion puissante qui l'hypnotise en quelque sorte et lui enlève tout pouvoir de résistance. C'est le cas du mari outragé qui tue celui qui lui vole son honneur et souille son foyer. Quand un époux fidèle et honnête se trouve un jour en face de sa femme pâmée comme une courtisane lubrique aux bras d'un autre, une douleur vive l'étreint au cœur, lui martèle le cerveau, et tout son être révolté et comme inconscient lui crie : Frappe ! Venge-toi ! Il tue alors l'amant, et quelquefois l'épouse infidèle.

Tel est le cas du pharmacien Coignet qui, en octobre 1888, tuait à coups de revolver son élève qu'il avait surpris en flagrant délit d'adultère. C'était cependant un homme très doux, travailleur acharné, père de famille modèle. Il avait agi dans un véritable moment d'affolement, et le jury de la Seine l'a acquitté.

La passion amoureuse peut, elle aussi, entraîner au meurtre. Comment l'amour peut-il se changer en haine et armer le bras ? Comment celui qui aime en vient-il précisément à détruire ce qu'il aime et à anéantir la source de son propre bonheur ? La chose existe pourtant. Certains individus, en effet, aiment avec ivresse et emportement. La désillusion, le rêve s'écroule : alors ils réagissent avec violence et le crime termine la scène. Mais leur volonté n'a point été consultée et n'a pu intervenir. Elle a subi une sorte de paralysie momen-tanée.

Écoutez cette histoire que je crois déjà avoir racontée ailleurs.

Ame douce et crédule, esprit un peu débile, porté aux choses religieuses et surtout à la superstition, S... se

laissa prendre aux filets d'une prostituée ivrogne qui avait su allumer chez lui une véritable fureur génésique : il l'épousa, bien qu'il connût son passé et ses habitudes d'ivrognerie.

Quelques jours à peine après son mariage, elle le trompait. S... s'en aperçut, fit d'abord quelques scènes de reproches et de jalouxie, puis, dans la crainte de la perdre, ferma les yeux et se tut, heureux d'avoir encore de temps en temps sa part d'amour. Il y a deux ans, elle le quitta pour reprendre sa vie de dévergondage. Pendant tout ce temps, S... souffrit horriblement, torturé par la jalouxie et la concupiscence de cette femme. Un matin, il se réveilla baigné de sueur, après une nuit troublée par des cauchemars où il avait vu sa femme nue se livrant à d'autres hommes dans des poses lascives ; il se leva très exalté, et partit au hasard, sans trop savoir où il allait. Mais, comme une bête en rut et que l'instinct ramène toujours à la même place, à la recherche de la femelle passionnément désirée, il revint presque malgré lui à la porte de sa femme et l'attendit. Au moment où elle sortait, il fondit sur elle et la frappa d'un coup de couteau mortel. S... prétendit être parti sans avoir l'intention de frapper. « Le couteau était dans ma poche, comme d'habitude, dit-il ; je ne sais ce qui m'a poussé à m'en servir, peut-être la colère ou la jalouxie. »

Oserait-on soutenir que la volonté de cet homme n'a pas été annihilée par une impulsion en quelque sorte irrésistible ?

L'huissier Bousquet, que la cour d'assises condamnait, il y a quelques mois, à la peine de mort, se trouvait à peu près dans les mêmes conditions.

Bousquet était devenu l'amant de la sœur de sa femme ; il vivait dans un véritable état de bigamie. L'épouse avait toléré la concubine ; tour à tour les deux sœurs avaient partagé le lit du mari. Lui s'était habitué

à ce double amour ; il vivait entre ses deux femmes, qui le consolaient de la débâcle de ses affaires.

Mais voici qu'un jour, Juliette, l'amante, la plus jeune, la plus jolie, et par conséquent la plus aimée, celle à qui l'huissier faisait la plus large part d'amour, quitte brusquement la maison, prise de dégoût pour cette vie honteuse. Alors Bousquet sentit un grand vide se faire autour de lui, et une angoisse douloureuse l'étreignit à la gorge. En même temps, sans doute, un âpre sentiment de jalouse le mordit au cœur, en pensant que celle qu'il aimait allait peut-être se livrer à un autre. Ce fut bientôt une obsession qui le hanta sans cesse, le harcelant tout le jour. Couché à côté de sa femme légitime, la nuit, l'image de l'absente peuplait ses rêves d'homme amoureux et lascif. Alors il n'y tient plus, ne pouvant vivre sans elle. Il s'arme d'un revolver et part pour Paris. Juliette refuse de revenir avec lui. A peine a-t-elle dit non, qu'elle roule à terre transpercée par une balle. Puis, entraîné par une sorte de folie du meurtre, il tue M. P..., le nouveau maître de Juliette, attiré par le bruit.

A l'audience, Bousquet est resté presque muet, cherchant à peine à se défendre. Et en effet qu'aurait-il dit, cet homme, pour se défendre ? Comment aurait-il pu expliquer un crime qu'il ne comprend pas lui-même ? Il sait qu'il aimait Juliette, qu'elle l'a quitté et qu'il l'a tuée. Comment tout cela s'est-il fait ? Il cherche dans sa mémoire en lambeaux, et il ne trouve rien. Il y a comme des trous dans sa substance cérébrale, des lacunes par où s'en sont allés ses souvenirs. Il scrute et interroge sa conscience. Il lui demande compte de son silence coupable. Elle lui répond qu'on l'a bâillonnée et que sa voix a été couverte par une autre voix plus forte. Il en appelle à sa volonté. Une force plus puissante l'avait chassée du cerveau, où elle eût dû régner en maîtresse.

Et il ne trouve que la passion qui a avenglé sa raison et paralysé sa volonté.

### VII

Ceux qu'on est convenu d'appeler les violateurs et les stuprateurs sont également des individus dont les facultés volontaires sont atteintes au moins momentanément? Je laisse de côté ceux qui obéissent à des obsessions irrésistibles plus ou moins étranges et qui sont de véritables aliénés. Les autres ne comportent guère que deux catégories : les séniles et les génitaux.

Chez les premiers, la volonté est affaiblie et les actes obscènes auxquels ils se livrent, pourraient presque être considérés comme des actes de démence. Les seconds sont des brutes amoureuses que l'instinct génital aveugle et qui assaillent la première femelle qu'ils rencontrent sur leur chemin. Ainsi j'ai connu, dans un village, un individu aux appétits génitaux extrêmement impérieux. Brutal et grossier, sans instruction, presque dénué de pudeur et de sens moral, il assaillait toutes les femmes qu'il rencontrait seules dans les champs, leur proposant quelquefois de l'argent, le plus souvent débutant par une gifle qui les renversait à terre et facilitait les rapprochements. Mais c'est bien plus souvent excités par l'alcool qu'ils perdent ainsi toute retenue et cèdent avec une impulsivité plus grande et plus irréfléchie à leur besoin.

### VIII

Pour l'école d'anthropologie criminelle de Lyon, le suicide est un crime. C'est le meurtre de soi-même.

Eh bien ! dans ce cas encore, on peut dire que la volonté est malade, annihilée en quelque sorte, que le suicide s'accomplisse dans un moment de violence ou bien aux heures d'abattement et de défaillance.

Dans le premier cas, il est le résultat d'une impulsion

irréfléchie et l'apanage des violents et des exaltés. « Ils préfèrent, dit Lombroso, un mal qui les frappe subitement, parce que la mort leur paraît moins dure à supporter que l'impossibilité d'assouvir leurs passions d'un moment. »

Dans le second cas, il est le propre des faibles d'esprit, des caractères mous, incapables de réaction et dont les facultés volontaires sont affaiblies. Ces sortes d'individus se suident assez souvent par amour. Les âmes fortes savent souffrir et vaincre l'amour. L'idée torturante cède devant leur volonté couragene, puis peu à peu elle s'efface, ce n'est plus qu'une image nuageuse et lointaine, un inane et vague fantôme qui bientôt tombera dans l'oubli, ce bienfaisant Léthé qui engloutit et emporte toutes les douleurs humaines. Mais les volontés débiles ne savent point lutter contre l'obsession qui les envahit et s'y abandonnent. L'amour leur étreint l'âme comme dans un étau, et ils ne sauraient lui échapper. Et le malheur suit de près l'amour. La passion qui devait donner toutes les voluptés, toutes les joies et toutes les allégresses, n'enfante plus que des tourments et des soucis. L'amour torture l'infortuné qu'il tient enchaîné comme la divinité vengeresse qui livrait le foie de Prométhée au bec d'un vautour. *Immortale jecur !* Alors, ne pouvant tuer l'amour, ils tuent leur enveloppe charnelle pour délivrer leur âme ensorcelée.

## IX

Nous venons de passer en revue à peu près toutes les formes du crime, et partout nous avons trouvé les facultés volontaires atteintes, paralysées au moins momentanément, mais bien plus souvent parésiées d'une façon permanente, si j'osais, je dirais chronique.

Dans le premier cas, l'activité volontaire ou réfléchie,

dans laquelle nous avons conscience du but vers lequel nous tendons et des moyens que nous employons, est remplacée par l'activité instinctive irréfléchie et irraisonnée, qui va ignorante du but. Cet état est plus ou moins durable, et laisse place à des éclaircies où la volonté se reprend, redevient consciente d'elle-même et travaille à se diriger en maîtresse qui commande et qui gouverne.

Dans le second cas, l'activité volontaire est éteinte ; c'est une faculté qui ne réagit plus. Dans ce cas, le retour des énergies morales qui rendra à la volonté sa force de réaction, ne se fera que lentement et difficilement.

En somme, ma division des criminels en inertes et impulsifs se trouve pleinement justifiée.

Mais ce n'est pas tout. Il est des cas où l'absence de volonté consciente chez le criminel est encore plus évidente. Alors on le déclare irresponsable, et nous nous trouvons en présence d'aliénés criminels. La folie en effet substitue au moi conscient, responsable et capable d'agir raisonnablement dans un but déterminé, un autre moi tout différent, et que le premier est impuissant à retenir sur la pente du crime ou de l'insanité ; comme le fait fort justement remarquer M. Tarde, « elle refond le moi, et le moi nouveau qu'elle lui substitue a pour essence d'être insociable », mais je n'insiste pas. Tout cela est connu et admis par tout le monde.

Il est une forme de la folie cependant où cette impuissance de la volonté ne paraît pas absolue à tous les psychologues : c'est dans le cas d'obsessions pathologiques. Néanmoins, depuis plusieurs années, une réaction s'est faite en faveur de ces infortunés. C'était justice. Un dipsomane boira quand même, lorsque l'époque de sa crise sera arrivée, quelque conscient qu'il soit, quelque raisonnement qu'il se fasse pour s'arrêter au

seuil de la route sombre où il se sent entraîné. Il aura beau résister : sa volonté succombera, et il sera vaincu d'avance. C'est un tourbillon rapide qui l'emporte et contre lequel toutes ses énergies morales seront impuissantes. « Le dipsomane au plein de sa crise, dit le Dr Paul Garnier, est un homme qui ne s'appartient plus. Il n'y a pas de circonstance peut-être où la volonté, alors que la conscience veille et repousse, apparaisse plus enchaînée au besoin morbide. »

L'ivresse — l'ivresse alcoolique, l'ivresse absinthe, l'ivresse morphinique — agit à peu près comme la folie. Elle désassimile le moi conscient et l'endort en quelque sorte pour laisser remonter à la surface les instincts mauvais qui sommeillent au fond du cœur de tout homme. Elle paralyse le cerveau antérieur, siège de l'intelligence, des sentiments nobles et de la volonté, pour laisser régner en maître le cerveau postérieur, siège des instincts et des appétits. Aiguë ou chronique, l'intoxication annihile l'homme, en prenant ce mot dans son sens le plus élevé, le plus idéalisé, pour laisser place à la bête. C'est la défaite de l'âme par les sens. Chez les obsédés, la volonté assiste consciente à sa propre défaite ; chez les intoxiqués, chez les alcoolisés, en particulier, elle n'existe plus ; elle est annihilée et, par conséquent, incapable d'aucune réaction. Elle ressemble au patient que le chirurgien opère sous le chloroforme. C'est un cadavre qu'il peut mutiler à sa guise ; le retour de la sensibilité et à la vie ne se fera que quand les dernières vapeurs du principe anesthésiant auront été éliminées. La volonté de l'alcoolique est de même anesthésiée par l'alcool et elle ne recouvrera son pouvoir directeur que quand le poison aura été éliminé, à moins que l'habitude ne l'ait obnubilée pour toujours.

## X

Enfin l'hypnose, ou mieux la suggestion hypnotique, peut paralyser plus ou moins complètement la volonté d'un individu et l'amener à commettre un crime malgré lui. En effet, il est des individus qui, une fois hypnotisés, sont de purs automates et dont l'hypnotiseur peut faire ce qui lui plaît. « L'hypnotisé, dit M. Beaunis, est comme le bâton dans la main du voyageur. » Le cerveau de l'hypnotisé est comme engourdi ; toutes ses facultés intellectuelles et volontaires sont comme paralysées. Alors, dans cet organe mort en apparence, l'hypnotiseur impose sa volonté ; il commande en maître à ce cerveau devenu étranger à lui-même. Un autre moi semble s'être substitué au moi inconscient de l'hypnotisé et a pris le gouvernement de toute sa personne.

Ce fait est à peu près admis par tout le monde. Mais on se demande si on pourrait amener des somnambules à commettre des crimes malgré eux. Pour quelques-uns, la chose ne semble pas faire de doute ; pour les autres, le problème semble irrésolu, et ils croient, avec M. Gilles de la Tourette, qu'on ne pourrait réaliser par ce procédé que des « crimes expérimentaux, des crimes de laboratoire », parce que, selon le professeur Brouardel, « le somnambule ne réalise que les suggestions agréables ou indifférentes que lui fait un individu agréable », ou même parce que, selon M. Delbœuf, « l'hypnotisé sait qu'on lui demande de jouer une comédie ».

## XI

Mais la suggestion, puisque, d'après l'école de Nancy, tout est là, n'agit pas seulement pendant l'hypnose ; elle

agit aussi à l'état de veille, et, quelquefois, d'une façon très puissante. Un esprit supérieur peut prendre un ascendant considérable sur un esprit faible, au point de pouvoir avec un peu de patience lui faire faire tout ce qu'il lui plaira. Il agit alors par persuasion, ou mieux, par suggestion à l'état de veille, car, dans ce cas, c'est tout un. Eh bien! il me semble qu'un individu peut être influencé, à l'état normal, par un autre à un tel point que sa volonté devienne en quelque sorte inconsciente et étrangère à l'acte qu'il accomplit. Cet acte est presque entièrement dû à une autre volonté qui s'est imposée et substituée à celle du coupable. On sait, en effet, que, chez certains enfants impressionnables, on peut provoquer, à l'état de veille, de véritables hallucinations rétroactives et les amener à porter le plus sincèrement du monde de faux témoignages. Par persuasion ou par intimidation, on ancre dans leur cerveau telles ou telles idées fausses qu'ils finissent par accepter comme vraies. Et ils seront tellement convaincus de la véracité de la chose, qu'on ne pourra plus l'effacer de leur esprit.

C'est de cette façon que M. Bernheim explique la fameuse affaire de Tisza-Eslar. Une jeune fille de quatorze ans, appartenant à la confession réformée, disparaît. Bientôt le bruit se répand que les Juifs l'ont tuée pour mêler son sang chrétien au pain sans levain de leurs Pâques. Treize Juifs furent arrêtés, ainsi que le fils du sacristain de la synagogue, un enfant de treize ans. Celui-ci, après avoir été longuement interrogé par le commissaire de sûreté, finit par faire des aveux. Il avait entendu un cri, était sorti, avait collé son œil à la serrure du temple, avait vu Esther étendue à terre ; trois hommes la tenaient; le boucher la saignait à la gorge et recueillait son sang dans deux assiettes. Arrivé à l'audience, l'enfant persista dans ses aveux. La vue de son père et de ses douze coreligionnaires que la

potence menace, les supplications les plus ardues pour l'engager à dire la vérité, les pleurs et les malédictions, rien ne l'émeut; il répète sans se lasser les mêmes choses dans les mêmes termes : il a vu.

Pour M. Bernheim, le commissaire a suggestionné l'enfant à l'état de veille. Il a frappé son imagination par la terreur ; il a évoqué devant lui la scène du meurtre et lui a ainsi donné une hallucination rétroactive. « Le cerveau, dit-il, construit de toutes pièces la scène que le commissaire évoque. Tout est là : l'enfant voit la victime couchée, tenue par trois personnes, le sacrificeur plongeant son couteau dans la gorge, le sang s'écoulant ; l'enfant a vu ; l'hallucination rétroactive est créée, comme on la crée expérimentalement dans le sommeil profond, et le souvenir de la vision fictive est souvent si vivant, que l'enfant ne peut s'y soustraire. »

Cependant, cette affaire est restée entourée de mystère, et, quelque rationnelles que soient les hypothèses de M. Bernheim, il en est une autre qui me paraît tout aussi admissible : c'est que l'enfant ait dit la vérité.

Pourtant je ne doute pas qu'on puisse, à l'état de veille, aveugler la raison et abuser la volonté d'un individu de façon à l'amener à accuser des innocents d'un crime imaginaire et même à s'accuser lui-même, sauvant ainsi le coupable. La crédibilité de l'enfant, et, par conséquent, son degré de suggestibilité étant très développés, il sera plus apte que tout autre à accepter ces sortes de suggestions.

L'an dernier, à Saumur, la petite Georgette Boges, âgée de douze ans, accouchait seule dans une des chambres du logement occupé par ses parents. L'enfant disparaissait après avoir été coupé en morceaux. Georgette s'accusa elle-même d'avoir tué son enfant ; mais l'acte d'accusation constata qu'un ouvrier maçon, en même

temps l'amant de Georgette et de sa mère, était l'auteur du crime, de complicité avec la femme Boges.

Pourquoi la petite Georgette vint-elle s'accuser détourner les soupçons qui pesaient déjà sur les coupables et accumuler toutes les charges sur sa tête innocente? Elle obéissait à un ordre, c'est certain ; mais cela était pour elle plus qu'un ordre. Elle obéissait à une véritable suggestion et je crois qu'elle n'eût pu agir autrement, croyant peut-être elle-même dire la vérité. Sa volonté était comme emprisonnée dans une chemise de plomb, enchaînée dans un cercle fatal dont elle ne pouvait sortir. On avait dû agir sur elle, bien plus par persuasion que par des menaces. Par ce dernier moyen, on eût pu l'intimider, l'empêcher de parler; par le second on a pu la convaincre, lui faire croire qu'elle était réellement coupable, et c'est pour cela qu'elle s'est accusée avec tant de naïve audace. Mais sa volonté à elle n'était pour rien dans tout cela.

## XII

« La suggestion hypnotique, dit M. Ladame, n'agit pas autrement sur les cerveaux malades et endormis que la suggestion ordinaire, celle que tout le monde connaît et pratique en affirmant aux autres les choses dont on espère les convaincre. La suggestion hypnotique est de même nature que la persuasion à l'état de veille. Elle renforce, il est vrai, considérablement la puissance de persuasion que nous possédons sur autrui, en supprimant les résistances qui existent à l'état de veille. » Mais combien d'individus chez qui cette résistance est presque nulle! Combien qui croient toujours et malgré tout ce qu'on veut bien leur faire croire! Combien ont cette foi aveugle qui transporte les montagnes! Croyez-vous alors qu'il sera bien difficile d'entraîner ces indi-

vidus au crime, au vol, au meurtre même ? Combien d'hommes, nés bons, mais faibles et suggestibles, sont devenus des instruments de crime aux mains d'habiles filous qui ont su s'en servir pour accomplir leurs desseins criminels ! Volontés défaillantes, âmes débiles et légères, ils se laissent ballotter par tous les vents ; le premier venu peut les entraîner.

Pour M. Bernheim, Gabrielle Fenayrou est une victime de la suggestion. Elle a été entraînée, tantôt par son amant, tantôt par son mari. « Docile à toutes les suggestions, dit-il, son sens moral ne faisait pas contrepoids à sa suggestibilité excessive. »

Plus près de nous, Gabrielle Bompard semblerait n'avoir été qu'un instrument avengeur dans la main d'Eyraud. C'était, en effet, un être tout entier aux instincts, un être dépourvu de sens moral et de conscience, quelque chose comme un automate pensant, comme une marionnette douée d'intelligence, allant au bien comme au mal, toujours conduite par l'entraînement des sens et la volonté des autres. Eyraud, l'homme d'affaires vermoulu, s'est amouraché des charmes pimentés de cette drôlesse, dont il ne peut plus se passer. Et, pour conserver cette bête perverse et lascive, il a recours à tous les moyens ; il pense au crime et n'a pas de peine à persuader à sa complice que le salut est dans le meurtre ou tout au moins le chantage de Gouffé. « Docile à ses suggestions, dit encore M. Bernheim, elle se laisse aller à lui amener l'huissier ; elle assiste au meurtre, elle y collabore, elle aide à ficeler le cadavre, à coudre le sac où on le met ; elle passe la nuit avec le cadavre. » Pas une minute le remords n'agit la conscience de cette femme. Pleine d'insouciance et de gaieté, elle suit son amant à travers les deux mondes, se laisse jeter par lui dans les bras de deux personnes de rencontre. Mais voici que Gabrielle fait la connaissance d'un brave imbécile

qui s'intéresse à elle et qu'Eyraud voudrait bien filouter. Un jour, elle a un doute, un remords, si vous aimez mieux ; son crime lui remonte à la surface, et, dans une crise de larmes, elle fait des aveux ; elle lui raconte tout. Cet homme la suggestionne à son tour. Il délie en quelque sorte sa volonté, et tous les liens qui l'attachent à Eyraud tombent subitement. Elle se sent comme délivrée. Elle revient à Paris, toujours sur les conseils de son nouvel amant. Calme et souriante, elle vient avouer le crime au juge. Oh ! tout d'abord, elle se rend bien compte qu'elle est légèrement compromise, que cette affaire va lui attirer des ennuis, quelques mois de prison peut-être. Aussi, elle ne se charge pas ; elle invente mille versions différentes, toutes plus absurdes les unes que les autres, et qu'elle est obligée d'abandonner le lendemain. Elle déroute la justice avec un art infernal. Mais comme elle s'est laissée prendre aux suggestions d'Eyraud, comme elle s'est laissée prendre aux suggestions de son second amant, elle se laisse prendre aux suggestions du juge, et, un beau jour, vaincue et fascinée, elle renonce à la lutte, elle avoue tout : elle a aidé à accrocher la corde, elle a cousu le sac, elle a aidé à ficeler le cadavre comme un poulet.

En vérité, voilà des gens dont la volonté est bien malade.

### XIII

L'école de Nancy est encore allée plus loin ; elle a émis cette hypothèse qu'il pourrait bien y avoir, à l'état de veille, de véritables auto-suggestions criminelles. Quelque exagéré que cela puisse paraître, il me semble pourtant qu'il y a dans ces théories une grande part de vérité. Prenons un exemple.

Un homme a été outragé par un autre homme ; la colère s'est emparée de lui et il s'est juré de se venger

pour réparer l'offense. Cette idée de vengeance s'est installée dans son cerveau avec toute la ténacité de l'idée fixe ; toutes les remontrances du cœur et de la raison n'ont servi à rien ; bientôt même la volonté a été comme paralysée. L'idée seule de la vengeance est restée et elle a armé le bras du revolver ou du couteau homicide. Puis, l'acte criminel accompli, l'obsession a naturellement disparu ; il y a eu d'abord une grande satisfaction, ou mieux, comme un grand soulagement. Il a semblé à cet homme qu'on lui avait enlevé un grand poids de dessus le cœur, et il a respiré librement. Ensuite, les facultés endormies, fascinées en quelque sorte par l'idée fixe et obsédante, se sont réveillées ; et l'auteur du crime a compris toute l'immensité du malheur accompli, étonné et surpris de l'avoir fait ; et il considère son œuvre presque comme celle d'un malheureux insensé, qui est en lui, mais qui n'est pas lui, et qu'il ne connaît pas.

Au mois de mai dernier, la Cour d'assises de l'Hérault jugeait la femme Enjalbert qui, aidée de son fils, avait assommé un soir sur une grande route son mari infirme pour se débarrasser de lui.

Ce crime fut accompli dans des circonstances absolument étranges. Si les assassins avaient voulu accomplir une vengeance, ils n'auraient pas agi autrement. Ils veulent se débarrasser d'un homme qui les gêne, et le poison n'ayant pas réussi, — car il fut prouvé que la femme Enjalbert avait tenté antérieurement d'empoisonner son mari, — ils l'entraînent la nuit sur une grande route, l'assomment et le mutilent ; puis ils repartent sans même penser qu'on va découvrir le cadavre le lendemain matin et qu'il leur faudra donner des explications. Ne dirait-on pas que ces gens avaient perdu la raison, qu'ils étaient entraînés par la folie du meurtre ? Et cependant ce n'était pas cela.

La femme Enjalbert et son fils vivaient depuis des

ANN. MÉD.-PSYCH., 7<sup>e</sup> série, t. XVI. Novembre 1892. 6. 28

mois avec une idée fixe : faire disparaître le malheureux Enjalbert qui les empêchait de sortir de leur pauvreté. Tout le jour, pendant qu'ils vaquaient à leurs travaux, ils étaient hantés par cette idée de meurtre ; sans cesse une voix mystérieuse se faisait entendre à leurs oreilles : Tue-le et tu seras riche. Et ces êtres, dont la conscience morale et la sensibilité affective n'étaient que des facultés rudimentaires, n'essaient même pas de lutter contre cette idée envahissante et tentatrice.

D'autre part, un vieillard qui était l'amant de la femme Enjalbert et lui avait promis le mariage, renforçait cette espèce d'auto-suggestion. Par ses promesses criminelles, il contribuait encore à obscurcir leur conscience, à éveiller leurs convoitises, et à rendre la tentation du meurtre plus forte et plus impérieuse. C'est ainsi qu'il en sont venus à perdre toute prudence, à exécuter ce crime atroce qui ne pouvait que les amener sur l'échafaud. Et il l'ont accompli avec une sorte d'acharnement impulsif, comme les malheureux qui cèdent à une obsession et qui, une fois l'acte accompli, se trouvent comme allégés et débarrassés d'une immense angoisse.

M. Bernheim en vient même à se demander si Tropmann n'a pas été la victime irresponsable d'une auto-suggestion. « Comme une tumeur maligne qui évolue dans un organe, dit-il, l'idée du crime, cette conception monstrueuse, morbide, s'est implantée dans son cerveau, a pris possession de lui, de même que chez d'autres s'implante, sans raison, l'idée fixe du suicide, et par une évolution fatale, elle a armé son bras et l'a conduit à réaliser brutalement cette chose infernale. »

## XIV

Ces théories paraissent étranges et subversives. Et cependant, quand on y pense bien, qu'est-ce que la tentation chez le voleur, sinon une sorte de fascination? N'en est-il pas de même aussi pour bien des attentats à la pudeur ou des viols sur les petites filles? C'est une idée étrange qui s'installe sous le crâne d'un homme et où bien souvent l'instinct sexuel n'est pour rien, puisqu'il pourrait facilement et sans danger se satisfaire ailleurs; cette idée hypnotise en quelque sorte les facultés supérieures qui régissent nos actes, et le malheureux, comme une boussole aimantée, cède à l'obsession qui l'entraîne.

Les idées fixes des aliénés ne sont pas autre chose; ce sont des phénomènes de même ordre; la volonté et les facultés de raisonnement sont abolies et laissent le champ libre à l'automatisme.

Je me rends bien compte de l'importance que peuvent avoir de pareilles idées au point de vue social comme au point de vue pénal, car la volonté joue le principal rôle dans la vie morale de l'homme. C'est elle qui, suivant une expression célèbre, nous pose au centre de l'univers et nous distingue du reste des êtres par le caractère éminemment personnel de l'opération volontaire; c'est elle qui nous rend capables de mérite et de démerite, qui fonde pour tout dire, la responsabilité. Cependant les faits sont là et je n'y puis rien changer.

## XV

On sait que pour produire un phénomène volontaire régulier, normal, il faut quatre opérations : se posséder, concevoir la pensée d'un acte, se résoudre, agir. Soutien-

dra-t-on que chez les criminels ces quatre opérations ont toujours eu lieu? Une ou deux au moins manquent le plus souvent. Cela ne veut point dire que les criminels soient des épileptiques ou des aliénés. Parmi ces derniers, nombre d'individus sont des intelligences débiles, inégales, mal pondérées. Pourquoi n'y aurait-il pas des volontés débiles, inégales, mal pondérées, à qui on pourrait, dans bien des circonstances, appliquer la maxime de Spinosa : *Hæc humana libertas quam homines se habere jactant, in hoc solum consistit quod appetitus sui sunt concii et causarum quibus determinantur ignari.* Ce qui revient à dire que le crime et la folie, tout en étant deux choses essentiellement distinctes, n'en sont pas moins deux anneaux non interrompus d'un vaste cycle au milieu duquel gravitent l'alcoolisme et la dégénérescence.

---

---

# UNE FAMILLE DE CRIMINELS

## NOTE POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE L'HÉRÉDITÉ

**Par le Dr Paul AUBRY, de Saint-Brieuc**

Membre correspondant de la Société médico-psychologique  
et de la Société de médecine légale.

---

Au mois de février 1882, la population de Saint-Brieuc, si paisible ordinairement, était vivement émue par la mise en jugement d'une famille, qui, à elle seule, occupa non seulement toute une session de cour d'assises, mais encore plusieurs séances de police correctionnelle. Il s'agissait de juger : 1<sup>e</sup> Marie Kérangal, v<sup>e</sup> Perrot, épouse de Roussel, accusée d'avoir tué son premier mari ; 2<sup>e</sup> Aimé Kérangal, son frère, accusé d'avoir tué le mari de sa maîtresse (1).

---

(1) La presse politique a mené grand bruit autour de ces deux affaires, et tous les grands journaux de Paris avaient envoyé leurs reporters à Saint-Brieuc. Les journaux illustrés firent moins de frais, ils firent paraître les portraits fantaisistes des assassins habillés en Bretons du Finistère. Cette idée n'est cependant pas à la hauteur de celle d'un rédacteur judiciaire d'une grande feuille parisienne, aujourd'hui très connu, mais alors à ses débuts ; il raconte que la vieille Kérangal, en robe de soie décolletée, préside dans la salle des gardes du château à toutes les orgies ; or, il s'agit d'une très modeste ferme et d'une paysanne, portant le même nom que celui d'une famille connue. Le rédacteur assistait cependant aux débats.

Vers la même époque, Charles Mérouvel a fait paraître un roman intitulé « Le dernier des Kérandal ». Les faits que nous rapportons ici forment le fond de son œuvre, mais il y entremêle, il est inutile de le dire, une quantité d'inexactitudes.

Au point de vue judiciaire, ces deux affaires n'offrent en elles-mêmes aucun intérêt : il s'agit de deux femmes, qui, ayant des amants, avec la complicité de ceux-ci, se débarrassent de leurs maris. Nous n'eussions jamais pensé à exhumer ces crimes dans les dossiers du greffe, si les assassins n'appartenaient à une famille dont tous les membres, ou sont devenus criminels, ou se sont distingués dans les arts (1).

C'est donc l'histoire de la famille, plutôt que l'histoire des crimes que nous allons aborder :

Les Kérangal avaient, si on en croit les traditions, occupé jadis un rang élevé dans la société, mais ils étaient bien déchus. Celui (D) qui a fait souche de la famille que nous avons à étudier, était encore dans une situation relativement élevée et possédait une petite fortune; mais ses enfants, tous naturels, sont devenus paysans et se sont mariés avec des paysans.

Dans les lignes, paternelle et collatérale, nous n'avons rien à dire ni d'Aimé-Gabriel Kérangal (A) (2) (1774-1860), ni de son fils Emile-Servan (B) (1807-1836). Ils ne figurent sur notre arbre généalogique que pour établir la filiation de Louis-Charles (C) (1838-1878) qui, le lendemain de la mort de son oncle Aimé-Marie-René Kérangal (D), se suicide dans son jardin, d'un coup de pistolet. Les motifs de cet acte sont assez étranges : il se savait déshérité par son oncle, au profit des enfants naturels, mais reconnus, de celui-ci. Pendant la nuit les enfants s'enivrent en veillant leur père. Le lendemain, après une très légère discussion avec les héritiers, il sort et se tue. Son testament portait :

(1) M. le procureur de la République Perrussel a eu l'extrême obligeance d'autoriser nos recherches ; son commis-greffier, M. Leberre, nous a aidé ; nous les prions de vouloir bien agréer nos remerciements.

(2) Les lettres majuscules correspondent à celles du tableau, pages 432 et 433.

« Qn'on n'accuse personne de ma mort, je me tue pour fuir les ennuis insupportables que m'a *crée* ma sottise et mon peu de défiance de la fourberie de certaines gens ».

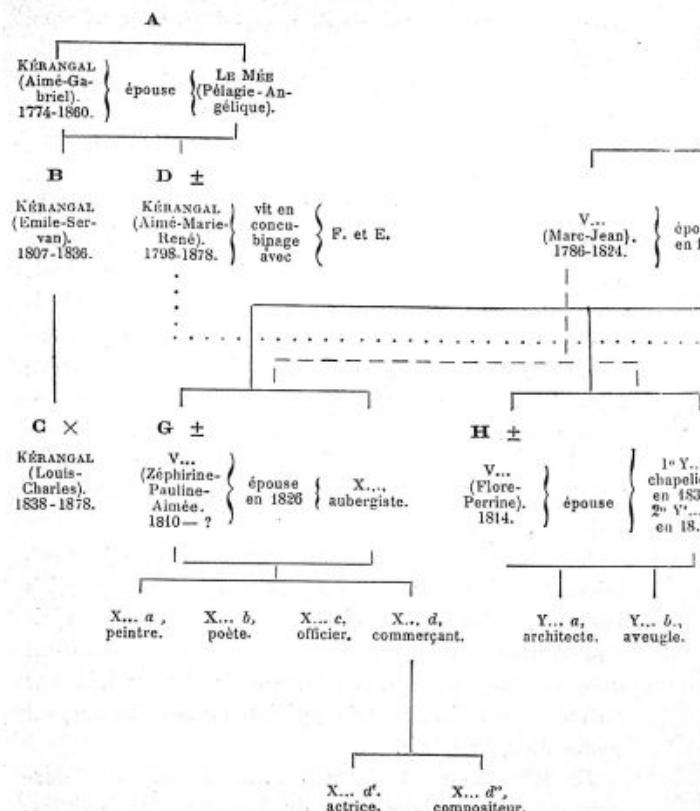
*D.* Aimé-Marie-Kérangal (1798-1878) ne semble pas avoir été un malhonnête homme ou tout au moins aucun grief criminel n'a été *officiellement* articulé contre lui; mais il a passé toute sa vie en contact avec les criminels. Bien de sa personne, il était très original, grand amateur de combats de coqs (1) pour lesquels il revêtait un habit bleu à boutons d'or. Il jouissait d'une honnête fortune à laquelle venaient s'ajouter ses appoiments de perceuteur des contributions directes. Grand coureur de femmes, ses maîtresses furent innombrables, et ses enfants aussi, ajoute la chronique, à telle enseigne que tous les enfants du quartier l'appelaient « papa ».

Nous ne retiendrons que deux de ses maîtresses, laissant de côté toutes ses autres conquêtes plus ou moins passagères. Notons que c'est en même temps qu'il était l'amant de ces deux femmes et que leurs relations ont duré nombre d'années. Nous reviendrons plus loin sur l'attrait d'une nature très spéciale qu'elles présentent toutes deux (E et F).

*E.* M<sup>me</sup> Z..., v<sup>ve</sup> L... (1821-.....), femme du bourreau de Saint-Brieuc, fille du bourreau de Vannes. De cette liaison naquit une fille (R), morte tuberculeuse à vingt-quatre ans. L... vécut peu de temps après que sa femme fut devenue la maîtresse de Kérangal. A sa mort (1842), certains bruits ont couru, et on a supposé un crime; mais ce ne furent là que des on-dit.

*F.* Florianne-Etienne Lecomte (1787-1856) se marie en 1809 avec V... (Marc-Jean), perruquier, qui

(1) Voir l'article très curieux publié dans le *Voltaire* du 21 février 1882 : l'interview de la femme du bourreau.



meurt en 1824. À ce moment, Kérangal était déjà l'amant de sa femme. Une dénonciation anonyme, faite au procureur du roi, à Rennes, amène une instruction. L'exhumation de V... est faite par le Dr Lemoine, assisté de MM. le Maout et Ferry, pharmaciens (1).

(1) V. Orfila, *Traité de médecine légale*, 14<sup>e</sup> édit., t. I, p. 603.

LÉGENDE { X Crimes de sang.  
± Mauvaises mœurs.

Les experts concluent, avec des réserves, à l'empoisonnement par l'arsenic. A leur demande, une contre-expertise est faite par Vanquelin qui conclut négativement. (Marsh n'a inventé son appareil qu'en 1836.) Une ordonnance de non-lieu fut rendue, mais l'opinion publique n'était pas d'accord avec la justice. D'ailleurs la lecture des pièces de la procédure semble nettement

indiquer la culpabilité de la femme Lecomte. Nous allons voir cette impunité se continuer pendant plusieurs générations.

Du mariage de Florianne Lecomte, appelée communément Flore, naquirent plusieurs enfants. Les deux dont nous avons à nous occuper ne peuvent être fils adultérins de Kérangal (né en 1798) (G et H).

1<sup>o</sup> *G. Zéphyrine*, née en 1810, morte vers 1875. Elle vécut séparée de son mari X.... Querelleuse et processive, tout était pour elle occasion à chicane. Elle perdait d'ailleurs régulièrement ses procès, n'étant le plus souvent fondée ni en droit ni en fait. Elle eut pour amant, entre autres, un orateur de grand talent, homme remarquablement doué, paraît-il, mais paresseux et insouciant, que la voix publique désigne comme le père des quatre enfants :

X... *a.* Peintre de talent et connu.

X... *b.* Poète de talent et connu.

X... *c.* Officier.

X... *d.* Commerçant failli.

Ce dernier a lui-même deux enfants :

X... *d'*. Actrice, sortant du Conservatoire, mais ne semblant pas devoir s'élever au-dessus des concerts de salon.

X... *d'*. Compositeur, jeune encore.

2<sup>o</sup>. *H. Flore-Perrine-Marie* (1814-....) après avoir été très connue sous le nom de belle Flore, dans un café de Paris où elle était caissière, ayant de nombreux amants, devint tenancière d'une maison de prostitution à Paris. Elle épouse Y et Y'. Elle a deux enfants, l'un architecte, l'autre aveugle et (?) atteint de paralysie de Parkinson.

Nous avons fini avec les enfants et petits-enfants de Flore Lecomte qui ne peuvent être rattachés à la souche Kérangal.

Kérangal eut de Flore Lecomte trois enfants qu'il re-

connut en 1862. Il eût été intéressant de les suivre tous les trois ; malheureusement, pour l'un d'eux, si nous avons eu en mains ses actes de naissance et de reconnaissance, il nous a été impossible de découvrir son acte de décès, ou quelques particularités sur son existence (1).

*I.* Emilie Kérangal, enfant reconnue par Kérangal et la veuve Lecomte, trouvée le 27 mai 1831 sur le banc près la petite porte de l'hospice de Saint-Brieuc. Elle s'enivre avec sa belle-sœur en veillant le cadavre de son père. Elle se marie deux fois.

*K.* Sa fille Célestine, née en 1858, a une conduite qui ne laisse aucun doute sur son peu de moralité.

*L.* Sa petite-fille, Marie-Joseph-Célestine (1875-...) commence dès 15 ans à mener la vie, commet un vol dans sa famille et est violemment soupçonnée d'avoir mis le feu dans la maison pour cacher ce larcin. Elle est actuellement fille publique, quoique encore mineure.

*M.* Emile Kérangal, cultivateur, enfant reconnu par Kérangal et la veuve Lecomte (1827-1875). Il tente de se suicider par égorgement. En 1851, il épouse Marie-Françoise Ferchal (1831-1885). Il est peu de vices que nous n'ayons à relever à l'actif de cette femme ; elle a de nombreux amants : un jour elle est surprise dans un champ se livrant successivement à plusieurs personnes. Elle est condamnée de ce chef à 15 mois de prison, 200 fr. d'amende et 10 ans d'interdiction de ses droits civils. Elle a des rapports incestueux avec son fils aîné. Elle vole à diverses reprises, une fois au moins, de complicité avec sa fille. De plus, de graves soupçons de complicité pèsent sur elle à propos de la mort de son gendre Perrot. Ajoutons à cela que souvent

---

(1) Aussi ne l'avons-nous pas fait figurer sur le tableau généalogique.

elle s'enivrait. Il est possible, probable tout au moins, qu'elle ait commis encore d'autres crimes, d'autres délit. Aussi sa fille, l'appelant à diverses reprises, ainsi que cela a été relevé dans le procès, *vieille chargée de crimes*, n'exprimait-elle que la vérité d'une façon très pittoresque.

La vieille chargée de crimes a deux enfants. Marie et Aimé Kérangal (N et P). Rien ne prouve que le mari en soit le père; cependant, on ne semble avoir jamais eu de doutes sur la régularité de leur naissance (1).

I. N. Marie Kérangal, née en 1852, mariée en 1869 avec Perrot (1834-1879), cultivateur.

Le 4 février 1879, celle-ci raconte à différentes personnes que son mari, âgé de 45 ans, après avoir essayé de l'étrangler pendant la nuit, s'est tué d'un coup de fusil. Une enquête sommaire faite par la gendarmerie confirme cette affirmation. Cependant des bruits circulent dans le pays, et au moment de la mort de Simon (2), assassiné également, ils prennent une plus grande consistance et une instruction est ouverte.

Elle démontre aussi clairement que possible les faits suivants :

1° Il est matériellement impossible que Marc Perrot se soit suicidé d'un coup de fusil.

2° D'après le récit de l'inculpée elle-même, personne n'a pu pénétrer dans la maison la nuit du crime. Son mari ayant tenté de l'étrangler, elle s'est évanouie au

(1) Voici quelques renseignements sur les collatéraux de la vieille chargée de crimes : son cousin issu de germain, G... F..., 67 ans, maraudeur de profession, condamné pour vol et privé de ses droits électoraux, a trois enfants : 1<sup>e</sup> un fils de 48 ans, qui a été accusé d'incendie volontaire ; 2<sup>e</sup> une fille de 37 ans, habitant l'étranger et ayant une mauvaise conduite ; 3<sup>e</sup> un fils de 35 ans, qui, après un vol de bois, est parti pour Jersey.

(2) V. à la page suivante.

moment où celui-ci s'est tué et n'a rien entendu. Cette syncope est invraisemblable.

3<sup>e</sup> Sa mère, la veuve Kérangal, semblait, dès la première heure, aussi instruite que sa fille, plus peut-être, de plusieurs circonstances du crime.

4<sup>e</sup> A 16 ans elle était enceinte de son futur mari. Elle a eu des relations adultères avec nombre de personnes, principalement avec Bévillon, son complice présumé, et Roussel qu'elle épouse en 1881.

5<sup>e</sup> Elle se montre très gaie après la mort de son mari, dès que les gendarmes ont constaté le suicide.

6<sup>e</sup> Sa fille, âgée de 10 ans, meurt d'une angine couenneuse. Après l'avoir fait soigner au début de sa maladie, elle la laisse mourir sans soins et, huit jours après le décès, on la voit joyeuse, chantant même.

7<sup>e</sup> En compagnie de sa mère, de sa belle-sœur, de son futur mari et de son frère, elle s'amuse à relever ses jupes et à se frapper les fesses.

8<sup>e</sup> Elle était réglée au moment du crime.

Malgré les preuves accumulées le jury, par suite de diverses circonstances qu'il serait peut-être curieux d'étudier à d'autres points de vue, a prononcé un acquittement scandaleux.

II. P. Le second enfant de la « vieille chargée de crimes » est Aimé Kérangal (1860), cultivateur.

Nous venons de voir à quel divertissement il se livrait avec sa sœur, et nous savons déjà qu'il entretenait des relations incestueuses avec sa mère.

Mais ce n'est pas tout : il était en outre l'amant de la femme Simon, dont le mari, un ivrogne, ne les gênait guère.

Ils ont cependant essayé une première fois de le tuer en lui plongeant la tête dans un ruisseau. Une seconde tentative fut plus heureuse ; ils parvinrent à l'étrangler le 21 avril 1881, et le laissèrent au bord d'un fossé,

voulant faire croire à une mort accidentelle. Kérangal fut condamné, mais la femme Simon fut scandaleusement acquittée. Ce sont ces deux affaires qui firent tant de bruit et furent jugées à la même session d'assises.

Notons que dans une branche alliée à Flore Lecomte (F), mais n'ayant aucun rapport avec la souche Kérangal, on trouve : 1<sup>o</sup> plusieurs commerçants faillis ; 2<sup>o</sup> une femme mère de nombreux enfants, qui, enceinte, part avec son dernier amant, en emportant la caisse ; 3<sup>o</sup> un commerçant que l'inconduite notoire de sa femme a préservé de la faillite ; 4<sup>o</sup> un mari qui mange au loin les ressources du ménage et qui vient essayer de vivre aux crochets de sa femme, lorsqu'il ne possède plus rien. Notons en dernier lieu qu'un certain Roussel (1847-1886), frère du second mari de Marie Kérangal (N), s'est suicidé après avoir assassiné sa femme, dont il était jaloux avec raison sans doute (2 juin 1886).

#### DISCUSSION

Il est difficile, croyons-nous, de rencontrer une famille, dont presque tous les membres aient un ou plusieurs crimes à se reprocher : vol,inceste,prostitution,assassinat,incendie;ceux qui ne deviennent pas criminels se suicident. À côté de cela, une branche (G), qui occupe une situation élevée dans le monde des arts : tous hommes d'un très réel et très grand talent. Lombroso verrait là un argument à l'une de ses théories favorites. Nous ne voulons pas rechercher ici pourquoi, au milieu de cette boue et de ce sang, quelques personnes ont réussi, non seulement à échapper à la souillure et à la contagion, mais encore à atteindre une haute situation sociale (1),

---

(1) Voir pour ces faits : J. Moreau (de Tours). La psychologie morbide dans ses rapports avec la philosophie de l'histoire. Masson, édit. Paris, 1859.

nous désirons seulement étudier quelle part revient, dans la genèse de ces crimes, à chacun de ces deux éléments : hérédité, impunité ; l'exemple n'intervenant que comme corollaire de ces deux facteurs.

Aimé Kérangal (D), outre quelques bizarries de caractère, présente un goût extraordinaire dans le choix de ses deux principales maîtresses : 1<sup>o</sup> Flore Lecomte (F) fut accusée d'avoir empoisonné son mari. Nous avons donné plus haut notre opinion, nous ralliant à l'accusation. Mais que Flore ait, ou n'ait pas tué son mari, n'est-il pas étrange, alors qu'un si grave soupçon avait pesé sur elle, qu'un homme d'un esprit pondéré et normal, consente à être son amant, non pas seulement de passage, mais pendant de longues années, ayant d'elle trois enfants qu'il reconnaît plus tard ? Et cependant la situation sociale n'est pas la même : l'amant est riche, appartient à une bonne famille ; la femme est veuve, belle-sœur et belle-fille de perruquiers. Il est vrai que Kérangal était l'amant pendant la vie du mari ; s'il est complice du crime, il est tout naturel qu'il conserve sa maîtresse ; s'il est innocent, il devient étrange qu'il continue ses relations avec une telle femme.

2<sup>o</sup> Le choix de sa seconde maîtresse n'implique-t-il pas encore une aberration particulière ? la femme du bourreau de Saint-Brieuc, fille du bourreau de Vannes ! C'était incontestablement une fort belle femme ; mais la répulsion pour l'exécuteur des hautes œuvres et tout ce qui le touche de près ou de loin n'est-elle pas universelle ? Nous rappelons qu'il a couru des bruits au moment de la mort du bourreau : s'il y a eu crime, Kérangal était-il complice de celui-ci, comme du premier ? il est permis de le supposer. Quelle que soit l'hypothèse que l'on admette, le fait suivant, que nous tenons à mettre en lumière, subsiste dans toute sa vigueur : si Kérangal n'était pas lui-même un vulgaire assassin,

il avait un goût étrange pour les femmes qui se débarrassent de leurs maris, ou tout au moins ont la réputation de le faire.

Quoi qu'il en soit, la souche Kérangal ne nous semble pas, par elle-même et seule, essentiellement mauvaise. Si, au contraire, d'autres éléments criminels viennent s'y surajouter, elle devient déplorable.

En effet, son neveu (C) s'est suicidé : c'est le seul qui appartienne à la branche Kérangal, pure de toute alliance nocive. D'autre part, il n'y a rien à dire de l'enfant (R), morte à vingt-quatre ans, il est vrai, qu'il a eu de la femme du bourreau. A ses enfants, nés de Flore Lecomte (I et M), peu de choses à reprocher, si ce n'est l'ivrognerie et la tentative de suicide.

Flore Lecomte, au contraire, a de son mari une première fille (G), mère d'hommes de talent, ayant de nombreux amants, processive et d'une mauvaise foi absolue ; une seconde (H), qui, après avoir eu trop de bonté d'âme pour refuser ses faveurs à ses nombreux admirateurs, a fini par spéculer sur celles des autres. Elle vit aujourd'hui dans une retraite dorée ; sa troisième fille (I), reconnue par Kérangal, s'enivre assez facilement : elle est mère et grand'mère de femmes légères.

Il nous semble, dans cette génération, que la part à attribuer à l'hérédité de Flore est plus grande que celle que l'on doit attribuer à Kérangal.

Ici vient s'ajouter, pour la génération suivante, un élément éminemment nocif. Émile Kérangal (M), laboureur à Ploufragan, sur lequel nous n'avons pu recueillir que peu de renseignements, épouse Marie-Françoise Ferchal, la « vieille chargée de crimes ». Nous n'avons pu relever chez elle aucun antécédent de famille, mais nous avons quelques renseignements sur un de ses collatéraux, voleur et père de voleur, d'incendiaire, et de fille de mœurs légères. Il fallait que cette femme

fût bien dépourvue de tout sens moral, pour qu'il y ait tant d'infamies à mettre sur son compte. Dans un tel milieu, sans même faire intervenir l'hérédité, par l'exemple seul, malgré l'honnêteté ambiante du pays, honnêteté manifeste, il serait bien étrange que ses enfants ne soient pas devenus des criminels.

Un autre élément, très important à notre sens, est pour beaucoup dans cette série de meurtres commis dans une même famille : c'est l'*impunité*. Si cette funeste Lecomte, au lieu de jouir d'une ordonnance de non-lieu, due à l'insuffisance des procédés chimiques de l'époque, avait été condamnée, d'abord elle aurait moins procréé, ce qui serait un énorme avantage, qu'on oublie le plus souvent de faire entrer en ligne de compte lorsqu'il s'agit de répression ; en second lieu, son entourage et ses descendants, même avec un sens moral peu développé, auraient eu plus de respect et de crainte pour la justice. La « vieille chargée de crimes » aurait sans doute eu une conduite plus honnête et n'aurait pas fait de ses enfants deux assassins. Enfin, Aimé Kérangal (E) s'il n'avait pas vu sa sœur pendant plus de deux ans bénéficier de l'impunité (les magistrats, sur la foi des rapports de la gendarmerie, avaient admis le suicide), aurait-il, lui aussi, commis le même crime ? Non, sans doute. Croit-on qu'un acquittement scandaleux comme celui de Marie Kérangal, veuve Perrot, ne soit pas, dans ce cas spécial, un des éléments les plus importants de ce que nous avons appelé la contagion du meurtre ? Après le crime, la répression et non pas la grâce !

---

# SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

---

SÉANCE DU 25 JUILLET 1892

**Présidence de M. CHRISTIAN**

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

*Correspondance et présentations d'ouvrages.*

La correspondance manuscrite comprend des lettres de remerciements de MM. Boeteau, Toulouse et Roubinovitch, nommés membres correspondants.

La correspondance imprimée comprend :

1<sup>o</sup> Le 2<sup>e</sup> fascicule du troisième Congrès d'anthropologie criminelle de Bruxelles, renfermant les rapports.

2<sup>o</sup> Le numéro de juillet de la *Revue de l'hypnotisme*.

3<sup>o</sup> Le numéro de juillet des *Annales de psychiatrie et d'hypnologie*.

*Contribution à l'étude des stigmates psychiques de la dégénérescence mentale.*

M. RITTI. — Messieurs, un de nos plus distingués membres associés étrangers, M. MICHEL CATSARAS, professeur agrégé de neurologie et de psychiatrie à la Faculté de médecine d'Athènes, médecin et vice-directeur de l'asile de Dromocaïtis, m'a chargé de vous communiquer le mémoire suivant consacré à l'étude des stigmates psychiques de la dégénérescence mentale.

Dans une lettre postérieure à l'envoi de son manuscrit, notre collègue me fait observer, qu'ayant pris connaissance d'un travail de M. Séglas (*Annales méd.-psych.*, janvier-février 1892, p. 119), il a constaté avec le plus grand plaisir que les idées qui y sont développées sur

les hallucinations obsédantes se rapprochaient beaucoup de celles émises par lui à propos de la première observation de son travail. « Je suis bien heureux, ajoute M. Catsaras, de voir un savant confrère tel que M. Séglas être arrivé aux mêmes résultats que moi, sans que l'un connût les idées de l'autre. »

Il est presque universellement admis aujourd'hui qu'il y a une catégorie malheureusement vaste d'individus maladifs à dispositions psychopathiques, offrant, dans leurs manifestations, des indices en présence desquels on a le droit d'affirmer qu'ils sont dégénérés. En effet, grâce aux travaux de Morel et surtout après les belles études de mon éminent maître M. Magnan, la dégénérescence n'est plus aujourd'hui quelque chose d'abstrait, quelque chose de vague, quelque chose qu'on ne peut reconnaître, qu'on ne peut saisir, mais un état morbide bien défini, à signes et à caractères spéciaux, qui font du dégénéré un être à part, anormal dans son état normal, anormal même dans son état de folie, enfin toujours dévié des êtres du type ordinaire, quel que soit son état physiologique ou pathologique. Mais ces déviations, ces atypies, ces anomalies, malgré la grande diversité de leur aspect et la multiplicité de leurs formes, ne sont pas jetées au hasard ; elles sont aujourd'hui bien réglées, parfaitement bien organisées ; elles sont soumises à des lois fixes, admises par la grande majorité des aliénistes et adoptées presque à l'unanimité par le public médical. On entend, ça et là, quelques voix négatives provenant de personnes scientifiquement intransigeantes, c'est-à-dire des retardataires ; mais leur voix reste sans écho.

Qui ne peut reconnaître aujourd'hui, que toute la série des états psychopathiques, désignés si justement par M. Magnan sous le nom de syndromes épisodiques et considérés autrefois comme autant d'entités morbides, se réduit, en fin de compte, à des obsessions, des impulsions et phénomènes d'arrêt, d'inhibition, et qu'en poussant plus loin l'analyse, on perd de vue leur multiplicité, leur diversité d'aspect, et l'on s'étonne de rencontrer toujours le même fond, la désharmonie des diverses facultés, le défaut d'équilibre ? Oui, il existe une quan-

tité considérable de syndromes, suivant que telle ou telle partie de l'axe cérébro-spinal a rompu ses relations avec la volonté et le pouvoir d'arrêt du cerveau, la diversité de l'aspect de la nature et de la forme clinique étant certainement en rapport avec la diversité fonctionnelle des centres émancipés, livrés à eux-mêmes ; mais il est une grande loi qui régit les obsessions, les impulsions et les phénomènes inhibitoires, en d'autres termes les syndromes épisodiques : *Pour qu'il y ait syndrome, il faut qu'il y ait déséquilibration*; car le syndrome repose sur le défaut d'équilibre ou, pour parler plus physiologico-pathologiquement, *le syndrome épisodique n'est autre chose qu'une mise en scène consciente d'un centre à l'insu de la volonté*. Si plusieurs centres du même axe cérébro-spinal se mettent en action involontairement, nous aurons alors plusieurs syndromes ; d'où la possibilité de la réunion en un plus ou moins grand nombre de syndromes chez le même individu, ce qui constitue une nouvelle preuve, cette fois-ci clinique, de l'identité de ces phénomènes.

Les recherches si importantes faites sur les stigmates psychiques de la dégénérescence ne sont pas — tant s'en faut — complètement terminées. On verra, par la lecture des observations qui vont suivre, qu'il y a toute une catégorie de stigmates psychiques qui sont peu ou pas étudiés. Mais, d'abord, rapportons nos observations. N'anticipons pas.

**OBSERVATION I.** — Le nommé D. K., de Chios, âgé de vingt-cinq ans, marchand.

*Antécédents héréditaires.* Oncle paternel atteint d'aliénation mentale.

*Antécédents personnels.* Il se prend de véritables accès de colère au moindre motif. Il est intelligent mais superficiel, son jugement n'est pas aussi développé. La volonté laissant beaucoup à désirer, ses déterminations commerciales étaient toujours lentes et indécises et le pouvoir efficace d'agir disparaissait.

*Histoire de la maladie.* Au commencement de décembre 1890, il est venu se plaindre chez moi de troubles psychiques dont il souffre depuis une année environ, de troubles qui le conduiront, dit-il, sans aucun doute à la folie. Il fait signe à son père, qui l'accompagnait, de sortir au salon d'attente et il me décrit

d'une façon saisissante toute une iliade de maux psychiques, bizarres, étranges, paradoxaux, que voici :

1<sup>o</sup> Qu'il voit des personnes absentes, amis ou anciennes connaissances, ayant eu des relations quelconques avec lui, qui l'entretiennent de différentes questions, auxquelles il répond irrésistiblement et à haute voix. Par exemple, « je n'ai pu, dit-il, dormir cette nuit, car un dialogue se faisait dans ma tête ; soudain, M. G. L., d'Alexandrie, marchand, apparaît, avec lequel je n'ai plus de relations, et m'adresse la parole au sujet d'une question que j'avais complètement oubliée. « Dis-donc, tu ne consentiras pas enfin à épouser la demoiselle X..., elle est belle, elle est jeune, elle est bien élevée » ; et sa figure fantastique, prenant un aspect souriant. « Vous savez, dit-il, elle a assez d'argent ». « Laisse-moi tranquille, je t'ai dit tant de fois qu'il m'est impossible de me marier à cet âge, d'ailleurs, je ne me suis pas encore fait une bonne position, etc. » Ce dialogue avec la personne absente l'a tyrannisé toute la nuit. Après quelques heures, ou tout au plus un jour, c'est une autre figure fantastique, toujours connue, qui se présente à lui et qui engage une conversation à propos d'une autre question ou d'une affaire commerciale.

Ces phénomènes psychiques, survenant le plus souvent d'une façon pour ainsi dire automatique, sont parfois provoqués par la pensée. C'est ainsi que toutes les fois qu'il pensait à son père, immédiatement surgissait son image, qui l'entretenait d'un propos quelconque ; il lui était impossible de s'en débarrasser. Une autre fois, ces dialogues étaient provoqués par une impression venant du dehors, surtout visuelle ; la vue d'une personne ayant des ressemblances même éloignées avec une connaissance ancienne faisait surgir dans son cerveau l'image de cet ami qui entrait immédiatement en conversation avec lui.

Ces troubles n'étaient pas les seuls qui affectaient le malade, il y en avait bien d'autres encore.

2<sup>o</sup> Tout ce que le malade pense, il se sent le prononcer au-dessous de sa langue. Le malade montre avec son index la région de la pomme d'Adam au menton que traverse ce chuchotement (*υρυφομικητιό*), suivant sa propre expression. Ce chuchotement a parfois lieu quand il entend ces mots prononcés devant lui.

3<sup>o</sup> Dès qu'il voit quelqu'un éternuer, il éprouve immédiatement dans le nez une sensation particulière qui l'oblige à éternuer aussi.

4<sup>o</sup> Il en est de même quand il voit une personne bâiller ; il ne peut s'empêcher de bâiller aussi.

5<sup>o</sup> Il y a une autre série de phénomènes très bizarres : il lui vient l'idée qu'il ne peut aller à la selle et cette idée pro-

voque en lui une constipation qui dure quatre ou cinq jours de suite. Si, au contraire, il se met dans la tête l'idée qu'il aura la diarrhée, il va à la selle un grand nombre de fois de suite; mais il ne peut plus faire disparaître par l'idée ces troubles intestinaux. « C'est drôle, dit-il, comment mon imagination produit la diarrhée et la constipation, puis je ne peux les faire disparaître. »

Les troubles de cette espèce ne s'arrêtent pas là. Il y a déjà quatre mois qu'il avait un ami intime souffrant de névralgie intercostale gauche; il s'imagine qu'il aura la même maladie et bientôt éclate un point de côté gauche, d'une intensité extraordinaire, de quelques heures de durée. Toutes les fois qu'il voyait cet ami, il avait les mêmes crises de douleurs, de sorte qu'il a été obligé de ne plus le voir.

Mais ce qui l'afflige beaucoup, c'est une sensation bizarre de transformation corporelle qui fait que le malade sent, dit-il, que « son dos n'est plus son dos, mais celui de son oncle », pour employer les expressions du malade. C'est la vue du dos, grand et disproportionné au reste du corps, de son oncle, qui fait naître l'idée, et, par conséquent, cette illusion; il fait tout son possible pour se débarrasser de cette sensation bizarre et pénible; il n'y arrive pas. Il est obligé de ne plus voir son oncle pour éviter cette sensation.

A la fin du mois de décembre, cet état a plongé dans une dépression psychique le malade, qui, sentant le besoin d'expliquer ses divers troubles psychiques, crée de toutes pièces un vrai délire caractérisé par des idées mélancoliques et de persécution avec des excitations maniaques transitoires, ce qui a nécessité l'isolement du malade, le 8 janvier 1890.

*Etat du malade au moment de son entrée à notre asile.* Il présente un délire multiple dans lequel dominent des idées mélancoliques : il est abandonné, il est ruiné, il a compromis son existence, etc., et des idées de persécution : il est poursuivi par des ennemis qui complotent contre lui, avec hallucinations de l'ouïe et de la vue. Il est déprimé, il préfère l'isolement, il a une véritable antipathie pour tout effort musculaire. Il est resté dans le même état jusqu'au mois de juin.

A ce moment, les idées délirantes et les hallucinations disparaissent pour faire place à un simple état mélancolique constitué par une affection morbide de l'humeur, se traduisant par une sorte de résignation silencieuse et par un sentiment de perte de toute initiative, de toute énergie, qui déprime à son tour profondément le moral du malade.

Le 1<sup>er</sup> août, cet homme est sorti sur la demande de son père, rangé dans la statistique annuelle publiée par mon excellent ami et confrère M. Tsirigotis, médecin et directeur de l'asile, parmi les malades améliorés ; car il ne subsistait plus qu'un

simple état mélaneolique, dont le malade n'avait pas une conscience complète (1).

**OBSERVATION II.** — Le malade X..., âgé de trente-huit ans grand, maigre, employé des bureaux des chemins de fer, présente comme antécédents héréditaires une double hérédité : un grand-père paternel aliéné et une tante maternelle, grande hystérique.

*Histoire du malade.* Pas de maladies infectieuses. D'un caractère et d'une humeur essentiellement changeants, capricieux à l'excès, ce malade a été toujours névropathe avec des périodes de calme et de paroxysmes. Depuis cinq ans, il vient souvent me consulter pour des symptômes absolument typiques de neurasthénie cérébro-spinale : casque neurasthénique, sensation de pression à la nuque avec des craquements, vertiges de translation, toutefois pas très forts, éblouissements des yeux, amnésie, inaptitude au travail, céphalalgie au bout de quelques minutes de travail, d'où la nécessité de cessation, tendances hypocondriaques, irritabilité ; gonflement de l'estomac, gaz ; plaque sacrée, troubles génésiques, érection incomplète, éjaculation immédiate, fatigue. Cet état, par des médications appropriées, s'améliore pour un temps plus ou moins long; mais, sous l'influence de la moindre cause occasionnelle, il s'aggrave de nouveau, et ainsi de suite.

Le 15 mai 1891, le malade tout effrayé vient me consulter pour des troubles psychiques bizarres. Il entend de véritables voix intérieures, avec un timbre reconnaissable, dont le siège principal est à la partie postérieure de la tempe gauche et à la région occipitale homonyme, et qui l'interrogent constamment sur le problème de l'infini, ayant la prétention de l'avoir résolu par un calcul que voici :

$$\begin{aligned}
 & 1 \times 2 \times 3 \times 4 \times 5 \times 6 \times 7 \times 8 \times 9 \times 10 \\
 & 2 \times 3 \times 4 \times 5 \times 6 \times 7 \times 8 \times 9 \times 10 \\
 & 3 \times 4 \times 5 \times 6 \times 7 \times 8 \times 9 \times 10 \\
 & 4 \times 5 \times 6 \times 7 \times 8 \times 9 \times 10 \\
 & 5 \times 6 \times 7 \times 8 \times 9 \times 10 \\
 & 6 \times 7 \times 8 \times 9 \times 10 \\
 & 7 \times 8 \times 9 \times 10 \\
 & 8 \times 9 \times 10 \\
 & 9 \times 10
 \end{aligned}$$

(1) J'ai su depuis que ce malade a repris son travail et que toute trace de mélancolie a disparu. On ne sait rien sur ses autres troubles psychiques antérieurs à son délire.

Une fois arrivé au nombre dix, il faut, disent ces voix, commencer la multiplication en sens inverse.

$$\begin{aligned}
 & 10 \times 9 \times 8 \times 7 \times 6 \times 5 \times 4 \times 3 \times 2 \times 1 \\
 & 9 \times 8 \times 7 \times 6 \times 5 \times 4 \times 3 \times 2 \times 1 \\
 & 8 \times 7 \times 6 \times 5 \times 4 \times 3 \times 2 \times 1 \\
 & 7 \times 6 \times 5 \times 4 \times 3 \times 2 \times 1 \\
 & 6 \times 5 \times 4 \times 3 \times 2 \times 1 \\
 & 5 \times 4 \times 3 \times 2 \times 1 \\
 & 4 \times 3 \times 2 \times 1 \\
 & 3 \times 2 \times 1 \\
 & 2 \times 1
 \end{aligned}$$

Commençons maintenant, disent-elles, par le nombre 2 et ainsi de suite.— Le malade contracte alors, à l'insu de sa volonté, un dialogue avec ses voix intérieures ; il repousse cette drôle et ridicule solution du problème de l'infini, en disant que c'est absurde, que c'est ridicule, que cela ne peut se faire et cette chaleureuse discussion entre les deux espèces de voix, les étrangères pour ainsi dire et les siennes propres, continue. Le malade montre une parfaite conscience de son état ; mais il est dans l'impossibilité la plus complète de modifier, même en quoi que ce soit, cette conversation mentale, la volonté étant presque complètement annihilée, ce qui rend ce pauvre malade très anxieux. La seule chose où la volonté peut réussir, consiste dans l'articulation de ses propres mots, à voix basse, accompagnée de mouvements nécessaires dans les organes de l'articulation des mots.

Tant que ces voix intérieures se bornaient à entretenir le malade de cette question métaphysique, malgré la ténacité avec laquelle elles s'imposaient dans son esprit, elles n'avaient pas de conséquences très graves ; mais il n'en est plus de même depuis le 15 juin, les voix ont commencé de revêtir la forme de défenses : « Ne mange pas, tu vomiras si tu manges », etc., etc. J'ai assisté une fois chez lui à son repas ; c'était un véritable supplice. Dès qu'il commençait à prendre la cuiller, ces sortes de défenses devenaient rapides, extrêmement tenaces ; on observait la lutte du malade, son angoisse extrême ; enfin, après un vrai martyre, il réussissait à avaler quelques cuillerées, mais immédiatement après, les voix lui disaient : « Tu dois vomir », et cette sorte de commandement était immédiatement exécutée ; le malade vomissait. Chose étrange ! l'introduction des aliments par la sonde n'est pas suivie de vomissements.

Au bout de quelques jours, l'intensité de ces sortes de défenses et de commandements étant amendée, le malade, malgré ses voix et son anxiété, finissait tant bien que mal ses repas.

Malheureusement, j'ai commis la faute d'admirer devant lui l'importance de son cas. Le malade, dès qu'il eut remarqué que je prenais note de son état, n'est plus revenu chez moi.

**OBSERVATION III.**— Le nommé X..., officier de gendarmerie, âgé de trente-cinq ans, présente comme antécédents héréditaires son grand-oncle paternel, mort de folie, probablement de paralysie générale, et son père alcoolique.

*Histoire du malade.* Intelligence développée ; diminution considérable de la volonté ; il a été toujours susceptible et émotionnable. A l'occasion d'un mot maladroit, par exemple, il était pris d'un véritable accès de colère que, malgré son désir, il ne pouvait plus maîtriser. Il avait toujours des sortes de tendances écholaliques, c'est-à-dire qu'il sentait se prononcer dans sa bouche tous les mots qu'il entendait, mais sans les articuler, ni à voix haute, ni à voix basse. Pas de maladies antérieures ; pas d'excès.

Depuis déjà trois ans, le malade a commencé à avoir des hallucinations visuelles et auditives terrifiantes, toujours les mêmes. C'était une scène infernale constituée par un grand nombre d'animaux étranges, d'espèce impossible à définir, portant des sonnettes et des figures humaines à visage noir, aux yeux rouges, revêtus, dit-il, d'un costume ayant une certaine analogie avec celui de Méphistophélès, mais noir. Il entend des bruits infernaux. Le fond de cette scène, qui se déroulait sans fin devant ses yeux, était bronzé. Sauf des intermittences, de plus en plus rares, cette scène, toutes les fois qu'elle apparaissait, obsédait le malade et le jour et la nuit.

Le 10 mai 1888, cet officier vient me consulter et me confesser les troubles hallucinatoires que je viens de décrire. Le malade a une conscience on ne peut plus complète de son état. Il se plaint de la ténacité extraordinaire avec laquelle cette scène s'impose à son esprit, la netteté de son objectivité, de son extériorisation, scène qui, peut-être, dit-il, est plus énergique que si ses sens en avaient une perception véritable. Il lutte en désespéré pour faire disparaître cette scène ; le malade y assiste en simple spectateur, sans pouvoir en modifier la ténacité et, dans cette lutte inégale, il devient de plus en plus anxieux.

En poussant plus loin l'examen, je suis arrivé à découvrir que cet homme, depuis qu'il est atteint de ces troubles sensoriels, ne voit plus les choses comme il les voyait auparavant ; le monde extérieur lui paraît modifié, moins clair, un peu étrange. Quand on converse avec lui, il comprend, dit-il, mais non comme auparavant ; le timbre des voix lui paraît modifié ; il les perçoit moins nettes et plus éloignées.

Le 2 juillet 1889, j'ai revu le malade en proie à un délire intense polymorphe, dans lequel dominaient les idées mélancoliques.

liques et les idées de persécution avec obnubilation de la conscience et une grande tendance au suicide. J'ai conseillé l'isolement immédiat dans un asile d'aliénés ; malheureusement ses parents, au lieu de prêter l'oreille aux conseils médicaux, ont suivi ceux de prêtres qui le soignaient par des pratiques religieuses propres à augmenter son délire. J'ai appris que ce pauvre officier s'est suicidé le 6 septembre 1889, en se tirant un coup de revolver dans la région sous-maxillaire.

A. CONSIDÉRATIONS CLINIQUES. — Les troubles psychiques sur lesquels je veux attirer l'attention tout particulièrement, sont de deux catégories distinctes. A la première appartiennent les dialogues intérieurs avec vision des personnes du premier malade, les dialogues intérieurs sans vision du deuxième malade, enfin la vision de cette scène avec bruits, etc., du troisième malade. Tous ces phénomènes sont au fond, comme nous le verrons plus loin, de même nature, de nature hallucinatoire ; ce sont des *hallucinations conscientes*. La deuxième catégorie comprend toute une série de phénomènes que le malade de l'observation I a présentés : la constipation sous l'influence de l'idée de l'impossibilité d'aller à la selle, la diarrhée sous l'influence de l'idée de la diarrhée, les crises de douleurs survenant à la vue d'un ami atteint de névralgie intercostale, la sensation bizarre de transformation corporelle de la région du dos, survenant à la vue du dos de son oncle. Tous ces phénomènes, dis-je, étant au fond de la même nature, nous les désignerons, pour des raisons données plus loin, du nom d'*auto-suggestions à l'état de veille*.

Nous avons donc à analyser scrupuleusement deux sortes de phénomènes : 1<sup>o</sup> *Hallucinations conscientes et obsédantes* ; 2<sup>o</sup> *Autosuggestions à l'état de veille conscientes et impulsives*. L'analyse approfondie des conditions cliniques que revêtent ces deux espèces de troubles psychopathiques met en évidence un certain nombre de caractères cliniques, dont l'importance nosologique ne peut être mise en doute.

Quels sont ces caractères cliniques ?

1<sup>o</sup> Chez tous nos malades, les hallucinations avaient le caractère de l'*obsession*. Le malade de l'Observation I était obsédé par son dialogue intérieur avec des personnes absentes qu'il voyait en esquisse ; celui de l'Ob-

servation II par son dialogue sans vision ; et enfin celui de l'Observation III par cette scène infernale qui vient d'être longuement décrite. Les phénomènes autosuggestifs du malade de l'Observation I avaient un caractère d'impulsion bien marquée. La tendance des idées autosuggestionnées à s'actualiser était très accentuée, si bien que ces idées se transformaient immédiatement en actes, nous y reviendrons plus loin *in extenso*.

2<sup>o</sup> Chez tous nos malades, nous trouvons un autre caractère capital : l'*irrésistibilité*. Il ont beau résister, leurs efforts restent sans effet, les hallucinations conscientes persistent, réapparaissent à leur gré ; les autosuggestions se reproduisent.

3<sup>o</sup> Tous les malades ont une *pleine conscience* de leur état maladif, de leur incapacité de maîtriser leurs hallucinations conscientes ; ils savent parfaitement bien qu'elles ne sont pas réelles. Le malade de l'observation I sait bien qu'il est le jouet de ses manifestations morbides et il a une conscience parfaite de son impuissance à empêcher ses autosuggestions de se transformer en actes.

4<sup>o</sup> Enfin, il y a un autre caractère, conséquence inévitable du précédent, qui se rencontre chez ces trois malades et qui accompagne nécessairement les états psychopathiques en question, c'est cette souffrance morale avec l'émotivité caractéristique, à savoir l'*angoisse*.

Voilà donc quatre caractères qui, groupés ensemble, frappent le clinicien et ne laissent pas subsister le moindre doute sur leur nature nosologique et sur leur classement parmi les troubles psychopathiques, auxquels on a depuis longtemps rattaché ces caractères ; j'entends les stigmates psychiques de dégénérescence, pour employer l'expression de mon éminent maître, M. Magnan.

Par un surcroît de preuves, nous faisons remarquer qu'il ne peut exister le moindre doute sur la nature dégénérative du terrain sur lequel ont germé ces états psychopathiques, car les conditions de naissance, l'état mental antérieur des malades et les états psychiques concomitants ne se prêtent pas à discussion.

B. *Hérédité*. — Tous les malades sont entachés d'hé-

réité. Le malade de l'Observation I a un oncle paternel atteint d'aliénation mentale ; le malade de l'Observation II a un grand-père paternel aliéné et une tante maternelle grande hystérique ; enfin, celui de l'Observation III avait un grand-père maternel mort de folie, probablement de paralysie générale et un père alcoolique.

C. *Etat mental antérieur.* — Le malade de l'Observation I est déséquilibré, à intelligence développée, mais superficielle ; il est pris de véritables accès de colère au moindre motif. Sa volonté laisse beaucoup à désirer, ses déterminations commerciales toujours lentes et indécises. Le malade de l'Observation II est d'un caractère et d'une humeur essentiellement changeants, capricieux à l'excès, névropathe. Celui de l'Observation III possédait une volonté considérablement diminuée ; il a été toujours susceptible et émotionnable. A l'occasion d'un mot maladroit, par exemple, il était pris d'accès de colère qu'il ne pouvait plus maîtriser.

D. *Etats psychopathiques concomitants.* — Le malade de l'Observation I présente les stigmates psychiques suivants : 1<sup>o</sup> tout ce qu'il pense, il le sent se prononcer au-dessous de sa langue ; en d'autres termes, il est dans un certain degré obsédé par les mots (*onomatomanie* légère, forme première de Charcot et Magnan). Il présente aussi une variation du même état psychique, le chuchotement n'a parfois lieu que lorsqu'il entend des mots prononcés devant lui (*écholalie* légère) ; 2<sup>o</sup> dès qu'il entend quelqu'un éternuer, il sent immédiatement une sensation spéciale dans le nez qui l'oblige à éternuer ; c'est, qu'on me passe l'expression, l'*échoptarnisme* ; 3<sup>o</sup> quand il voit une personne bâiller, il ne peut que bâiller aussi, c'est l'*échochasmie*. Le malade de l'Observation III présentait des sortes de *tendances écholaliques* ; il sentait se prononcer dans sa bouche tous les mots qu'il entendait, mais sans les articuler, ni à voix haute ni à voix basse.

Ce qui précède nous autorise à ranger ces malades parmi les dégénérés supérieurs. Le malade de l'Observation II est en plus un *neurasthénique*. La combinaison de la neurasthénie avec les états dégénératifs ne présente rien d'extraordinaire. La coexistence possible, chez

le même individu, d'états maladifs de nature différente n'a plus lieu de nous surprendre aujourd'hui. On sait depuis longtemps la possibilité de la coexistence simultanée, chez le même sujet, de l'hystérie, par exemple, et de l'épilepsie chez l'un, de l'hystérie et de l'ataxie locomotrice chez l'autre, de la maladie de Thomsen, de la paralysie pseudo-hypertrophique et du tabes chez un troisième, et ainsi de suite. On sait depuis longtemps aussi que les délires de nature différente, alcoolique et comitial, par exemple, peuvent affecter simultanément le même sujet. Les auteurs qui ont voulu récemment rattacher à la neurasthénie des états psychiques appartenant à la dégénérescence ont commis, ce me semble, une erreur d'anachronisme ; car on a voulu rajeunir les idées du siècle passé sur la possibilité de la transformation d'une maladie en une autre, idées exposées et développées dans le livre de Lorry, *de Mutationibus morborum*. Aujourd'hui, depuis surtout les travaux de Charcot, on est amené à considérer ces cas complexes comme des cas dont la symptomatologie est composée de symptômes d'affections différentes ; ce sont des syndromes cliniques d'espèces morbides distinctes, qui peuvent exister ensemble, se succéder, se grouper pour constituer un cas compliqué, chacun de ces syndromes réunis gardant sa physionomie propre, son autonomie, son indépendance. *Il n'y a pas*, dit Charcot, *d'hybrides en nosographie*. En effet, c'est une simple *juxtaposition syndromique*, dont il est facile, quand on connaît les formes typiques, de faire la dissection et où l'on peut remettre les choses à leur place. Les lois du déterminisme biologique gouvernent donc aussi les espèces morbides.

.. N'est-il pas superflu de repousser l'interprétation d'hallucinations symptomatiques du délire des persécutions, puisque l'évolution des symptômes et leurs caractères décrits ne permettent pas un seul moment de considérer les malades des observations I et II comme des délirants chroniques à évolution systématique? N'est-elle pas puérile, l'hypothèse d'hallucinations de nature toxique, pour le malade de l'observation III? L'évolution et les caractères de ses hallucinations qui sont conscientes, obsédantes et fixes d'une part et le défaut d'excès alcooliques de l'autre, ne permettent pas du tout

cette manière de voir. Nous tenons à attirer l'attention du lecteur sur le fait qu'il n'y avait pas la moindre altération des appareils sensoriaux périphériques de l'ouïe et de la vue.

E. CONSIDÉRATIONS PHYSIOLOGIQUES ET PSYCHOLOGIQUES. — Les données anatomiques, physiologiques et pathologiques que nous possédons sur la fonction du langage et sur les images en général favorisent singulièrement la conception des hallucinations conscientes de nos trois malades. On sait que la somme innombrable des impressions venant de l'extérieur et transmises par les nerfs sensitifs au cerveau impressionne les cellules corticales, qu'il y a des centres spéciaux où se déposent ces impressions sensorielles suivant leur nature, pour se transformer en actes psychiques, pour être *perçues*. Cette impression sensorielle ravivée constitue ce que les Français appellent *image* et les Allemands *représentation*. La clinique est arrivée, on le sait bien, à distinguer quatre modes spéciaux de mémoire du mot, quatre grands facteurs du mot, ou pour parler plus psychologiquement, quatre images, dont les deux sensorielles, l'image auditive : le son du mot *rose*, par exemple, et l'image visuelle : la vue du mot *rose*, par exemple, écrit ou imprimé, et les deux autres moteurs : l'image motrice d'articulation, résidu de toutes les sensations musculaires éprouvées dans la gorge, la langue, les lèvres à l'articulation du mot *rose*, et l'image motrice graphique, résidu des sensations musculaires et tactiles éprouvées dans les bras, la main, les doigts à l'écriture de ce mot. Elle est arrivée aussi à nous montrer que chacun de ces facteurs spéciaux du mot, chacune de ces images spéciales a son siège dans une région déterminée de l'écorce de l'hémisphère gauche du cerveau, irriguée par une branche distincte de l'artère sylvienne. Ces centres corticaux spéciaux de la fonction du langage sont mis en relation organique par des fibres nerveuses commissurales (*associations anatomiques primitives et permanentes*) ; entre les différentes images du sens tactile et musculaire, par exemple, sont établies des *associations dynamiques secondaires* plus ou moins stables par l'éducation et l'apprentissage. M. Charcot, appuyé sur ces données, a tiré sa théo-

rie des divers types du langage, dont il admet quatre catégories : des visuels, des auditifs, des moteurs ou des indifférents, suivant la variété physiologique individuelle des images qui domine.

M. Séglas a fait une heureuse application de ces doctrines à l'aliénation mentale, en concluant qu'il doit exister autant d'espèces d'hallucinations verbales que de modes spéciaux de la mémoire du mot, c'est-à-dire que d'espèces du langage. Il y aurait donc des *hallucinations auditives*, des *hallucinations visuelles d'écriture* et des hallucinations qui seraient formées par les images du sens musculaire et tactile qui se projettent à l'extérieur sous forme sensitive. Il a donné à ces derniers le nom d'*hallucinations verbales psychomotrices*, qui ne seraient que les *hallucinations psychiques* de Baillarger, les anciennes *voix épigastriques* des aliénés. P. Janet, dans son bel article « Sur un cas d'aboulie et d'idées fixes », publié dans la *Revue philosophique* de cette année, numéro de mars-avril, a fait une critique de mot *psychomotrices* qu'il ne trouve pas parfaitement exact. « Pourquoi réserver, dit-il, à ce phénomène en particulier, le nom de psychomoteur ? Est-ce que tous les phénomènes de l'esprit n'ont pas aujourd'hui ce caractère bien connu d'être psychomoteur ? Une image, une hallucination auditive, visuelle ou tactile n'est-elle pas accompagnée de phénomènes de mouvements, adaptation des mouvements, expression de la physionomie, mouvements associés, etc... Ce mot a donc un sens très vague, tandis que l'auteur veut nous parler ici, non pas d'hallucinations indéterminées, mais d'un phénomène beaucoup plus précis », et puis, « il ne s'agit pas, dit-il, d'une image psychomotrice quelconque, mais d'une image de ce sens si important qu'on appelle sens musculaire ou mieux sens kinesthésique ». Il propose de substituer le mot kinesthésique à celui de psychomotrice ; mais le nom de psychomotrice me paraît beaucoup plus commode et non moins précis.

En voici la raison. Certes, l'élément fondamental des penchants, inclinations, désirs, en un mot de toutes les *tendances*, est l'innervation motrice ; certes, il n'y a pas d'acte de volition impulsif ou inhibitoire sans l'intervention de l'élément moteur ; certes, le mécanisme de

l'attention est essentiellement moteur, comme M. Ribot l'a si bien démontré; certes, non seulement dans tout acte de perception le facteur de mouvement est en jeu, mais encore il n'y a pas de perception sans mouvement, et le même savant, dans son superbe livre : *les Maladies de l'attention*, dit que la conscience n'est possible que par le changement; ce changement n'est possible que par le mouvement. Certes, il n'y a pas d'image dans la constitution de laquelle n'intervienne l'élément moteur. Toute image contient donc une tendance au mouvement; mais les résidus moteurs, qui constituent les images sensorielles, l'image auditive et l'image visuelle, soit du mot, soit d'un objet quelconque, existent pour ainsi dire en germe, acquièrent des proportions énormes dans la constitution des images motrices du mot, et puis le terme *moteur* a été déjà employé par M. Charcot pour définir un mode spécial du langage moteur, qui a inspiré à M. Séglas la définition d'*hallucinations verbales psychomotrices*, sur laquelle tout le monde s'entend, ce qui est l'essentiel.

Maintenant, il est temps d'aborder la question du siège des hallucinations conscientes de nos malades. L'apparition soudaine au champ de la conscience du malade de l'observation I, de M. C., d'Alexandrie, ou d'une autre personne de connaissance ancienne, nous montre que le lobule du pli courbe est en jeu. La mise en action de ce centre cortical, le plus souvent automatique, avait parfois une origine primitivement psychique : toutes les fois, dis-je dans son observation, qu'il pensait à son père, surgissait immédiatement son image qui l'entretenait d'un propos quelconque ; une autre fois enfin, la mise en action avait l'origine primitivement périphérique, une excitation sensorielle surtout visuelle : la vue, dis-je, d'une personne ayant des ressemblances même éloignées avec une connaissance ancienne faisait surgir dans son cerveau l'image de cet ami, qui entrait immédiatement en conversation avec lui. Ces apparitions, en vertu de la loi des associations servant de point de repère, mettaient en action le centre de l'audition mentale, à savoir la première circonvolution temporale, et le malade de l'observation I entendait M. G... lui disant : « Dis-donc, tu ne consentiras

pas enfin à épouser la demoiselle X...? elle est belle, elle est jeune, elle est bien élevée »; et puis, en vertu de la même loi des associations, le centre de la vision mentale, le lobule du pli courbe, étant mis en action, notre malade voyait la figure fantastique prendre un aspect souriant; ensuite, grâce à la même loi, le centre de l'audition mentale entre de nouveau en action et notre malade entend M. G. lui dire : « Vous savez, elle a assez d'argent... »; enfin, la mise en action des centres de la vision mentale générale et de l'audition mentale des mots excite le centre de l'articulation des mots, à savoir le pied de la circonvolution de Broca et, en vertu de la même loi, les images visuelles de M. G..., du lobule du pli courbe et les images auditives des mots de M. G... de la première temporale font surgir les images motrices d'articulations associées, et voilà que notre malade parle à son insu et répond malgré lui à M. G... en lui disant: « Laisse-moi tranquille ; je t'ai dit tant de fois, qu'il m'est impossible de me marier à cet âge ; d'ailleurs, je ne me suis pas encore fait une bonne position, etc. » Pour éviter les répétitions, je dirai que le mécanisme de l'explication physiologico-psychologique des dialogues intérieurs sans vision du malade de l'Observation II, est le même. C'est une mise en action, en vertu de la même loi de l'association, du centre de l'audition mentale des mots et de celui de l'articulation des mots sans participation du centre de la vision mentale.

Quant au malade de l'Observation III, c'était d'une part le centre de la vision mentale des objets qui était mis en action, et le malade voyait ainsi un grand nombre d'animaux étranges d'espèces indéfinissables, portant des sonnettes et des figures humaines à visage noir et aux yeux rouges, revêtus d'un costume ayant une certaine analogie avec celui de Méphistophélès, mais noir; le fond de cette scène infernale était bronzé, et, de l'autre, le centre de l'audition mentale des sons était aussi mis en action, le malade entendait des bruits infernaux.

Ainsi donc, chez le premier malade, le lobule du pli courbe, la première temporale et la circonvolution de Broca; chez le second, la première temporale et la circonvolution de Broca, et enfin, chez le troisième, le lobule du pli courbe et la première temporale ont rompu leurs

relations avec le pouvoir d'arrêt du cerveau; ils sont émancipés, livrés à eux-mêmes. Les hallucinations conscientes et obsédantes des trois malades reposent donc sur le défaut d'équilibre, ou, en termes plus physiologico-psychologiques, sur la mise en action consciente d'un centre en dépit de la volonté. Or, l'analyse physiologico-psychologique nous a mis en relief un autre caractère, la déséquilibration, qui est en faveur de la thèse que nous soutenons, c'est-à-dire que les troubles psychiques de nos trois malades sont des stigmates psychiques de dégénérescence.

Mon savant ami M. G. Ballet a publié dans les *Archives générales de médecine*, numéros de mars et d'avril 1888, un article intéressant relatif à un cas d'hallucinations de l'ouïe avec conscience « résultant d'une excitation morbide du centre des images auditives verbales » ; de sorte qu'ici, c'est la première temporelle qui seule était en action. L'auteur, appuyé sur les caractères des troubles hallucinatoires de son malade, l'*obsession* et la *conscience*, a fait justement l'adjonction de l'hallucination de l'ouïe avec conscience à la liste des stigmates psychiques des dégénérés. Nous venons de démontrer que non seulement l'hallucination de l'ouïe avec conscience, rangée pour la première fois parmi les stigmates psychiques de dégénérescence, mais *toute hallucination*, quand il y a à la fois *obsession* et *conscience*, ainsi que tous les autres caractères exposés ci-dessus, est un syndrome épisodique de la dégénérescence mentale.

2. *Autosuggestions à l'état de veille conscientes et obsédantes.* — Les phénomènes autosuggestifs que le malade de l'Observation I a présentés sont analogues aux modifications des fonctions végétatives produites chez des sujets par la suggestion hypnotique. Serait-il nécessaire de rappeler des exemples de perturbations organiques que peut produire un simple phénomène d'idéation, tels que l'expérience de vésication par suggestion, les expériences d'élévation locale de température de plusieurs degrés, accompagnée d'abaissement de température de la région symétrique du corps, faites par M. Dumontpallier, les faits d'épistaxis et de sueurs de sang que MM. Bourru et Burot ont provoqués par suggestion chez un hystérique mâle hémiplégique et

hémianesthésique, les brûlures obtenues par M. Charcot et ses élèves chez les hypnotiques à l'aide de la suggestion ; enfin, rien que par le seul fait de fixer son attention sur une partie du corps, même à l'état de veille, suivant les expériences de M. Fégré chez des hystériques, cette partie change de volume. On sait aussi que si l'on fixe son attention sur le cœur, sur l'estomac, la vessie, les intestins, on suscite au cerveau des sensations insolites ; car fixer l'attention, dit Ribot, signifie simplement laisser un certain état durer et prédominer ; cette prédominance, d'abord inoffensive, s'accroît par les effets mêmes qu'elle produit. Ces phénomènes sont l'expression de cette loi générale que *tout état de conscience vif tend à s'actualiser*. Chez les hypnotiques surtout, qui, à cet égard, ont un don particulier, toute idée suggérée et acceptée tend à se faire sensation, image, mouvement. Cette loi fondamentale, appelée justement par M. Bernheim loi de l'*idéo-dynamisme*, s'appuie sur une base physiologique formulée ainsi par lui : *Toute cellule cérébrale, actionnée par une idée, actionne les fibres nerveuses qui doivent réaliser cette idée.*

Le cerveau du malade de l'observation I, actionné par l'idée de la diarrhée, excite donc les nerfs intestinaux sécréteurs et vasomoteurs qui sont destinés à réaliser cette idée ; alors les mouvements péristaltiques apparaissent avec beaucoup d'énergie, les sécrétions de la muqueuse intestinale augmentent et l'acte organique de l'évacuation est déterminé.

Comme l'idée peut devenir un acte positif, elle devient aussi acte négatif. L'idée, dans ce cas, neutralise la réalisation d'un acte, c'est-à-dire qu'elle neutralise une image, un mouvement, une sensation viscérale ou autre. Le cerveau, actionné par l'idée de l'impossibilité d'aller à la selle, fait donc de l'inhibition sur les fonctions intestinales ; alors le péristaltisme intestinal s'atténue, l'action des nerfs intestinaux sécréteurs et vasomoteurs est diminuée ou même supprimée, les liquides destinés à faciliter l'évacuation font défaut, l'acte organique se trouve ainsi de la sorte neutralisé, et le malade ne peut aller à la selle.

Si nous prenons en considération que l'idée de la douleur, aussi bien pendant l'hypnotisme qu'à l'état de

veille, peut se transformer en sensation,— c'est ainsi que Sir Brodie, par le seul fait de fixer son attention sur une partie de son corps, ressentait une douleur dans cette région,— on peut facilement concevoir les crises de douleurs du malade de l'Observation I, lesquelles survenaient à la vue d'un ami atteint de névralgie intercostale.

La suggestion peut tout créer. « Ce n'est pas sur les sens et sur les viscères, disent Fégré et Binet (1), que peuvent se manifester les suggestions de sensations fausses, il est possible de suggérer l'idée d'une altération de structure de toute la substance ; l'hypnotique, par exemple, va se réveiller tout étonné, en disant : « Je suis « de verre, ne me touchez pas, » et, comme conséquence de cette idée fausse, il va se développer un délire systématisé. » Ce passage met en évidence le mécanisme de formation de cette sensation bizarre de transformation corporelle de la région du dos du malade de l'Observation I. La vue du dos difforme de son oncle suscite au cerveau de ce malade l'idée d'une difformité pareille de son propre dos ; les cellules cérébrales, actionnées fortement par cette idée, actionnent les fibres nerveuses qui doivent réaliser cette idée ; alors, aux sensations normales antérieures de la peau, des muscles, des tendons, des os, des articulations, qui d'une manière centripète fournissent au sensorium commun du malade ce sentiment vague et doux de l'existence de son dos, viennent subitement et inopinément se substituer, venant du centre à la périphérie, par conséquent d'une manière inverse et centrifuge, les sensations insolites de cette idée bizarre de changement de son dos survenant à la vue du dos de son oncle. Il s'agit, en d'autres termes, d'une transformation du moi physique partielle, d'une altération de la personnalité du malade partielle, limitée seulement à son dos. Mais, comme d'une part le malade est à l'état de veille, et comme d'autre part, il a conscience parfaite de la maladivité de cette sensation, on ne voit pas se développer un délire systématisé, comme le ferait une pareille altération de structure chez un sujet à l'état hypnotique.

Poussons un peu plus loin l'analyse. Pour que ces troubles se développent chez un sujet, il faut qu'il soit

---

(1) Binet et Fégré, *Le magnétisme animal*. Paris, 1887.

mis dans un état de réceptivité morbide ; mais pour peu qu'on veuille pénétrer au fond de la genèse des hallucinations obsédantes et conscientes et des phénomènes autosuggestifs et déterminer exactement les conditions de cette réceptivité morbide, on se heurte contre des difficultés considérables. Deux conditions sont en présence :— 1<sup>o</sup> *La volonté est perdue comme pouvoir d'arrêt, comme pouvoir d'inhibition.* Les observations de Ferrier semblent montrer l'existence de centres d'arrêt ou d'inhibition au lobe frontal ; car il a remarqué une diminution de la volonté par suite de lésions de la première et de la deuxième circonvolution frontale, tandis qu'au contraire, l'activité inférieure se renforçait et les réflexes s'exaltaient. *Chez tous nos malades, nous avons constaté une diminution de la volonté dans son pouvoir d'arrêt de caractère constitutionnel.* Ainsi, chez le malade de l'Observation I, la volonté laissait beaucoup à désirer, ses déterminations étaient toujours lentes et indécises, le pouvoir efficace d'agir disparaissait, la volonté non plus n'avait pas de prise sur ses accès de colère. Chez le malade de l'Observation II, la volonté ne s'est jamais pour ainsi dire constituée, elle n'est certes pas anéantie, mais toutefois chancelante, instable et inefficace ; « d'un caractère, ai-je dit dans son observation, et d'une humeur essentiellement changeante, capricieux à l'excès. » Enfin, il est expressément noté dans l'Observation du malade III, « diminution considérable de la volonté, il a été toujours susceptible et émotionnable ; à l'occasion d'un mot maladroit, par exemple, il était pris d'un véritable accès de colère, qu'il ne pouvait plus maîtriser, malgré son désir ». Ce passage prouve évidemment que la volonté existait seulement à titre d'état de conscience et c'est l'effort volitionnel que le malade faisait pour arrêter ses passions qui n'aboutissait pas.

De ce qui précède, il faut bien admettre que *le pouvoir de réaction individuelle de ces malades est affaibli, qu'il est tombé au-dessous du niveau commun* ; car chez tous nos malades il y avait une *diminution de la volonté dans son pouvoir d'arrêt, de caractère constitutionnel.* Cette impuissance de la volonté, de caractère constitutionnel, paraît avoir pour base physiologique, si l'on accepte les idées de M. Ferrier, admises par plusieurs

physiologistes, sur l'existence de centres d'arrêt, une impuissance de ces centres, constitutionnelle aussi.

Néanmoins, cette première condition, c'est-à-dire l'affaiblissement de la réaction individuelle, dont l'existence est indubitable, ne suffit pas à elle seule, à mon avis, pour expliquer d'une manière satisfaisante les troubles psychiques de nos malades et surtout le pourquoi de leur apparition plus ou moins tardive de ces troubles, l'affaiblissement de la réaction individuelle étant natif. — Il nous faut à tout prix : 2<sup>e</sup> une seconde condition qui consiste dans l'*irritation par suite d'une cause occasionnelle quelconque d'un ou plusieurs centres de l'axe cérébro-spinal et surtout de l'écorce*. Les conséquences physiologiques et psychologiques de l'irritation de ces centres sont :

1<sup>e</sup> *Influx nerveux considérable*. — Le physiogiste Frank (1) dit : « Nous voyons que l'excitabilité de certains centres nerveux est atténuée par la mise en activité de certains autres, si les excitations qui atteignent ces derniers ont une certaine intensité : tel est le fait. Si nous considérons le fonctionnement normal du système nerveux, nous constatons qu'il existe un équilibre nécessaire entre les différents appareils de ce système. Nous savons que cet équilibre peut être rompu par la prédominance anormale de certains centres, lesquels semblent détourner à leur profit une trop grande part de l'activité nerveuse : dès lors, le fonctionnement des autres centres nous apparaît troublé... Il y a des lois générales qui président à la répartition de l'activité nerveuse dans les différents points du système, comme il y a des lois mécaniques qui gouvernent la circulation du sang dans le système vasculaire : si une grande perturbation survient dans un département vasculaire important, l'effet ne peut manquer d'être ressenti dans tous les autres points du système. Ces lois d'hydrodynamique, nous les saisissons, parce que le fluide en circulation nous est accessible et que nous connaissons les propriétés des vaisseaux qui les contiennent, les effets de l'élasticité, ceux de la contraction musculaire, etc. Mais les lois de la répartition de

---

(1) *Dict. encycl. des sciences médicales*, Art. *Nerveux*, p. 572.

l'activité nerveuse, de cette sorte de circulation de ce qu'on a nommé le fluide nerveux, qui les connaît? On constate les effets des ruptures d'équilibre de l'activité nerveuse; mais ce sont là des troubles essentiellement variables, qui se dérobent encore à toute tentative de théorie. Nous ne pouvons qu'en noter la production en tenant compte des conditions qui les accompagnent. » De ce passage admirable de M. Frank, il ressort que toute l'énergie disponible s'est accumulée en grande quantité dans les centres irrités et qu'il n'en reste que peu d'énergie aux autres. Ces centres excités se trouvent dans une condition *physique* spéciale, appelée par les physiologistes *dynamogénie*, que Brown-Séquard a défini ainsi qu'il suit : « Le pouvoir que possèdent certaines parties du système nerveux de faire apparaître soudainement une augmentation d'activité par une influence purement dynamique. » Ces centres excités ont pour ainsi dire le monopole de l'influx nerveux, d'où une tension excessive, une activité exagérée : au fur et à mesure que la tension de ces centres augmente et que leur activité s'exagère, l'intensité des images qui s'y trouvent déposées augmente, elle se rapproche de son point de départ, se projette au dehors sous forme sensitive, enfin elle devient hallucinatoire.

2<sup>e</sup> Les idées antagonistes qui se développent suivant la loi de l'*association par contraste* font une dérivation incomplète. Le centre irrité exerce pour ainsi dire des fonctions d'arrêt par rapport aux autres. Cela n'a rien qui puisse nous surprendre ; car Brown-Séquard, plus que tout autre physiologue, a ingénieusement démontré une loi physiologique bien importante qu'il a formulée à peu près ainsi : *Tout segment nerveux est pour le segment nerveux adjacent capable de provoquer, soit l'excitation, soit l'inhibition.* L'excès et l'intensité des images du centre excité diminuent ou suppriment donc les images antagonistes qui tendent à se développer aux autres centres par la loi de l'association par contraste, de sorte que les images du centre irrité, qui tirent toujours leur origine de quelque souvenir de la vie passée, dominent l'état psychique, d'où le *mono-imagisme relatif*, à savoir une ou plusieurs images de même nature, qui surgissent à chaque instant, qui s'im-

posent au cerveau du malade et qui règnent à peu près seules au champ de sa conscience. Le malade alors se retranche dans cette sphère étroite, et, dans l'impossibilité de lutter par ses anciennes *synthèses arrêtées* et dans la difficulté d'en former de nouvelles, faute d'attention, il se sent entraîné vers ce mono-imagisme dont il n'est qu'un véritable esclave.

Ainsi donc, *le défaut d'équilibre physiologique, dû à l'affaiblissement constitutionnel du pouvoir réactionnel de l'individu s'accentue davantage par l'excitation acquise de l'axe cérébro-spinal, localisée à un ou plusieurs centres.* Ces considérations physiologico-psychologiques nous ont conduit insensiblement, subrepticement, presque sans le vouloir, à la démonstration péremptoire de l'existence d'une *déséquilibration*, la condition *sine qua non* du développement des troubles en question de nos malades. *Or, la physiologie pathologique, de concert avec la clinique, a démontré la nature dégénérative de ces troubles psychiques.*

Je ne puis résister au désir de faire un rapprochement entre les phénomènes présentés par nos malades et ceux qui se passent souvent à l'état hypnotique et à l'état de sommeil normal. En effet, comme nos trois malades ont des hallucinations et des autosuggestions avec conservation complète de la conscience, le somnambule peut avoir les hallucinations les plus terrifiantes ; mais sa raison n'étant pas tout à fait paralysée, il reconnaît la fausseté de ces perceptions imaginaires qu'on lui provoque par suggestion : « Une malade de M. Richet, disent MM. Feré et Binet, à qui l'on pratiquait par suggestion l'amputation du bras, poussait des cris de douleur en voyant le sang couler ; mais presque au même moment, elle comprenait que c'était une friction, et riait à travers ses larmes. » Le rêveur aussi présente ce phénomène curieux du dédoublement de la conscience : les choses les plus invraisemblables se déroulent devant ses yeux et au milieu de ces scènes diverses, le rêveur en entrevoit la fausseté en se disant que c'est un rêve.

**2<sup>e</sup> CONSIDÉRATIONS PRONOSTIQUES.** — Je m'empresse de rappeler au lecteur que les hallucinations conscientes et obsédantes et les phénomènes autosuggestifs n'ont

pas tardé à faire entrer le malade de l'*Observation I* dans le délire. Au bout d'une année environ, cet état a plongé le malade dans une dépression psychique, et, sentant le besoin d'expliquer ces divers troubles psychiques, il fait éclater de toutes pièces un vrai délire caractérisé par des idées mélancoliques et de persécution avec des excitations maniaques transitoires, état qui a nécessité l'isolement du malade. Les troubles hallucinatoires conscients et obsédants du malade de l'*Observation III* ont fini par faire éclater des désordres mentaux qualifiés de folie. Enfin, la scène infernale consciente est devenue, au bout de trois ans et deux mois environ, le point de départ d'un délire polymorphe intense, dans lequel dominaient les idées mélancoliques et de persécution avec obnubilation de la conscience et une très grande tendance au suicide. Ce malade a fini par se suicider. On voit donc que le pronostic de ces obsessions hallucinatoires et de ces phénomènes auto-suggestifs est beaucoup plus grave que celui des autres obsessions et impulsions ; car pendant un certain temps, les troubles en question, dialogues conscients, etc., consistent dans une « altération fonctionnelle du processus de l'idéation non de son contenu », pour employer la belle expression du regretté savant Westphal. C'est une altération quantitative, mais non qualitative, altération d'intensité et de degré et non de nature. Pendant ce temps, ces phénomènes psychiques constituent en quelque sorte un corps étranger que le moi ne veut pas s'incarner, s'incorporer ; mais à un moment donné, voilà que le moi est envahi tout entier, le contenu de l'idéation s'altère qualitativement dans sa nature, l'interprétation délirante commence, le délire éclate et le malade, de déséquilibré qu'il était, devient fou.

CONCLUSIONS. — De ce travail, il résulte que :

1<sup>o</sup> *Les hallucinations conscientes et obsédantes* doivent occuper une place à part parmi les stigmates psychiques de dégénérescence mentale ;

2<sup>o</sup> Ces hallucinations se présentent sous deux aspects : soit combinées, soit isolées. Parmi les hallucinations combinées, mes observations ont mis en évidence : — A. *Les hallucinations visuelles, verbales auditives et ver-*

*bales psychomotrices* (dialogues conscients, incoercibles, avec vision de personnes absentes). — B. *Les hallucinations verbales auditives et verbales psychomotrices* (dialogues conscients, incoercibles sans vision). — C. *Les hallucinations visuelles et auditives non verbales* (vision consciente de la scène infernale avec bruits, du malade de l'Observation III). Parmi les hallucinations isolées, nous avons les hallucinations auditives conscientes et obsédantes décrites par M. Ballet;

3<sup>o</sup> Il y a une catégorie de syndromes épisodiques dont la nature nous impose de les désigner sous le nom d'*autosuggestions conscientes à l'état de veille*;

4<sup>o</sup> L'analyse clinique de ces deux sortes de phénomènes morbides a fait ressortir les mêmes caractères cliniques que l'on doit avoir pour qualifier un phénomène morbide du nom de *stigmate psychique* ou de *syndrome épisodique de dégénérescence mentale* ;

5<sup>o</sup> L'analyse physiologico-psychologique semble démontrer que ces deux sortes de phénomènes reposent sur la même base que les autres stigmates psychiques de dégénérescence, à savoir sur le *défaut d'équilibre*, sur la *mise en action consciente et incoercible* d'un ou de plusieurs centres cérébraux ;

6<sup>o</sup> Le pronostic de ces obsessions hallucinatoires et de ces phénomènes autosuggestifs conscients est beaucoup plus grave que celui des autres obsessions et impulsions.

M. CHARPENTIER. — Le mémoire de M. Catsaras comprend deux parties : l'une de théorie psycho-physiologique, qui peut s'appliquer à tout autre travail, et l'autre ayant pour but de signaler deux signes nouveaux de la dégénérescence mentale : les auto-suggestions et les hallucinations obsédantes. Or, dans les cas rapportés, les signes de dégénérescence manquent. Il y a bien l'hérédité ; mais hérédité et dégénérescence font deux. Les troubles du caractère signalés sont-ils attribuables à la dégénérescence, c'est justement ce qu'il faut démontrer. Des quatre caractères que donne M. Catsaras, c'est le fait de la conscience qu'a le sujet du trouble qu'il éprouve, qui constitue le phénomène capital. Les trois autres caractères : obsession, impulsion irrésistible,

angoisse, lui sont subordonnés. Mais encore faut-il établir que les folies obsédantes, impulsives, sont elles-mêmes des manifestations de la dégénérescence.

Ce que je cherche, ce sont les signes de dégénérescence. L'auteur a apporté des cas de folie avec conscience, mais il n'a pas démontré que les malades étaient des dégénérés.

M. RITTI. — Je ferai remarquer que ce sont précisément ces syndromes psychiques qu'il considère comme signes de dégénérescence.

M. CHARPENTIER. — Je crains qu'on ne tourne dans un cercle vicieux pour expliquer en quoi consistent les stigmates psychiques.

M. FALRET. — L'auteur suppose établi *à priori* ce qu'il faudrait démontrer.

*Sur un cas de maladie des tics convulsifs  
avec mouvements par obsession.*

M. ROUBINOVITCH. — Deux séries de mémoires doivent être distinguées dans la bibliographie de cette curieuse affection que M. le professeur Charcot a décrite sous le nom de « maladie des tics convulsifs ». D'un côté, il faut placer les observations publiées par Itard (1825), MM. Charcot (1883), Gilles de la Tourette (1885), G. Guinon (1886), Railton, Burot, Pitres, Catrou, Breitmann, etc. ; là, dans l'histoire clinique, la prédominance appartient manifestement aux *tics musculaires* qui se montrent dès le début de la maladie pour se compliquer ensuite de l'écholalie, de la coprolalie, de l'échokinésie, etc.

De l'autre côté, au contraire, il faut classer les cas de Zissermann (1867), Kaschine (1868), Béard (1881), O'Brien (1881), Hammond (1884), Jankowski (1885), Riabkoff (1887), où le phénomène du début est constitué exclusivement par des *tics psychiques* auxquels ces auteurs accordent la première place dans le tableau clinique.

M. Tokarski, dans un mémoire fort intéressant que nous aurons l'occasion de citer plus loin, va même jusqu'à séparer ces deux séries d'observations en leur

donnant des noms distincts : aux premières, il réserve la dénomination de « maladie des tics convulsifs » proprement dite et aux secondes celle de « myriachit ». Quoi qu'il en soit de cette distinction, le cas que nous publions nous a paru intéressant, surtout à cause de la présence, à côté des secousses ordinaires propres à cette affection, de toute une série de mouvements résultant des idées obsédantes, analogues en tout à celles que l'on observe chez les dégénérés classiques (1).

La nommée B... est entrée à la Salpêtrière, service de M. le D<sup>r</sup> A. Voisin, le 22 décembre 1885 ; elle est âgée actuellement de trente-quatre ans ; elle est née à Paris. Son *père* est mort d'un calcul vésical à l'âge de soixante-treize ans. C'était un homme irritable, qui s'adonnait à quelques excès alcooliques. Sa *mère*, âgée actuellement de soixante-huit ans, n'a jamais présenté d'accidents nerveux. Elle a un *frère*, âgé de quarante-quatre ans, qui est sujet depuis trois à quatre ans à des attaques nocturnes d'une nature probablement comitiale ; entre sept et quatorze ans, il a eu des contractions brusques et involontaires dans les membres inférieurs qui lui faisaient, étant en classe, soulever la table avec un de ses genoux et renverser les encriers. Un *oncle maternel* aurait été somnambule : il se levait la nuit et allait dans sa cave ; il revenait ensuite à son lit en laissant toutes les portes ouvertes ; le lendemain, tout étonné de ce désordre, il était souvent convaincu que les voleurs s'étaient introduits chez lui. Un *cousin maternel*, fils du somnambule, s'est pendu.

La malade est de taille moyenne et de constitution assez forte. Son facies est légèrement congestionné et sur le milieu du front qu'elle cache soigneusement sous une frange de cheveux coupés « à la chien », elle présente un énorme durillon rouge violacé résultant des coups qu'elle se donne de temps en temps, tantôt avec une de ses mains, tantôt en se frappant la tête contre le mur. On trouve des durillons semblables sur les parties latérales de la tête, ainsi que sur la région occipitale. De même, la face dorsale de ses mains, son dos, la région épigastrique, les cuisses et les jambes sont couverts d'ecchymoses et de durillons produits de la même façon que ceux de la tête. Les plis de ses oreilles sont effacés, et le pavillon tout entier est déformé et comme aplati contre la tête par les coups répétés

(1) La démonstration de ce cas a été faite par nous sur la proposition de notre excellent maître M. le D<sup>r</sup> Aug. Voisin, à une de ses conférences cliniques à la Salpêtrière, le 3 juillet 1892.

que la malade se donne sur cette région. Son attitude générale est gauche et timide, et sa physionomie exprime une profonde tristesse, mêlée de honte à cause de son état maladif, dont elle a, d'ailleurs, parfaitement conscience.

Elle est née à terme, et a marché et parlé de bonne heure. Ses facultés intellectuelles se sont développées normalement, et elle a pu apprendre très facilement à lire et à écrire. L'origine des accidents qu'elle présente aujourd'hui remonte à l'âge de sept ans : sans cause apparente, il s'est déclaré chez elle une toux, qu'un médecin consulté qualifia alors de « nerveuse », et qui consistait surtout en une espèce de spasme expirateur avec accompagnement d'un bruit simulant une toux d'intensité moyenne ; ce spasme se manifestait par séries de deux à trois, en même temps que se produisait une contraction brusque, involontaire, des deux épaules ; il n'y avait d'ailleurs pas le moindre mouvement fébrile, et dans l'intervalle des accès, le calme était complet. Ces phénomènes spasmodiques ont duré plusieurs mois et ont disparu sous l'influence d'un traitement composé de bromure de potassium et de douches. A l'âge de douze ans, à l'occasion d'une vive frayeur survenue à la vue d'une rixe entre son père et un individu ivre, B... fut prise subitement de contractions dans les muscles du cou et des membres supérieurs : on la voyait, de temps à autre, tourner la tête ou les bras par des mouvements brusques et violents, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre. Là encore, les contractions se produisaient par séries de deux ou trois, sans que le moindre trouble moteur vînt se montrer dans l'intervalle des accès. A la même époque, il lui arrivait, en entendant un cri, de le répéter involontairement comme le font les écholaliques ; elle se rappelle qu'un jour la maîtresse de son école l'interpella vivement, en lui criant : « Venez ici ! » ; elle devint aussitôt très pâle, sa tête se porta toute en arrière, dans une contraction violente, et elle cria très haut : « Venez ici ! » Ses compagnes se moquaient souvent d'elle, en criant à l'improviste à son oreille, ce qui provoquait une contraction de sa tête et de l'un de ses bras et la répétition du cri poussé en sa présence. Elle était d'ailleurs déjà très bizarre, notamment dans ses goûts : elle aimait particulièrement à manger de la farine sèche, du marc de café, et à boire du vinaigre.

A l'âge de quatorze ans, les troubles moteurs prirent chez elle une extension telle, qu'on fut obligé de la placer à l'hôpital, où elle resta six mois. Une amélioration sensible s'étant produite au bout de ce laps de temps, elle put rentrer chez ses parents ; les contractions et l'écholalie, sans disparaître totalement, devinrent plus rares.

La menstruation s'est établie à quinze ans, sans apporter de modification considérable dans son état ; elle était seulement

devenue plus impressionnable, et au moindre bruit un peu violent, il lui arrivait de sursauter.

Malgré son infirmité, on la maria à dix-neuf ans. Le ménage ne fut pas heureux : le lendemain même du mariage, son mari la battait, et, quinze jours après, elle apprenait par une lettre tombée accidentellement entre ses mains, que son mari avait une maîtresse ; pour compléter son infortune, elle découvrit, alors qu'elle était enceinte de deux mois, que son mari avait subi une condamnation pour vol ; peu de temps après, elle fit une fausse couche ; cette série d'émotions successives fut l'occasion d'une véritable explosion d'accidents nerveux qui l'anérent graduellement à l'état où elle se trouve aujourd'hui.

*Etat actuel.* — Comme elle le déclare elle-même, les troubles moteurs qu'elle présente sont, les uns inconscients, les autres conscients.

En ce qui concerne les premiers, voici comment les choses se passent. Tout à coup, on la voit, marchant dans la cour du service, rejeter brusquement la tête en arrière, en décrivant un demi-cercle de gauche à droite ou de droite à gauche ; en même temps, la bouche s'ouvre comme pour rejeter un crachat, et les globes oculaires se lèvent ; les pronateurs d'un bras se contractent ainsi que les fléchisseurs des doigts, et on voit la malade appliquer le coude sur l'hypocondre correspondant et le poing sur le creux de l'estomac ; pendant qu'elle exécute cette série de mouvements violents, tantôt elle pousse un cri inarticulé comme « hé ! » tantôt elle profère un mot ordurier tel que « m..... ». L'ensemble du mouvement simule l'attitude d'une personne qui, dans une lutte de corps à corps, cherche à protéger sa poitrine contre un coup de l'adversaire. Plusieurs autres modalités se présentent chez elle ; au lieu de mettre le poing sur le creux de l'estomac, elle le place sur le front, les cuisses, le dos ; quelquefois, elle frappe violemment une main contre l'autre, ou, lorsque la contraction se manifeste dans les membres inférieurs, elle sursaute en l'air, puis frappe violemment le sol avec un des talons. Si, au moment où l'accès la prend, B... tient dans sa main une aiguille, un porte-plume ou un autre objet, elle agit sans en tenir compte ; c'est ainsi que plusieurs fois, elle s'est enfoncé une aiguille dans le front ou dans la main ; et chaque fois le même phénomène se reproduit : la coprolalie. D'ailleurs, la contraction des muscles qui contribuent à l'articulation des sons, se produit souvent toute seule, et on voit B..., sans aucune cause de contrariété, prononcer, d'une façon pour ainsi dire automatique, un gros mot, une injure ou une simple exclamation inarticulée.

Lorsque quelqu'un se trouve très près d'elle au moment d'un accès, elle envoie quelquefois un coup de poing sur l'estomac ou sur le ventre de son voisin ; quelquefois, elle lui crache à la

figure. Interrogée au sujet de ce dernier genre de mouvements, elle donne l'explication suivante : connaissant son infirmité, elle a toujours peur, quand elle se trouve près d'une personne, de lui faire du mal, et c'est l'excès même de cette préoccupation qui est la cause que ces mouvements deviennent *plus violents et plus fréquents*.

Comme on le voit, ces tics ont un caractère coordonné ; ils se répètent chez la malade très souvent dans le courant de la journée et deviennent plus fréquents encore et plus forts sous l'influence des émotions, ou au moment des époques cataméniales. Pendant le sommeil, ils disparaissent totalement. On observe chez elle des périodes pendant lesquelles son état empire : les contractions deviennent de plus en plus violentes et de plus en plus étendues ; par contre, elle a des périodes où les accidents diminuent d'intensité, sans toutefois disparaître totalement. Dans l'intervalle des accès, elle paraît bien portante. Elle mange et s'habille seule ; quelquefois, elle laisse tomber les objets qu'elle tient entre ses mains ; elle a une façon d'écrire toute particulière ; elle prend la plume, et au moment où elle s'apprête à tracer une lettre, sa main fait quelques mouvements préparatoires à forme circulaire, au-dessus du papier ; puis elle trace deux ou trois lettres ; une contraction brusque survient alors, qui éloigne violemment sa plume du papier ; elle s'apprête de nouveau, écrit un peu, est interrompue, et ainsi de suite.

Malgré tant de difficultés, tout ce qu'elle écrit est propre, net, et n'indique pas le moindre tremblement ; d'ailleurs, ce travail est si fatigant pour elle, qu'après avoir tracé trois ou quatre lignes on voit la sueur perler sur son front. De même quand elle mange : elle porte toujours la cuillère et le verre dans la direction de la bouche ; mais il arrive souvent qu'en route, une contraction se produit dans le bras, et l'on voit la cuillère ou le verre décrire un zigzag, après lequel il va retrouver l'orifice buccal. Sa parole est d'habitude nette et nullement précipitée. Elle répète souvent les noms propres qu'elle entend prononcer, mais en les accompagnant toujours d'une injure ou d'une grossièreté. Par exemple, une infirmière appelle la surveillante en lui disant : « M. X... est arrivé ». Aussitôt, la malade crie : « M..... pour M. X..., il me fait ch.... » — Nous avons cherché à plusieurs reprises à constater si elle imite les mouvements qu'on exécute devant elle ; dans ce but, sans qu'elle s'y attendît, nous frappions vivement les mains l'une contre l'autre ou les pieds contre le sol ; nous n'avons jamais réussi à provoquer chez elle aucune imitation. Il paraîtrait cependant que lorsqu'elle est très énervée, par exemple, par le bruit qui se fait au réfectoire, elle est portée à reproduire certains mouvements de ses compagnes : ainsi, voyant une aliénée frapper la

table avec son bol, elle exécute aussitôt, inconsciemment, un mouvement semblable.

Nous avons voulu aussi nous rendre compte de la possibilité de lui faire exécuter des ordres donnés d'une façon impérative et brusque, tels que : « Sautez ! dansez ! chantez ! » Mais jamais elle ne nous a obéi. Quand on la touche sans la prévenir, elle a aussitôt une secousse convulsive de la tête et des bras. L'influence des affections fébriles sur ses mouvements paraît être assez favorable : ainsi, en janvier 1888, elle a eu, dans le service, un embarras gastrique avec une fièvre assez intense, et pendant toute la durée de cette maladie interurrente, les secousses étaient devenues bien moins fortes et bien moins fréquentes. Il est assez intéressant de noter aussi que, depuis sept ans qu'elle est dans le service, aucune aliénée n'a subi la contagion de ses mouvements.

Telles sont les différentes remarques que nous avons pu faire relativement à ses secousses inconscientes ; mais à côté, elle présente — et c'est ce qui fait la particularité de ce cas — une série de secousses conscientes qui résultent des idées obsessives de la malade. Il y a des moments où elle éprouve un besoin impérieux de cogner une partie quelconque de son corps contre un objet dur et solide : la tête, surtout le front, contre le mur, les jambes contre le bord de son lit, les mains contre les arbres, etc. Cette obsession l'envahit sans qu'elle sache pourquoi ; elle la juge absurde ; elle cherche à ne pas la mettre à exécution : elle lutte. Mais tant qu'elle résiste, elle éprouve, dit-elle, dans la région épigastrique, comme un « tortillement » ou un « étouffement » ; en même temps, elle sent une chaleur inaccoutumée lui monter à la tête, et « il faut » qu'elle se cogne ; une fois le coup donné elle éprouve un grand soulagement par la disparition de la sensation pénible qu'elle ressentait à l'épigastre et à la tête. Souvent, au moment où B... est au réfectoire, en train de déjeuner, cette obsession de se cogner l'envahit, elle cherche à se distraire en causant avec une compagne ; mais la lutte est inégale ; elle sort brusquement du réfectoire, et s'approchant d'un mur, s'administre un bon coup sur le front ; l'angoisse disparaît, B... rentre et se remet à manger. On voit ainsi chez cette malade les phases successives par lesquelles passe l'obsession pour devenir une véritable impulsion : l'obsession existe d'abord seule, puis survient la phase de la lutte interne et enfin le coup est donné, et l'impulsion complète succède à l'obsession.

Elle affirme qu'au moment même où elle se frappe, elle ne sent absolument aucune douleur. Tous ces durillons si volumineux qu'elle présente sur les différentes régions de la tête — frontale, pariétale, occipitale — et sur la face dorsale des deux mains, toutes ces déformations du côté des oreilles que nous

avons décrites, sont la conséquence des coups qu'elle se donne à la suite de ses idées obsédantes. Ce besoin impérieux de se cogner coexiste chez elle avec une autre obsession qui la porte à cogner sur les objets fragiles. La vue d'un verre, d'une carafe, d'une pendule, d'un carreau, lui « tape sur les nerfs », crée en elle un malaise qui la porte, malgré toute la résistance psychique qu'elle est capable d'opposer, à frapper plus violemment sur ces objets, non pas avec l'intention de les briser, mais pour la seule satisfaction de cogner ; cette même anxiété qu'elle nous décrivait tout à l'heure l'empoigne et ne la laisse tranquille que lorsqu'elle a donné le coup. Depuis fort longtemps, sa cellule est dépourvue de carreaux ; elle les a tous brisés, les uns après les autres, parce que leur fragilité l'attirait. Il arrive souvent, dans la section où elle se trouve, que les malades brisent un verre ou une assiette dans un accès d'excitation maniaque : le spectacle de la vaisselle cassée lui fait éprouver une grande satisfaction. Chose curieuse, la vue des objets solides lui procure une sensation de bien-être.

Comme pendant à cette krouomanie (1), elle ne peut supporter la vue des étoffes légères : soies, batistes, mousselines, tulles, etc. ; elle est prise aussitôt d'un besoin irrésistible de les froisser, de les tirailleur, et tant qu'elle n'a pas cédé à cette obsession, elle est aux prises avec l'angoisse épigastrique.

En outre, elle présente quelques autres troubles psychiques dignes d'être notés : nous avons déjà indiqué sa préférence pour la farine sèche, le marc de café et le vinaigre ; ajoutons à cela qu'elle ne peut souffrir le contact de la glycérine, qui, dit-elle, lui « fait mal aux nerfs », et qu'elle a peur de regarder dans les puits, à cause de la sensation pénible que lui produit cet espace vide au-dessous d'elle. Son état mental se caractérise par une grande mobilité des idées, qui s'enchaînent cependant régulièrement.

La mémoire est bonne, aussi bien pour les événements anciens que pour les événements récents. Elle est habituellement triste, ce qu'elle explique, d'ailleurs, par la pensée constante de son infirmité. Elle a souvent des maux de tête qui siègent surtout dans la région frontale, jamais dans la région occipitale. Elle accuse des douleurs en éclair dans les bras, mais les réflexes rotuliens sont exagérés et, du côté des pupilles, qui sont égales, il n'existe pas de signe d'Argyl-Robertson. Pas de rétrécissement du champ visuel. La sensibilité cutanée est normale. Le pouls à 96 est fort, régulier ; pas de souffle au cœur, elle éprouve seulement des picotements passagers dans la région

(1) Krouomanie — obsession de cogner, de *κρουω*, je cogne.

précordiale. La température est à 36°,8 à l'aisselle. Son appétit est très bon et les fonctions de l'intestin sont régulières.

Son sommeil est troublé de temps en temps par des hallucinations hypnagogiques : dans l'état intermédiaire de la veille et du sommeil complet, il lui arrive de voir une tête de mort fixée devant elle avec un rictus effrayant. Comme nous l'avons déjà dit, tous les mouvements disparaissent pendant le sommeil.

Dès le début, B... a été soumise à un traitement tonique et hydrothérapique et, depuis sept ans, l'amélioration se laisse encore attendre. On a essayé aussi l'électricité statique, mais sans grand résultat non plus. Il y a deux ans, on a tenté la suggestion hypnotique, mais l'hypnose n'a pu être obtenu.

Cette observation, qui présente un cas typique de la maladie des tics convulsifs, est intéressante surtout par la netteté avec laquelle s'y montrent les mouvements par obsession. On sait combien M. Charcot insiste sur les anomalies psychiques des individus atteints de cette affection et surtout sur les idées obsédantes. Il rattache ces dernières, ainsi que les phénomènes d'écholalie, d'échokinésie et de coprolalie, aux phénomènes de la dégénérescence mentale. Les mouvements par obsession qui sont représentés chez B... par cette tendance à se cogner et à cogner les objets environnants, ou à tirailler certaines étoffes légères, sont, eux aussi, une des manifestations de son état dit de *dégénérescence* : ils ont, en effet, tous les caractères d'actes irrésistibles : l'anxiété précordiale ou épigastrique qui les précède, la rougeur de la face, la lutte plus ou moins prolongée, la forme impulsive de l'exécution et le sentiment de satisfaction final. La participation d'un facteur psychique dans l'exécution de ces mouvements à forme convulsive est de plus démonstrative : tant que le sujet résiste à les produire, tout son être psychique est en souffrance ; survient ensuite la secousse et, aussitôt après, le système nerveux tout entier rentre en état d'équilibre fonctionnel bientôt troublé par une nouvelle obsession.

Jusqu'à présent, dans tous les mouvements convulsifs que l'on rencontrait chez les individus atteints du myriachit, on n'a pas trouvé, autant que nous sachions, un état psychique particulier qui les motivait, surtout un état psychique aussi coordonné que celui qu'on observe chez B... .

Nous avons bien trouvé une observation de Railton, citée dans la thèse de Catrou (1), où le malade se frappait sur le nez et sur le front, mais ces mouvements n'étaient pas la conséquence d'une lutte interne, ils étaient complètement involontaires. Chez B..., au contraire, ils résultent d'un travail psychique particulier, en tout analogue à celui que l'on observe chez les obsédés classiques, les kleptomanes, les dipsomanes, etc... Le mot krouomanie(obsession de cogner), qui n'est pas plus malsonnant tant d'autres mais pour lequel nous demandons toute indulgence, conviendrait assez bien, croyons-nous, pour désigner ce groupe particulier des mouvements par obsession. C'est comme pour mettre mieux en relief ces derniers que B... nous offre en même temps des mouvements convulsifs d'un tout autre ordre dont la définition assez difficile a été surtout bien donnée par Charcot, qui les appelle « systématiques », dans ce sens que presque toujours ils se produisent dans le même ordre déterminé et sont toujours ressemblants entre eux. Une description de ces mouvements chez B... rendra mieux cette idée. Ainsi, par exemple, la malade approche rapidement le coude de la poitrine, et, par un mouvement brusque, lève son poing fermé jusqu'au front en rejetant la tête en arrière et en simulant cette attitude de défense que prennent les boxeurs pour éviter un coup sur la face. Ces mouvements sont, comme on voit, avant tout, des contractions réflexes très complexes, mais coordonnées, ce qui les distingue profondément des mouvements choréiques accidentels, formés par des contractions de muscles pris séparément. Ces mouvements ne nous paraissent pas du tout avoir pour caractère essentiel l'incoordination motrice, comme l'a cherché à établir M. Gilles de la Tourette dans son mémoire bien connu sur cette question (2). Les mouvements que nous avons observés chez B... simulent toujours l'atti-

---

(1) Catrou. Etude sur la maladie des tics convulsifs. *Thèse de Paris, 1890.* — Railton. *The Medical Chronicle of Manchester. Avril 1886.*

(2) Gilles de la Tourette. Etude sur une affection nerveuse caractérisée par de l'incoordination motrice accompagnée d'écholalie et de coprolalie (Yumping, latah, myriachit). *Arch. de Neur., 1885.*

tude d'une personne qui cherche à se défendre dans une attaque de corps à corps ; ce sont donc des mouvements parfaitement coordonnés, ayant à chaque accès la même physionomie.

Le diagnostic devient encore plus certain par la présence, dès le début de l'affection, de l'écholalie qui s'est compliquée ultérieurement de la coprolalie (Gilles de la Tourette). L'échokinésie (Charcot) est à peine prononcée chez B...

A propos du diagnostic une question curieuse se pose. Avons-nous affaire ici avec un véritable myriachit ? On sait que la plupart des auteurs considèrent les deux termes : « maladie des tics convulsifs », « myriachit » comme deux étiquettes d'une seule et même affection. Telle n'est pas l'opinion de M. Tokarsky, qui, dans un travail fort remarquable paru en 1890, s'est attaché à montrer que ces deux noms représentent deux syndromes tout à fait différents (1). Le myriachit se caractérise-rait surtout par une tendance à l'imitation, à l'exécution passive des ordres et à la coprolalie, et là où ces phénomènes sont absents, il n'y aurait pas, d'après cet auteur, de myriachit. La maladie des tics convulsifs a, avant tout, pour caractère essentiel les contractions brusques, involontaires d'un seul muscle ou d'un groupe musculaire, simulant un mouvement coordonné ; quand ce signe manque, dit M. Tokarsky, il n'y a pas de maladie de tics convulsifs. Cette distinction, si absolue en apparence, s'atténue jusqu'à s'effacer lorsqu'on songe que dans les deux cas, il y a « tic » à titre de phénomène fondamental : dans le myriachit prédomine surtout le tic psychique ; dans la maladie des tics convulsifs, la première place appartient au tic musculaire, mais tout cela n'est qu'une question de degré ; quant à leur nature, elle est la même pour l'un comme pour l'autre, et nous ne pouvons mieux résumer notre opinion qu'en répétant la phrase de M. le professeur Charcot : « Il y a des tics dans la pensée comme dans le corps ».

Au point de vue pathogénique, cette observation

1. Tokarsky. Le myriachit et la maladie des tics convulsifs. *Recueil des travaux dédiés au professeur Kojevnikoff*. Moscou, 1890 (en russe).

vient corroborer l'opinion de ceux qui rattachent la maladie des tics convulsifs au groupe des affections déterminées par la dégénérescence mentale. L'hystérie n'a joué aucun rôle dans notre cas.

B... est manifestement une héréditaire : frère tiqueur et épileptique, oncle maternel somnambule; cousin suicidé. Or on sait que l'influence de l'hérédité peut être de deux sortes, ou en déterminant chez les descendants des symptômes de dégénérescence mentale et physique, ou en transmettant simplement certaines particularités individuelles des parents. Notre malade porte en elle surtout la première conséquence d'une hérédité morbide. Un des effets de la dégénérescence mentale consiste à déterminer un affaiblissement général de l'énergie dans l'activité psychique de l'individu, et de déterminer par conséquent, sinon une diminution dans la qualité des actes psychiques, tout au moins dans leur force. Un autre résultat de la dégénérescence mentale consiste à troubler l'harmonie des actes psychiques par la présence des obsessions et des impulsions. Ces derniers signes occupent dans le tableau clinique de B.... une place considérable : nous nous sommes suffisamment appesantis sur la krouomanie, syndrome qui occupe une si large place dans notre cas ; ajoutons sa perversion du goût, son délire de toucher, sa topophobie, qui, tous, sont autant de stigmates qui se rencontrent couramment chez les dégénérés.

Nous avons vu l'insuccès des différents traitements auxquels fut soumise B. Il semble que la maladie ayant atteint une fois un certain degré de développement s'installe pour un temps indéfini en présentant des hauts et des bas, mais ne disparaissant probablement jamais. Ni les toniques, avec ou sans hydrothérapie, ni l'électricité statique, ni l'hypnotisme, ni la suggestion à l'état de veille n'ont eu la moindre action sur ces manifestations morbides ; seul, le séjour dans un milieu calme à l'abri de toute autre cause émotionnelle a le pouvoir indiscutable de les atténuer jusqu'à un certain degré.

M. BRIAND. — J'ai observé cette malade il y a plusieurs années, à Sainte-Anne. Elle était un peu différente d'aujourd'hui. Son tic consistait à se donner une tape sur la cuisse et à se frapper ensuite le front. Elle

ne présentait aucun mouvement anormal pendant le sommeil.

M. BALLET. — Il y a une particularité sur laquelle il faut insister ici : l'impossibilité d'endormir le sujet et de le suggérer. Voilà cependant des troubles auto-suggestifs, et s'il en était d'influencables par suggestion, ce devrait être ceux-là. Or les tentatives faites ont été inutiles, et là où la thérapeutique suggestive devrait donner les meilleurs résultats, elle n'en donne pas.

Il serait intéressant de tirer au clair l'influence de la suggestion dans les psychoses. On en parle beaucoup au dehors. Cependant je ne suis jamais arrivé à hypnotiser des aliénés et je serais curieux de voir ceux de nos collègues qui ont des aliénés à leur disposition apporter des documents probants. Peut-être n'y a-t-il eu que les médecins de suggestionnés.

M. VALLON. — Quand j'étais à Sainte-Anne, j'ai systématiquement essayé l'hypnotisme chez les vésaniques. En dehors des hystériques, je n'ai jamais réussi à en endormir.

M. BRIAND. — J'ai vu cependant une dipsomane suggestionnée de ne plus boire.

La séance est levée à six heures.

PAUL SOLLIER.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

*Le Monde des rêves*; par M. Max. Simon, médecin en chef à l'Asile public d'aliénés de Bron, médecin-inspecteur des asiles privés du Rhône. Deuxième édition. 1 vol. in-18°, Paris. J.-B. Baillièvre et fils, éditeurs, 1888.

Sous ce titre, le *Monde des rêves*, M. Max. Simon a réuni un certain nombre d'études qui ont toutes entre elles une analogie évidente. Elles sont inscrites comme autant de sous-titres sur la couverture du livre; en voici l'énumération : le rêve, l'hallucination, le somnambulisme et l'hypnotisme, l'illusion, les paradis artificiels, le râgle, le cerveau et le rêve. Tous ces phénomènes psychiques dérivent du rêve ordinaire, ils appartiennent donc au *Monde des rêves*.

L'auteur, qui s'adresse autant au grand public qu'aux psychologues et aux médecins, n'a pas la prétention de traiter complètement en trois cents pages d'aussi nombreux et d'aussi importants sujets, il se contente même d'étudier plusieurs d'entre eux d'une façon tout à fait superficielle. Il s'est plutôt proposé, du moins il me semble, d'exposer les connaissances actuels sur le rêve et sur des états psychiques qui, d'après lui, en dérivent, et d'insister surtout sur l'examen méthodique des faits et sur la critique des théories et des hypothèses qui y ont cours. En effet, ces théories et hypothèses, il les analyse, les compare, fait ressortir ce qu'elles peuvent avoir de défectueux et d'illogique, il choisit enfin celles qui lui semblent préférables et, parfois aussi, il en propose de nouvelles, de personnelles, lesquelles ne sont pas les moins séduisantes.

Ce livre se recommande donc surtout par l'érudition et par l'esprit critique. Mais je voudrais faire bien ressortir l'idée principale qui le domine d'un bout à l'autre, et qu'on retrouve dans tous les chapitres.

Cette idée, ce principe de pathologie générale trop souvent oublié, et qui cependant est le meilleur guide qui soit dans l'étude des maladies, le voici : tout phénomène morbide correspond à un phénomène physiologique, lequel est devenu patholo-

gique parce que, sous une influence quelconque, il s'est trouvé dévié, perverti, ou même s'est trouvé exagéré ou au contraire diminué.

Les grandes écoles qui régnait autrefois en médecine n'ont, par suite des progrès de la science, plus grande raison d'être aujourd'hui. C'est très justement qu'on a dit à notre époque que le médecin ne devait plus être ni vitaliste, ni organisiste, ni humoriste..., qu'il devait seulement s'efforcer de trouver la pathogénie des états morbides. C'est ce précepte qu'a suivi M. Max. Simon ; il a recherché la pathogénie des rêves, de l'hallucination, du somnambulisme et il l'a trouvée dans les modifications diverses d'un phénomène biologique unique, la reviviscence des images emmagasinées dans la substance corticale.

C'est là la thèse qu'il soutient dans les différentes études qui composent son livre, et c'est à ce point de vue que son livre, qui est destiné aux gens du monde et aux médecins, est surtout intéressant pour les derniers. J'en indiquerai rapidement les principaux chapitres, ceux dans lesquels la théorie pathogénique me semble particulièrement bien établie.

Les premiers chapitres sont consacrés au rêve. D'abord le rêve en général, puis les causes ordinaires qui le produisent, le rôle important des diverses excitations sensorielles qui agissent en rappelant à la conscience les images, les images signes, les associations d'images. On trouve là les relations de faits très intéressants, plusieurs inédits. L'influence de la sensibilité générale, celle de certaines affections organiques qui provoquent parfois des rêves caractéristiques, ainsi les rêves des cardiaques.

Sous le titre, le *Rêve et l'Esprit*, l'auteur étudie les rêves prophétiques et les pressentiments; il en donne quelques exemples, et il les explique naturellement, par la cérébration inconsciente, en établissant que les héros de ces histoires merveilleuses se trouvaient sous l'influence de préoccupations absorbantes dont les rapports avec la prophétie ou le pressentiment sont évidents. On pourrait s'attendre à trouver à la suite au moins une allusion à la *télépathie*; mais il n'est pas fait mention de ce phénomène bizarre, dont la réalité reste à démontrer, ce à quoi s'occupent du reste, avec de nombreux amis du merveilleux, quelques savants véritables.

Après l'étude des rêves vient celle des hallucinations. Les hallucinations sont, dans le fait, identiques avec le rêve; il

s'agit, comme dans ces derniers, de réviviscences d'images, d'images-signes, emmagasinées dans la substance corticale. M. Max. Simon démontre très clairement le bien fondé de cette thèse. Il rappelle qu'il a, le premier, invoqué les images accidentelles consécutives à l'hallucination (hallucination visuelle hypnagogique), comme preuve physiologique de la nature de ce phénomène.

« L'hallucination est une perception sensorielle sans objet extérieur qui la fasse naître. » Mais la perception suit une marche centripète, elle va de l'appareil sensoriel à la substance grise corticale en passant par le nerf sensoriel et par les ganglions de la base; l'hallucination suit une marche inverse, elle part du cerveau, où elle est réveillée par une cause quelconque, ordinairement mais pas toujours pathologique, et elle aboutit à l'organe sensoriel, en sorte que celui-ci se trouve modifié de la même façon qu'il l'eût été s'il avait été influencé en premier lieu.

Les hallucinations psychiques de Baillarger ne sont pas des hallucinations, il n'y a dans ce phénomène ni hallucination psychique, ni hallucination de la fonction du langage. Sur ce point, l'auteur s'écarte un peu de l'opinion commune. On semble s'accorder aujourd'hui pour admettre que les hallucinations psychiques de Baillarger sont des hallucinations psychomotrices, c'est-à-dire des reproductions d'images motrices du langage. Dans le fond, M. Max. Simon est à peu près de cet avis; car, après une digression sur le mécanisme du langage, il arrive à établir que le phénomène appelé hallucination psychique est une *impulsion de la faculté du langage*.

Le somnambulisme, l'hypnotisme, l'illusion, l'extase, sont très succinctement et même parfois incomplètement traités. Il faut surtout voir dans ces différents chapitres la suite de la démonstration de la thèse, à savoir que tous ces phénomènes sont de même nature, qu'ils sont identiques au fond, et qu'on peut tous les réduire au rêve et même à la simple reviviscence des idées.

L'auteur termine enfin par l'exposé d'une savante théorie des images conscientes. Il ramène toutes les images à des mouvements spéciaux, transmis aux cellules de l'écorce par l'intermédiaire des nerfs périphériques. Il s'appuie sur ce fait, généralement admis, que certaines des propriétés de la matière ne sont que des mouvements particuliers transmis à l'air (le son), ou à l'éther (la couleur), recueillis par les nerfs périphé-

riques et arrivant, en le suivant, aux cellules corticales. Ces mouvements persistent-ils indéfiniment dans la cellule, ou bien disparaissent-ils pour se reproduire ensuite sous l'influence des excitations ? La question est posée, mais non résolue.

Mais ces mouvements, c'est-à-dire ces images emmagasinées, se réveillent, conscients ou non, sous l'influence des excitations venues du dehors ou des profondeurs de l'organisme ; ils se réveillent aussi sous l'influence de la volonté et de l'*âme*.

Ici, nous constatons une brusque variation dans la méthode si scientifique suivie jusqu'alors. M. Max. Simon devient transcendant, c'est-à-dire métaphysicien ; il propose l'hypothèse d'une âme agissant sur les cellules corticales par l'intermédiaire de l'éther. En physiologie, il ne faut tenir compte que des facteurs certains et mesurables. Du moment qu'on laisse la porte ouverte à des facteurs de convention, on est de suite entraîné à des déductions extra-scientifiques.

Avec l'association des idées, d'une part, et l'influence des excitations internes et externes, d'autre part, il n'est pas besoin de faire intervenir une âme pour expliquer la reviviscence des images. Il y a toujours moyen, du reste, de ne scandaliser personne. D'après les théologiens eux-mêmes, âme et corps ne peuvent s'entendre que comme intimement unis entre eux, et ne faisant qu'un tout unique pendant la vie. Ce qui fait qu'on peut parfaitement faire abstraction de l'âme et ramener le fonctionnement cérébral à un simple mécanisme, sans s'exposer pour cela à être brûlé dans cette vie ou dans l'autre.

Cette courte analyse suffira, j'espère, pour donner l'idée de l'œuvre de M. Max. Simon. *Le Monde des rêves* en est à sa seconde édition. Mieux que tout ce que je pourrais dire, cette simple constatation prouve la valeur de ce livre.

CAMUSSET.

---

*Les altérations de la personnalité*; par Alfred Binet, 1 vol., in-8° de la *Bibliothèque scientifique internationale*. Paris, Félix Alcan, 1892.

Le nouveau volume que M. Binet fait paraître dans la Bibliothèque scientifique internationale vient à son heure pour résumer et coordonner de nombreux travaux parus, surtout en France, depuis une quinzaine d'années, sur les altérations de la personnalité.

Ces altérations se rencontrent surtout chez les hystériques, et c'est particulièrement des phénomènes présentés par ce genre de malades qu'il est question ici. Les recherches personnelles de M. Binet sont bien connues de tous ; mais ce n'est pas tant un exposé de celles-ci qu'il a voulu faire, c'est plutôt une œuvre d'éclectisme, comme il le dit lui-même, qui ne doit renfermer que des faits définitivement acquis, suivis de quelques considérations volontairement restreintes sur les résultats que l'on peut en tirer.

Il passe nécessairement en revue les phénomènes présentés par les somnambules spontanés, par les hystériques anesthésiques, l'écriture automatique, la suggestion et certains faits de spiritisme. Il y a dans tout cela une foule d'inconnus, et nous ne faisons qu'entrevoir le commencement de ces études ; cependant, on peut déjà tirer quelques conclusions fermes de toutes ces observations et expériences, dont une grande partie concordent d'une manière remarquable. Le grand fait qui s'en dégage est que chez un individu il peut y avoir pluralité de consciences ; ces consciences peuvent même dans certains cas constituer des personnalités séparées qui se distinguent les unes des autres par deux signes principaux, le caractère et la mémoire. Tel est le résultat acquis dans toutes ces dernières années, on peut bien le dire, surtout par des travaux français. L'unité de la conscience, même à l'état normal, est fragile ; mais c'est surtout chez les hystériques que cette désagrégation acquiert une importance capitale. « La personnalité de nos sujets d'observations et d'expériences, dit M. Binet, nous a paru comparable à un édifice compliqué et fragile dont le moindre accident peut renverser une partie ; et les pierres détachées de l'ensemble deviennent, chose curieuse, le point de départ d'une nouvelle construction qui s'élève rapidement à côté de l'ancienne... »

Ces faits pathologiques ont une conséquence importante au point de vue de la psychologie normale. Comme on le voit, c'est surtout au moyen de la pathologie que la nouvelle psychologie scientifique se forme. M. Ribot, qui, par ses travaux, a engagé la psychologie dans cette voie, ne doit pas être oublié, maintenant que cela à l'air d'une chose banale ; aussi c'est avec justice que M. Binet lui a dédié ce livre, et c'est avec non moins de justice que l'auteur montre que le résultat de psychologie normale que j'indiquais plus haut a été nettement formulé, il y a dix ans, par M. Ribot, dans son ouvrage sur les maladies de la personnalité. Ce résultat est que si l'unité du moi est bien

réelle, elle n'est pas indivisible, comme l'ancienne psychologie métaphysique le croyait : « L'unité du moi, au sens psychologique du mot, c'est la cohésion pendant un temps donné d'un certain nombre d'états de conscience clairs et d'une foule d'états physiologiques qui, sans être accompagnés de conscience, comme leurs congénères, agissent autant qu'eux. Unité veut dire coordination » (Ribot). Mais les nouvelles recherches nous font faire un pas de plus. A l'heure actuelle, tout au moins, l'association des idées seule est impuissante à expliquer la genèse d'une personnalité ou d'une simple synthèse de phénomènes psychiques.

Cette constatation, d'un ordre négatif, est bien importante, car elle montre une fois de plus que tout est plus compliqué qu'on ne le croit. Enfin, une dernière conclusion se dégage de ces études ; les théories de Carpenter, de Maudsley et de Huxley sur la cérébration inconsciente doivent être rejetées, car il est bien probable que les phénomènes dits *inconscients* ne le sont pas, quoiqu'ils soient ignorés de notre conscience principale. Les limites de la conscience seraient donc beaucoup plus étendues qu'on ne l'admet.

Tel est, en peu de mots, le résumé des conclusions de ce volume. L'exposition est claire et simple, et il sera d'une utilité très grande pour tous ceux que le sujet intéresse, d'avoir ainsi sous la main un travail qui fixe avec autant d'autorité l'état actuel de la science. M. Binet était mieux que personne qualifié pour le faire. Étant donnés les nombreux points sur lesquels il a fait des expériences personnelles et qui n'ont pas peu contribué à faire avancer la psychologie de l'hystérie, malgré la modestie avec laquelle elles sont rappelées dans cet ouvrage, il me paraît juste que la part de M. Binet ne soit pas non plus oubliée. S'il a fait un bon livre d'ensemble, il a aussi, ce qui est encore plus méritoire, contribué à ramasser les matériaux dont il l'a formé.

P. C.

---

*A Contribution from Brain Surgery to the study of the Localization of the sensory Centres in the cerebral cortex* (Contribution de chirurgie cérébrale à l'étude de la localisation des centres sensitifs dans l'écorce cérébrale); par le Dr Philip Coombs Knapp. Boston, 1891.

C'est une question toujours ouverte, surtout en Angleterre

et en Amérique, que celle de la localisation des centres sensitifs, ou de sensibilité générale de l'écorce cérébrale. Tandis que l'on s'accorde en France, en Allemagne, en Italie, à localiser ces centres dans les régions rolandiques, on les situe volontiers dans le lobe limbique partout où les doctrines de David Ferrier et de ses élèves ont façonné l'esprit des médecins et des chirurgiens de langue anglaise. L'observation clinique que publie M. Ph. C. Knapp nous paraît doublement importante pour la science et pour l'histoire des doctrines des fonctions du cerveau. C'est véritablement, comme le dit l'auteur américain, la plus exacte ou l'une des plus exactes observations faites sur l'homme en faveur de la localisation des centres de sensibilité générale dans des régions centrales de la convexité du cerveau. Sans parler d'un compatriote de l'auteur, Bartholow, et surtout de Dana, Flechsig et Hoesel ont pu récemment (1890) apporter la démonstration directe, chez l'homme, de la localisation dont nous parlons dans ces mêmes territoires de l'écorce. L'observation clinique de M. Knapp n'en demeure pas moins capitale, à nos yeux, dans l'espèce : elle a tous les avantages d'une expérience de physiologie et vaut une vivisection pratiquée sur l'homme.

Le malade dont je résume brièvement l'observation, Jérémiah O'Brien, âgé de quarante-huit ans, natif de New-Jersey, reçut à la bataille de Chantilly (1<sup>er</sup> septembre 1862), une balle dans la tête. Transporté à l'hôpital d'Alexandrie, il en sortit après six mois sans être guéri. Sain d'esprit avant sa blessure, ses amis remarquèrent que, depuis cet accident, il était singulier et irresponsable. S'étant enivré à New-York, en juillet 1863, il se trouva, lorsqu'il revint à lui, engagé dans la flotte. Il voyagea comme matelot, et finit par revenir à Boston en 1872. Depuis dix ans, son intelligence n'avait cessé de décliner ; sa mémoire avait beaucoup baissé ; il éprouvait de violentes douleurs de tête partant du côté de sa blessure. Il eut un certain nombre d'attaques : il tombait et perdait connaissance. Il sait bien ce qu'il veut dire, mais il ne peut le dire. Aspect d'un paralytique général en démence ; obtusion intellectuelle et lenteur extrême de tous les processus mentaux. Parole embarrassée, mal articulée, hésitante, ce dont s'irrite le malade. Cette hésitation de la parole se retrouve dans l'écriture du malade. Il lit à haute voix, répète, écrit spontanément, mais très mal et très lentement, quoi qu'il eût pendant deux ans tenu les écritures sur un vaisseau de guerre de l'État. Les trois exem-

plaires d'écriture dictée et copiée qui accompagnent cette notice sont, à cet égard, fort instructifs.

Voici quel était l'état du malade avant l'opération : Sur la bosse pariétale gauche, à deux pouces de la ligne médiane, et en travers de la région correspondante à la scissure de Rolando, une cicatrice ; au-dessous, l'os présente une dépression ; la pupille droite est plus large que la gauche ; toutes deux réagissent bien d'ailleurs à la lumière et à l'accommodation. Tremblement fibrillaire des lèvres, de la face et de la langue ; les mains tremblent un peu aussi. Le malade serre vigoureusement et également des deux côtés. Les mouvements, légèrement embarrassés, sont bien coordonnés. *Sensibilité générale intacte.* L'investigation porta sur le toucher, le sens musculaire, les sensations de position et de localisation dans l'espace, de poids, de pression, de température et de douleur. Réflexes rotulien un peu exagérés. Marche lente et traînante.

*Diagnostic* : Dégénération cérébrale progressive d'origine traumatique. Comme la céphalalgie partait du siège de la blessure, il parut possible d'apporter quelque soulagement au malade en recourant à la trépanation. Claye Shaw déclare avoir vu, après cette opération, pratiquée de bonne heure, s'arrêter les symptômes de la paralysie générale. Mais quand on songe combien les rémissions sont communes dans cette maladie, ce serait se trop presser que de croire à l'efficacité réelle de cette opération. Dans le cas présent, où le début de l'affection datait de près de trente ans (1890), on ne pouvait penser à guérir le malade : on pouvait espérer de soulager ses maux de tête et, peut-être, d'arrêter ses attaques.

Or au cours de l'opération (pratiquée par le Dr Post), une hémorragie corticale s'étant produite au bord de la lèvre postérieure de la scissure de Rolando, le chirurgien, en s'efforçant de parer à cet accident, lésa quelque peu l'écorce à ce niveau. La lésion ne mesurait pas plus d'un centimètre en tout, d'un demi-centimètre de diamètre et de trois millimètres en profondeur. Cette lésion portait donc sur le tiers moyen de la circonvolution pariétale ascendante gauche.

Quelques heures après, on notait, outre des mouvements involontaires du bras droit, une altération manifeste de la sensibilité de ce membre. Plusieurs jours après, voici quel était l'état du malade : il ne pouvait exécuter aucun mouvement volontaire avec la main et l'avant-bras droit. La sensibilité tactile était très diminuée dans les mêmes régions, un peu moins dans le

bras en remontant jusqu'à l'épaule. Le malade n'avait plus conscience de la position de son membre dans l'espace, ni des mouvements des articulations. De même pour le sens de la pression et de la pesanteur. Quant aux sens de la douleur et de la température, ils étaient normaux. Cette circonstance, rapprochée de ce qu'on observe dans certains cas de syringomyélie, où les voies nerveuses servant à la transmission des impressions de douleur et de température paraissent être distinctes des autres voies de la sensibilité générale, fait que M. Knapp incline à attribuer à ces deux ordres de sensation des centres distincts dans l'écorce cérébrale. La thermoanesthésie et l'analgésie sont parfaitement dissociées, dans la syringomyélie, des sensibilités tactile et musculaire, cela est vrai. Mais, quant aux voies de transmission, la science se borne encore à suivre à ce sujet les idées de Schiff et de Brown-Séquard. La physiologie normale et pathologique de la moelle épinière nous paraît trop peu avancée pour qu'il soit permis de localiser dans l'écorce cérébrale des centres fonctionnels qui, comme celui de la douleur, n'ont vraisemblablement aucune raison d'exister. Qu'est-ce que la douleur? Un état, non un mode spécial, de la sensibilité.

Au point de vue thérapeutique, cette opération fut plus qu'un insuccès : l'état mental ne s'améliora pas, les convulsions repartirent, et l'on vient de voir que le malade fut frappé d'anesthésie partielle et de la perte des mouvements volontaires de la main et de l'avant-bras droit.

Mais il a été permis de constater, mieux que dans une expérience de physiologie, comment, chez cet homme dont la sensibilité générale était jusqu'alors intacte et la motilité à peu près normale, une lésion destructive du tiers moyen de la circonvolution pariétale ascendante a suffi pour déterminer une abolition presque immédiate des mouvements volontaires et des divers modes de la sensibilité : toucher, sens musculaire, sens de la pression, de la situation des membres dans l'espace, de la coordination des mouvements, tout en respectant la thermoanesthésie et la sensibilité à la douleur. Environ un an après l'opération, lors de la dernière visite au malade dont il soit fait mention, tous ces troubles persistaient, autant du moins que les progrès de la démence permettaient de s'en assurer chez ce malade.

De cette vivisection humaine involontaire, il nous semble bien résulter, comme à l'auteur, que la localisation de la sensibilité générale dans les circonvolutions centrales est suffisam-

ment démontrée. Inutile d'ajouter qu'aucun symptôme ne permettait de croire à une lésion coexistante du lobe limbique, de quelque nature que ce soit.

Ces résultats, que l'on peut bien appeler expérimentaux, concordent avec ceux que Munk a fait connaître dans ses recherches sur les fonctions de cette région de l'écorce chez les animaux. M. Knapp en témoigne hautement, encore qu'il n'admette point tout à fait, avec le physiologiste de Berlin, que les fonctions de cette partie du cerveau soient purement sensitives. Mais, en y réfléchissant un peu, M. Knapp se rendra sans doute à l'évidence et apercevra de lui-même qu'il n'y a pas d'autre organe moteur, dans l'organisme, que le muscle, et que les nerfs et les cellules nerveuses n'ont d'autre fonction fondamentale que la sensibilité.

JULES SOURY.

---

*La psicosi da causa traumatica* (La folie de cause traumatique); par le Dr Luigi Frigerio Piccola, Broch. in-8° de la Biblioteca della Rivista « l'Anomalo », 1892.

Sur 2,583 aliénés (1,516 hommes et 1,067 femmes), admis en treize ans au manicombe d'Alexandrie, l'auteur n'a recueilli que vingt-huit cas de folie de cause traumatique. Peu de temps ou des mois et des années après l'accident, il a vu toutes les formes de folie, sans parler des désordres nerveux, résulter de ce genre de lésion, à l'exception pourtant de la paralysie générale. L'épilepsie domine, mais sans être accompagnée toujours de troubles psychiques. La tendance au suicide, aux automutilations, sous l'influence des hallucinations et des idées de persécution, n'est point rare. Frigerio a surtout été frappé de la transformation défavorable du caractère individuel, de la perversion des instincts, de la violence des impulsions. Un traumatisme de la tête peut changer un idiot silencieux et inoffensif en un maniaque furieux et redoutable (observ. 14). Si l'on rapproche les cas de ce genre, dit-il, de ceux où l'épilepsie a résulté de pareilles lésions, on peut y voir une confirmation nouvelle, quant à l'étiologie, de l'affinité, entrevue par Lombroso, entre l'épilepsie et la folie morale. Le médecin légiste trouverait même ici un argument efficace en faveur d'un accusé qui aurait dans ses antécédents un traumatisme crânien avéré.

Considéré dans ses effets sur les fonctions du cerveau, si un traumatisme de la tête a pu faire jaillir quelquefois l'étoile de l'intelligence, voire de la génialité, chez quelques individus, par exemple chez Vico, en modifiant sans doute la nutrition du cerveau, il est presque toujours une cause, efficace ou occasionnelle, de graves affections de l'intelligence. D'autres causes, l'hérédité, la dégénérescence, l'alcoolisme, concourent d'ailleurs à produire l'aliénation mentale de cause traumatique. Le pronostic, toujours mauvais, s'assombrira encore.

Quel traitement instituer? L'auteur déplore de n'avoir pu observer que des cas déjà anciens; toute tentative d'intervention chirurgicale aurait probablement échoué. Puis, alors même qu'après avoir trépané le malade on a écarté la cause primitive de l'affection nerveuse ou mentale due à un traumatisme de la tête, cette affection guérira-t-elle toujours? non; et il y a une grande vérité physiologique dans ces paroles de Bianchi, que nombre de chirurgiens pourraient méditer: Quand une modalité fonctionnelle, normale ou anormale, s'est constituée et organisée, quand elle est devenue une habitude de l'organisme, elle persiste pour son compte, indépendamment de la cause qui l'a produite.

Quant à l'anatomie pathologique, toutes les variétés de lésions ont été rencontrées: formations de fausses membranes, néoplasmes, parencéphalie, etc. Bref, ni les symptômes cliniques, ni la marche de la maladie, ni les résultats de l'étude anatomo-pathologique ne présentent des caractères spéciaux qui permettraient de considérer les psychoses de cause traumatique comme une forme particulière de folie.

Dans l'observation 27, que je ne puis qu'indiquer ici, et où il s'agit d'une épileptique qui a vécu vingt-sept ans avec une perte de substance du crâne et du cerveau de toute la région pariéto-occipitale droite, consécutive à un traumatisme subi à l'âge de quatre mois, on constate que l'hémianesthésie gauche sensitivo-sensorielle de cette malade, l'hémiatrophie du côté gauche et l'hémiplégie de l'extrémité supérieure du même côté, correspondaient à la destruction, à droite, de la PA et des  $P_1$  et  $P_2$ .

Je voudrais signaler du moins deux importantes observations de perversion du goût et de l'odorat consécutives à des traumatismes du crâne. Dans la première, le malade, qui avait reçu, quelques années avant, en duel, un coup de sabre à l'occiput,

put, dont on voyait la cicatrice, trouvait aux aliments et à la boisson une odeur de soufre et de soie brûlée : à l'autopsie, il existait une atrophie de la corne d'Ammon gauche. Dans la seconde observation, la dysosmie et la dysgueusie, entre autres phénomènes, avaient apparu après une fracture du rocher à droite, déterminée par un instrument contondant : tout, pour ce malade, avait l'odeur de fleurs pourries et une saveur douceâtre. Après trois ans, le sens du goût se rétablit, mais non celui de l'odorat. Pour expliquer ces faits si curieux, Frigerio adopte l'interprétation d'Ogle et de Ferrier, qui ont rapporté quelques cas semblables d'anomie et d'agueusie, permanents ou transitoires, après des traumatismes du vertex ou de l'occiput : le choc subi par ces parties produit, *par contre-coup*, une lésion des régions de la base, de la partie inférieure du lobe temporo-sphénoïdal, par exemple du *subiculum cornu Ammonis*, où sont localisés les centres corticaux du goût et de l'odorat.

Il faut louer le médecin distingué qui dirige le manicomie d'Alexandrie d'avoir, en ces cas difficiles, éclairé son diagnostic à la lumière que jettent aujourd'hui sur les fonctions du cerveau les découvertes de la physiologie expérimentale. Comme toutes les sciences de la vie, la clinique et la physiologie, si longtemps ennemis, se sont réconciliées pour l'œuvre commune.

JULES SOURY.

---

*Contributo allo studio dell' ansia nevrastenica e dei fenomeni che l'accompagnano* (Contribution à l'étude de l'angoisse neurasthénique et des phénomènes qui l'accompagnent) ; par le Dr Humbert Stefani, assistant de la clinique psychiatrique à l'Université de Padoue. — Brochure in-8°, 1891.

Le travail de M. Stefani consiste, pour la partie originale, dans une intéressante observation que précèdent et préparent de judicieuses considérations historiques et critiques. C'est dire que les opinions émises par Morel, Legrand du Saulle, Ball et Magnan, en France ; celles de Krafft-Ebing, Wille, Westphal et Schüle, en Allemagne ; comme celles de Tamburini et de Buccola, en Italie, sur les désordres psychiques avec conscience propres aux dégénérés (délire émotif, folie morale, du doute, du toucher, idées fixes, etc.), sont passées en revue, acceptées ou

combattues par l'auteur, et quelquefois même complétées par lui. Ainsi, par exemple, nulle part, dans la littérature médicale, il n'a rencontré l'indication d'un processus hallucinatoire survenu primitivement chez un de ces neurasthéniques. Cette lacune l'a porté à publier son observation, remarquable par un fait de cette nature « qu'accompagnent, en outre, un état anxieux prononcé et une forme singulière de la peur du contact ». En voici le résumé :

A..., quarante-cinq ans, paysanne, mariée. Père et frère bizarres et facilement irritables. La malade tient d'eux sous ce dernier rapport. Emotive : rougit à peu près sans cause. Menses régulières ; augmentation de l'irritabilité durant cette période. Le début de l'affection remonte à trois ans et eut pour cause le vol d'un tablier par une voisine. Scène violente suivie de restitution. A dater de ce jour, A... souffre de ce qu'elle appelle « une convulsion, un tremblement général de toute sa personne ». Un an plus tard, elle reçoit d'un sien beau-frère des injures et des coups sur la tête. Dès lors, elle ressent par tout le crâne comme de petits heurts, en même temps qu'une sensation de compression vers la poitrine ; avec l'apparition de ces phénomènes coïncidait un accroissement de l'état anxieux (tremblement signalé plus haut). En 1889, sa belle-mère tombait malade. Les deux femmes avaient eu de fréquentes querelles ; néanmoins, A... mit à soigner la vieille beaucoup d'empressement ; mais, comme elle aidait, un jour, l'impuissante à remonter dans son lit, celle-ci trépassa subitement. D'où une violente émotion, dont les effets furent encore exagérés par les reproches du beau-frère susmentionné, lequel accusait A... de ce malheur. Cette femme tomba alors dans un état d'émotivité exagérée : un bruit, un souffle, un rien suffisent à produire chez elle une crise anxieuse ; elle ne peut même plus s'occuper d'une façon régulière. En 1890, après un séjour à la clinique d'oculistique, où l'avait amenée une dacryocystite, elle rentre chez elle et on lui assigne comme chambre celle où était décédée sa belle-mère. A peine entrée dans cette pièce, elle aperçoit la morte devant elle, avec des formes aussi nettes que celles de la nature, et tombe dans un état d'angoisse extrême. La situation, dès lors, ne fait qu'empirer. En même temps que sa belle-mère, lui apparaissent bientôt d'autres personnes également défunttes. Le seul mot de *mort* suffit à lui rappeler toutes les circonstances du fait qui l'a si fort troublée et à provoquer l'hallucination. Le moindre objet qu'elle ait vu le jour de l'événement produit le même effet

dès qu'il s'offre de nouveau à ses regards. Plus tard, une chose quelconque, un animal, une personne, qui lui sont indifférents ou qu'elle n'a jamais vus, s'imposent de la même façon à son esprit et lui réapparaissent avec tous les caractères de la réalité. Ces images étaient toujours immobiles. Presque en même temps que se produisaient les premiers phénomènes visuels, s'établissaient des hallucinations auditives. C'étaient des paroles échangées autrefois avec sa belle-mère qu'elle s'entendait nettement répéter. Le siège de l'audition ne résidait plus alors dans ses oreilles, lui semblait-il, mais bien dans la poitrine ou la gorge. Consécutivement à ces hallucinations, la malade éprouvait une émotion extraordinaire, une anxiété des plus pénibles. Jamais, cependant, elle n'a ajouté le moindre crédit à ces troubles sensoriels, ni déliré à leur sujet. Vers ce même temps, A... manifesta quelque appréhension à toucher les objets en général, de sorte que les soins du ménage s'en ressentirent. Ce n'est que du bout des doigts ou en prenant de grandes précautions pour éviter le contact direct des choses qu'elle se décidait à les toucher. Elle enveloppait fréquemment sa main d'un pan de son vêtement, du coin de son tablier, etc. Elle évitait avec le même soin tout contact avec une personne voisine, se mettant en garde dès qu'un survenant l'approchait. Interrogée sur ces bizarries de conduite, A... répondit que c'étaient là des précautions prises afin que les objets touchés par elle ne se représentassent pas à ses yeux sous forme d'hallucinations. C'est surtout lorsqu'elle éprouvait des hallucinations visuelles que la malade répugnait à toucher ; car il lui semblait alors que, pour ce faire, elle eût dû traverser avec sa main les figures qui s'offraient à ses regards. A... luttait néanmoins contre l'angoisse si facile à éveiller chez elle, et tentait parfois de terminer certains travaux qu'elle avait abandonnés sous l'impression de sa crainte du contact. Sa volonté suffisait encore pour lui permettre de les mener à bonne fin. Vers l'été de 1890, s'établit un état permanent de doute et d'hésitation : tel ou tel travail à peine achevé, une inquiétude la prenait sur la correction des procédés employés par elle, et une tranquillité relative ne succédait à ses doutes, que lorsqu'elle avait défait et recommencé la même tâche. Allait-elle au puits tirer un seau d'eau, ce n'est qu'après avoir plusieurs fois empli et vidé cet ustensile, qu'elle arrivait à pouvoir emporter le liquide dont elle avait besoin. Voyait-elle surnager une paille, un insecte, un débris quelconque, il lui fallait rejeter autant de fois dans le puits l'eau souillée : c'était

la seule façon de calmer l'angoisse commençante, qui, sans cela, fût parvenue à son comble. À mesure que se déroulaient et s'accentuaient tous ces troubles psychiques, l'irritabilité de la malade s'était aussi notablement accrue : elle s'emportait continuellement et des paroles passait avec la plus grande facilité aux arguments manuels. De son côté, l'appétit diminuait, d'où un retentissement fâcheux sur la nutrition générale. Le sommeil restait bon. C'est dans ces conditions que la malade entrat à la Clinique le 11 novembre 1890. L'examen physique auquel A... fut soumise, dès l'entrée, révéla de nombreux stigmates de dégénérescence. Nous ne saurions les énumérer ; disons seulement pour terminer ce résumé déjà long que, sous l'influence d'un traitement convenable, la malade voyait bientôt disparaître ses hallucinations, ses crises anxieuses, et, partiellement, ses doutes et sa crainte du contact. Elle sortait très améliorée le 20 février 1891.

Après discussion des faits précédents, l'auteur ajoute : « Le cas de M<sup>me</sup> A... démontre, non seulement que le trouble émotif peut préexister comme phénomène propre, mais aussi que l'anxiété représente une cause directe et essentielle qui préside au développement des idées fixes (idées de doute, d'hésitation). Dans une forme morbide où elles avaient été niées jusqu'ici, l'existence des hallucinations a une importance spéciale... »

D<sup>r</sup> NICOULAU.

---

*Des aliénés criminels* ; par le D<sup>r</sup> Camille Allaman, ancien interne de l'hôpital d'Alger, lauréat de l'Ecole de médecine d'Alger, ancien interne de la Maison nationale de Charenton-Paris. — J.-B. Baillièvre, éditeur, 1891.

Au point de vue philosophique, au point de vue social, au point de vue purement médical même, la question des aliénés criminels est d'une importance extrême. Elle est, en outre, pleine d'actualité, maintenant qu'on s'occupe de reviser la loi de 1838, et qu'on discute les audacieuses théories de la nouvelle Ecole italienne d'anthropologie criminelle. C'est le sujet très attrayant, mais il faut le dire très complexe et très difficile, que M. Allaman a voulu traiter dans sa thèse inaugurale. Comme le titre de son travail l'indique, ce n'est pas un point déterminé de la question des aliénés criminels qu'il a entrepris d'élucider, il envisage la question entière dans son ensemble.

Il s'ensuit naturellement qu'il n'a pu faire qu'un résumé sommaire et peu complet de quelques-uns des travaux qui se rattachent à l'étude des aliénés criminels. Pour exposer seulement, en les comparant et les critiquant, les opinions des auteurs sur ce vaste sujet, il faudrait, je crois, plusieurs volumes.

M. Allaman ne définit pas le crime, il entre de suite en matière, et il ne s'occupe, en réalité, que des aliénés meurtriers. Il étudie donc l'homicide dans les différentes formes de maladies mentales, en rangeant ces dernières par ordre de bénignité décroissante.

Ce classement des maladies mentales, par rapport à la tendance homicide manifestée par les sujets, est en somme très logique dans un travail de ce genre ; mais elle exige le choix préalable d'une classification nosologique quelconque, afin de faire entrer dans ce classement arbitraire tous les états mentaux morbides. Je ne veux pas discuter la classification que M. Allaman a choisie, préférant arriver de suite à la partie la plus heureuse, et en même temps la plus importante de sa thèse.

C'est la partie consacrée à la relation d'observations de fous meurtriers. Il y a là une collection d'observations dont plusieurs sont personnelles et très détaillées. On y trouve énumérées les principales circonstances morbides dans lesquelles les aliénés deviennent homicides.

A la suite de cet exposé clinique, M. Allaman étudie l'insensibilité physique des aliénés meurtriers. Mais des aliénés non criminels sont souvent aussi tout à fait analgésiques. Puis il insiste très justement sur les rechutes probables dans les cas de folie avec tendance homicide. Enfin, après avoir dit quelques mots de la responsabilité pénale des aliénés meurtriers, il résume les opinions des auteurs sur le meilleur mode d'hospitalisation de ces malades, et il se déclare partisan des asiles spéciaux comme il en existe à l'étranger et spécialement en Angleterre.

CAMUSET.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Leçons sur l'alcoolisme, faites à l'Hôtel-Dieu de Marseille ; par le Dr A. Villard, professeur de clinique médicale. Recueillies par le Dr Vincent Pagliano, chef de clinique. 1 vol. in-8° de 270 pages. Paris, G. Masson, 1892.

— De l'emploi de la solanine dans les affections de l'estomac avec prédominance de l'élément gastralgie ; par le Dr Desnos, membre de l'Académie de médecine. Broch. in-8° de 7 pages. Extrait du *Bulletin général de thérapeutique*, juin 1892.

— Un fenomeno non ancora descritto nelle allucinazioni visive (Un phénomène non encore décrit dans les hallucinations visuelles) ; par le Dr Arnaldo Pieracini, médecin-adjoint du manicomio de Macerata. Broch. in-8° de 7 pages. Extrait de la *Rivista sperimentale di freniatria*, 1892.

— Asile de Saint-Yon. Rapport médical pour 1891 ; par les Drs A. Giraud et Nicoulau. Broch. in-8° de 38 pages. Rouen, 1892.

— Seventy-ninth Annual report of the royal Edinburgh Asylum for the Insane. For the Year 1891 (Soixante dix-neuvième rapport annuel sur l'asile royal des aliénés d'Edimbourg pour l'année 1891). Broch. in-8° de 68 pages. Morningside, s. d.

— Allucinações et illusões. Ensaio de psychologia medica (Hallucinations et illusions. Essai de psychologie médicale) ; par le Dr Julio de Mattos, médecin-adjoint de l'hôpital d'aliénés de Conde de Ferreira (Portugal). 1 vol. in-12 de 96 pages. S. Paulo, Teixeira et Irmao, 1892.

— Réorganisation de l'enseignement médical ; par le Dr Reliquet. Broch. in-8° de 8 pages. Paris, Vve Babé et Cie, 1892.

— La foule criminelle. Essai de psychologie collective ; par Scipio Sighele, traduit de l'italien par Paul Vigny. 1 vol. in-18 (185 pages) de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*. Paris, Félix Alcan, 1892.

— Infanticidio in una pellagrosa (Infanticide commis par une pellagreuse) ; par le Dr Frigerio, 3 pages in-8°. Extrait de l'*Archivio di psichiatria, scienze penali ed antropologia criminale*, 1892.

— Leçons sur les maladies de la moelle ; par le Dr Pierre Marie, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-8° de 504 pages, accompagné de 244 figures schématiques ou d'après nature. Paris, G. Masson, 1892.

— Atrofia dell'emisfero destro in un pazzo criminale man-

cino (Atrophie de l'hémisphère droit chez un aliéné criminel manchot); par le Dr Frigerio. 4 pages in-8°. Extrait de l'*Archivio di psichiatria*, etc. 1892.

— Verslag omtrent het geneeskundig gesticht voor krakzinnigen te Utrecht over het jaar 1891 (Rapport sur le service médical de l'asile des aliénés d'Utrecht pour l'année 1861); par le Dr Th. Moll, médecin-directeur. Broch. in-8° de 91 pages. Utrecht, 1892.

— Note sur la névralgie épileptique de la face; par le Dr Ch. Fétré. 5 pages in-8°. Extrait de la *Revue de médecine*. S. l. n. d.

— Verslag betreffende het gesticht Meerenberg over het jaar 1891 (Rapport sur l'asile de Meerenberg pour l'année 1891); par le Dr C. J. Persijn, médecin en chef, directeur. Broch. in-8° de 95 pages. Haarlem, 1892.

— Recherches sur le minimum perceptible de l'olfaction et de la gustation chez les épileptiques; par Ch. Fétré, P. Battaglia et P. Ouvry. 12 pages in-8°. Extrait des *Mémoires de la Société de biologie*, 1892.

— Die öffentliche Irrenfürsorge im Regierungsbezirk Coblenz. Eine studie (Etude sur l'assistance publique des aliénés dans l'arrondissement de Coblenz); par le Dr Lucien Buffet, médecin volontaire à l'asile d'aliénés provincial d'Andernach-sur-le-Rhin. Broch. in-8°, de 49 pages. Andernach, 1892.

— Etude critique sur le mysticisme moderne; par le Dr P. Rosenbach. Broch. in-8° de 36 pages. Extrait de la *Revue philosophique*, 1892.

— Congrès des médecins aliénistes de France et des pays de langue française. Rapports sur les questions du programme. Broch. in-8° de 70 pages. Blois, 1892.

— Reports Friend's Asylum for the insane (Rapport sur l'asile Friend pour les aliénés); par le Dr C. Hall. Broch. in-8° de 28 pages avec planches. Philadelphie, 1892.

— Etude sur la fréquence du délire de grandeur dans le délire de persécution; par le Dr Samuel Garnier, médecin en chef directeur de l'asile de Dijon. Mémoire couronné par la Société médico-psychologique (prix Aubanel). Broch. in-8° de 73 pages. Paris. A. Rousseau, 1892.

— Asile de Rodez. Rapport spécial au préfet de l'Aveyron; par le Dr Ramadier, directeur-médecin en chef. Broch. in-8° de 27 pages. Rodez, 1892.

# VARIÉTÉS

---

## NOMINATIONS ET PROMOTIONS

*Décret du 6 septembre 1892* : Sur la proposition du ministre de l'agriculture, a été nommé au grade de chevalier dans la Légion d'honneur, M. le D<sup>r</sup> Dufour, directeur-médecin de l'asile d'aliénés de Saint-Robert, près Grenoble (Isère). Président du conseil départemental de l'agriculture. Secrétaire général de la Société d'agriculture de Grenoble. Président de la Société d'élevage des cantons de la Mure, Corps et Valbonnais ; vingt-huit ans de pratique agricole.

— *Arrêté du 13 août 1892* : M. le D<sup>r</sup> H. COLIN, médecin-adjoint de l'asile Sainte-Gemmes (Maine-et-Loire), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Lafond (Charente-Inférieure), et maintenu dans la 2<sup>e</sup> classe de son grade (2,500 fr.).

M. le D<sup>r</sup> TOULOUSE, médecin-adjoint de l'asile de Lafond, est nommé médecin-adjoint de l'asile de Sainte-Gemmes, et maintenu dans la 2<sup>e</sup> classe de son grade (2,500 fr.).

— *Arrêté du 1<sup>er</sup> septembre 1892* : M. le D<sup>r</sup> CALÈS, directeur de l'asile de Bordeaux, et M. le D<sup>r</sup> MORDRET, médecin en chef de l'asile du Mans, sont promus à la classe exceptionnelle de leur grade (8,000 fr.), pour prendre rang à partir du 1<sup>er</sup> septembre 1892.

— *Arrêté du 16 septembre 1892* : M. le D<sup>r</sup> GIRMA, médecin-adjoint de l'asile Saint-Yon (Seine-Inférieure), est nommé directeur-médecin de l'asile Saint-Luc, à Pau (Basses-Pyrénées), et placé dans la 3<sup>e</sup> classe de son grade (5,000 fr.).

M. le D<sup>r</sup> PICHENOT, médecin-adjoint de l'asile d'Auxerre (Yonne), est nommé médecin en chef de l'asile de Mont-de-Vergues (Vaucluse), et placé dans la 3<sup>e</sup> classe de son grade (5,000 fr.).

— *Arrêté du 27 septembre 1892* : M. le D<sup>r</sup> GILBERT PETIT, médecin-adjoint de l'asile d'Alençon (Orne), est nommé médecin-adjoint de l'asile Sainte-Gemmes (Maine-et-Loire), et maintenu dans la 1<sup>e</sup> classe de son grade (3,000).

— *Arrêté du 30 septembre 1892* : M. le D<sup>r</sup> TOULOUSE, médecin-adjoint de l'asile de Sainte-Gemmes, est nommé mé-

decin-adjoint de l'asile de Saint-Yon (Seine-Inférieure), et maintenu dans la 2<sup>e</sup> classe de son grade (2,500 fr.) ;

M. le Dr VIGOUROUX, interne des asiles de la Seine, déclaré admissible aux emplois de médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés (concours de Paris du 15 décembre 1891), est nommé médecin-adjoint de l'asile d'Evreux (Eure), et compris dans la 2<sup>e</sup> classe de son grade (2,500 fr.).

— *Arrêté du 3 octobre 1892* : M. le Dr MARIE, médecin-adjoint de l'asile d'Evreux, est nommé médecin-adjoint (poste créé) du service des aliénés de la Seine, et chargé d'organiser et de surveiller la colonie familiale établie à titre d'essai par le département de la Seine à Dun-sur-Auron (Cher). M. Marie est maintenu dans la 2<sup>e</sup> classe (2,500 fr.).

— *Arrêté du 31 octobre 1892* : M. le Dr LWOFF, interne des asiles de la Seine, déclaré admissible aux emplois de médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés (concours de Paris du 15 décembre 1891), est nommé médecin-adjoint de l'asile d'Auxerre (Yonne), et placé dans la 2<sup>e</sup> classe de son grade (2,500 fr.).

— *Faculté de médecine de Paris* : Sont maintenus pour un an dans leurs fonctions, M. le Dr PACTET, chef de la clinique des maladies mentales, et M. le Dr DUTIL, chef de la clinique des maladies nerveuses.

#### NÉCROLOGIE

**PROFESSEUR POINCARÉ.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Poincaré, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Nancy, directeur du service départemental d'hygiène, décédé, le mois dernier, à l'âge de soixante-quatre ans.

Fils d'un pharmacien de Nancy, il avait parcouru toute sa carrière médicale dans sa ville natale et y était devenu professeur à l'Ecole de médecine. Quand, après 1870, l'Ecole fut transformée en Faculté, il devint professeur-adjoint de physiologie, puis chargé d'un cours d'hygiène qui obtint un grand succès auprès des étudiants, et enfin professeur titulaire d'hygiène.

Parmi les nombreux travaux de ce savant distingué, nous rappellerons surtout ceux relatifs à la physiologie et à la pathologie du système nerveux. M. Poincaré a fait, en collaboration avec M. Henry Bonnet, des *Recherches sur l'anatomie pathologique et la nature de la paralysie générale*, qui ont été insérées dans les *Annales médico-psychologiques* (1868, t. XII, pp. 169 et 346), et dont une nouvelle édition a été publiée en

1876. Ces recherches portent sur les lésions du grand sympathique et les troubles vaso-moteurs dans la périencéphalite.

M. Poincaré avait des qualités remarquables de professeur ; il exposait avec clarté et précision les sujets les plus ardues et les plus complexes. Ses *Leçons sur la physiologie normale et pathologique du système nerveux central et périphérique* (3 vol. in-8°. Paris, 1876-1877), d'une lecture si attachante, sont, à ce point de vue, un modèle. Grâce à l'immense érudition du maître, elles sont un tableau exact de l'état de la science à l'époque où elles ont été faites.

Notre regretté confrère était un travailleur infatigable ; il était aussi le meilleur des hommes. Il laisse un nom estimé dans la science, et à tous ceux qui l'ont connu le souvenir d'une vie toute de probité scientifique et professionnelle. A. R.

**D<sup>r</sup> FETSCHERIN.** — La Suisse vient de perdre un de ses médecins aliénistes des plus distingués : le D<sup>r</sup> Fetscherin est décédé le 17 octobre dernier, âgé d'un peu plus de soixante-trois ans.

Le D<sup>r</sup> Rodolphe Frédéric Fetscherin naquit le 27 juin 1829 à Berne, où son père était directeur de l'orphelinat des garçons. Il fit ses études médicales à l'Université de Berne et se rendit à Prague, à Paris et à Vienne avant de s'établir comme médecin praticien à la Neuveville, sur les bords de la Bienne, où il se maria en 1855. Il fut appelé en 1859 comme second médecin à la Waldau, l'asile cantonal des aliénés, et il y resta jusqu'en 1875. Son caractère, son dévouement et ses capacités lui firent bientôt une place honorable parmi ses collègues. Infatigable au travail, il se dépensait sans compter pour ses malades. Il s'intéressait à toutes les questions d'utilité publique et s'occupa surtout de la statistique des aliénés. Fetscherin faisait partie de la Société suisse de statistique, dont il était un membre zélé. Il a publié divers articles sur la statistique de l'alcoolisme en Suisse, d'après les chiffres des admissions dans les asiles d'aliénés. J'ai donné un résumé de ces recherches dans les notes sur les asiles suisses, que M. le sénateur Th. Roussel a bien voulu publier comme annexe de son magistral rapport de 1884.

En 1875, Fetscherin fut nommé au poste important de directeur du nouvel asile de Saint-Urbain, dans le canton de Lucerne. Il déploya dans la direction de cet établissement des talents distingués d'administrateur et d'organisateur. Notre regretté confrère s'occupa activement aussi, dans le canton de Lucerne, de la Société de patronage des aliénés pauvres. Enfin, en 1890, on lui confia la direction de l'asile privé de la Métairie, près de Nyon, qu'il accepta en quelque sorte comme une retraite, après trente années consacrées aux établissements publics de Berne et de Lucerne. Fetscherin s'intéressa ce pen-

dant toujours beaucoup à la construction des nouveaux asiles d'aliénés. Il faisait partie de la commission bernoise chargée d'étudier l'organisation du grand asile de Münsingen et de celle du canton de Genève pour l'asile de Bel-Air. Six jours avant sa mort, le 12 octobre dernier, il assistait encore à une séance de la commission de l'asile de Berne. En rentrant à Nyon, il se sentait peu bien ; mais personne n'aurait soupçonné la gravité du mal. Il frissonnait et avait de la fièvre. Il continua cependant son service jusqu'au 15. Le 17 il mourait sans agonie.

Festcherin était membre associé étranger de la Société médico-psychologique.

P. LADAME.

#### LE LEGS BAILLARGER A L'ACADEMIE DE MÉDECINE

Par le décret suivant, l'Académie de médecine est autorisée à accepter le legs fait par notre regretté maître M. Baillarger pour la fondation d'un prix bisannuel :

Le Président de la République française;

Sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des beaux arts ;

Vu le testament en date du 2 juin 1879 du sieur Jules-Gabriel-François Baillarger :

Vu l'acte de décès du testateur.

Décrète :

#### *Article premier.*

Le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine est autorisé à accepter, aux clauses et conditions imposées par le testateur, la somme nécessaire pour acheter une inscription de rente de 1,000 francs (mille francs), 3 0/0 sur l'Etat.

Cette rente servira à fonder un prix bisannuel de 2,000 francs ; ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics et privés consacrés aux aliénés ;

Ladite rente de mille francs immatriculée au nom de l'Académie de médecine, avec mention de l'inscription de la destination des arrérages.

Fait à Fontainebleau le 11 août 1892,

Signé : CARNOT.

#### ŒUVRE DE PATRONAGE POUR LES ALIÉNÉS INDIGENTS DES ASILES PUBLICS DE LA SEINE

L'œuvre de patronage pour les aliénés indigents des asiles publics de la Seine est une œuvre due uniquement à l'initia-

tive privée. Fondée il y a cinquante ans, par le D<sup>r</sup> Falret père, elle a continué à fonctionner régulièrement et à se développer progressivement. Les *Annales* ont fait connaître, dans le numéro de mars 1891 (p. 339), les services signalés rendus par cette institution et indiqué son organisation et son fonctionnement.

Au moment où le ministère de l'intérieur demande à tous les départements d'organiser des Sociétés de patronage pour les aliénés sortant des asiles, il importe de faire connaître à tous les directeurs de ces asiles les résultats obtenus par l'œuvre fondée par le D<sup>r</sup> Falret père en 1842 et continuée avec tant de persistance et de dévouement par son fils, notre excellent maître et ami M. le D<sup>r</sup> Jules Falret. Nous n'avons pour cela qu'à analyser le dernier compte moral et financier, celui de l'exercice 1891, qui vient d'être imprimé, et qui nous fournit des documents du plus haut intérêt.

Lorsque les aliénés sortent guéris d'un asile, ils ont le plus souvent besoin d'être assistés et matériellement et moralement. M. Ernest Saulnier, secrétaire du Comité administratif de l'Œuvre, fait remarquer dans son excellent rapport lu au conseil général du Patronage, le 20 mai 1892, qu'il y a quatre phases dans l'assistance à pratiquer à l'égard de ces alienés :

- 1<sup>o</sup> Au moment de leur sortie des asiles de traitement ;
- 2<sup>o</sup> Pendant les trois mois qui suivent leur sortie ;
- 3<sup>o</sup> Pendant les deux ou trois premières années de leur rentrée dans la vie commune, dans la société ;
- 4<sup>o</sup> Au moment de leur réintégration dans les asiles de traitement.

A ces phases répondent des modes de patronage divers : aux deux premières et à la dernière, l'*Asile-ouvroir*; à la troisième, les *Réunions du dimanche et les visites à domicile*. Voici, d'après le compte rendu, les résultats obtenus durant l'année 1891, pour chacun de ces trois modes :

1<sup>o</sup> *Asile-ouvroir*. — Cet asile, situé, comme l'on sait, à Grenelle (rue du Théâtre, 52), a présenté, pendant l'année 1891, le mouvement suivant :

Convalescentes présentes le 1 <sup>er</sup> janvier 1891 . . . . .	38
Entrées dans l'année. . . . .	52
Placées dans Paris. . . . .	51
Réintégrées à l'asile Sainte-Anne. . . . .	1
Décédées. . . . .	2
Renvoyées dans leur pays. . . . .	2
Présentes à l'asile, le 31 décembre 1891. . . . .	34

Ainsi, sur 90 convalescentes présentes, ou admises pendant

l'année 1891, on a pu en placer 53. En 1890, on avait reçu 109 convalescentes et on en avait placé 60.

Cette diminution du personnel secouru, l'an dernier, vient de ce que les recettes étant fort modestes dans les premiers mois, on avait dû, par esprit de prévoyance, restreindre le nombre des admissions.

*2<sup>e</sup> Réunions du dimanche.* — Pendant l'année 1891, ont pris part à ces réunions 1,504 patronnés, hommes, femmes et enfants ; la dépense pour les frais de ces réunions a été de 2,175 fr. 05 ; c'est un résultat supérieur à celui de l'année passée où l'on n'avait reçu que 1,435 patronnés.

*2<sup>e</sup> Secours à domicile.* — On a distribué la somme de 6,121 francs à 646 personnes. L'année dernière, les secours s'étaient élevés à la somme de 6,406 francs répartie entre 726 personnes.

Voilà pour le compte moral de l'Œuvre ; quant au compte financier, il se résume dans les chiffres suivants, qui sont suffisamment éloquents :

*1<sup>e</sup> Recettes.*

1 <sup>e</sup> Recettes intérieures (intérêts de rente, travail du personnel, secours, location d'immeuble, cotisations) . . . . .	6.460 95
2 <sup>e</sup> Recettes dues à la charité privée (loterie, sermon, dons anonymes) . . . . .	29.943 60
3 <sup>e</sup> Recettes dues à l'administration supérieure (ministère de l'intérieur, 1890-1891). . . . .	2.000 »
Total. . . . .	<u>38.404 55</u>

*2<sup>e</sup> Dépenses.*

1 <sup>e</sup> Frais généraux d'administration et d'entretien. . . . .	7.185 65
2 <sup>e</sup> Frais applicables au personnel secouru. . . . .	27.661 15
Total. . . . .	<u>34.846 80</u>
En résumé : Recettes. . . . .	38.404 55
Dépenses. . . . .	<u>34.846 80</u>

En caisse le 31 décembre 1891. . . . . 3.557 75

La situation, comme l'on voit, est des plus satisfaisantes et M. J. Falret a raison d'être fier du succès des idées de son père. La nécessité du patronage des aliénés indigents s'impose de plus en plus à l'attention des pouvoirs publics : pour créer ce nouveau rouage d'assistance, ils n'auront qu'à s'inspirer de cette œuvre d'initiative privée, qui, avec des ressources en somme restreintes, a su faire beaucoup de bien et soulager de grandes infortunes.

**FÊTE DU CINQUANTENAIRE DE L'ASILE D'ALIÉNÉS D'ILLENAU  
(GRAND-DUCHÉ DE BADE)**

Les lecteurs des *Annales* n'ont pas oublié la description magistrale de l'asile d'aliénés d'Illenau, publiée par Falret père en 1845 (t. V, p. 419 et t. VI, p. 69). Cet asile, construit d'après les plans du Dr Roller, savant aussi modeste que distingué, a été inauguré en septembre 1842 ; il a donc aujourd'hui un demi-siècle d'existence. Selon une coutume ancienne en Allemagne, on a voulu marquer cette date par une fête, et le jubilé de cinquantenaire de la fondation de ce grand établissement a été célébré, le 27 septembre dernier, en présence de la famille grand'-ducale.

Voici le programme de cette fête :

*26 septembre, veille de la fête.* — Concert donné par des artistes avec des intermèdes musicaux exécutés par la Société chorale et la chapelle musicale d'Illenau.

*27 septembre, jour de la fête.* — Dans la matinée, chœurs.

*A 9 heures du matin.* — Réception solennelle de Leurs Altesses Royales le Grand-Duc, la Grande-Duchesse et le Grand-Duc héritier.

Présentation des invités et des fonctionnaires de l'asile.

*9 heures et demie.* — Fête commémorative devant le monument de Frédéric au cimetière de l'asile.

*10 heures.* — Cérémonie religieuse dans l'église de l'asile.

*1 heure.* — Banquet dans le grand salon de l'asile, suivi de la visite des quartiers artistement ornés.

*4 heures.* — Fête commune des pensionnaires et des employés dans le grand salon de l'asile, avec lunch et musique.

*Soir.* — Illuminations et feu d'artifice.

Ce programme, qui a été fidèlement suivi, nous a été communiqué par le Dr H. Schüle, médecin-directeur de l'asile d'Illenau, qui invitait en même temps la Société médico-psychologique, dont il est membre associé étranger, à vouloir bien se faire représenter à cette fête. Sa lettre nous est malheureusement parvenue en pleines vacances, alors que les membres de notre Société sont dispersés ; il nous a donc été impossible, à notre grand regret, de répondre à la gracieuse invitation de notre savant collègue. Le secrétaire général s'est chargé d'être auprès de M. Schüle l'interprète de ces regrets, et de lui exprimer, à lui ainsi qu'à ses collaborateurs de l'asile, nos sympathies à l'occasion de cette fête commémorative de l'œuvre d'un homme de très grand mérite, si dignement continuée et perfectionnée par ses successeurs.

A l'occasion de cette fête, les élèves de Roller encore existants ont eu l'heureuse idée de publier un volume (*Festschrift*) de travaux originaux, dont la plupart ont trait aux questions les plus discutées de la médecine mentale. Ces mémoires sont signés : Schüle, von Krafft-Ebing, Kirn, Neumann, Fr. Fischer, Eickholt, Wilser, Landerer, Dietz. Nous nous contenterons aujourd'hui de citer les noms, comptant analyser prochainement ce volume, qui fait le plus grand honneur à ceux qui y ont collaboré, comme aux maîtres Roller et Hergt, à qui il est dédié.

A. R.

**LE SERVICE DES ALIÉNÉS D'ÉCOSSE  
JUGÉ PAR UN CONSEILLER GÉNÉRAL DE LA SEINE**

Au mois d'octobre dernier une délégation du Conseil municipal de Paris s'est rendue en Angleterre et en Ecosse pour étudier l'application dans ces deux pays du système de filtrage des eaux de rivière. M. Pétrot, vice-président du Conseil général, a profité de ce voyage, pour visiter le service des aliénés d'Ecosse, et voici les renseignements qu'il a donnés au *Temps* (numéro du 11 octobre 1892), sur les observations qu'il a faites à ce sujet :

« Le Conseil général de la Seine a, l'année dernière, sur un rapport de son président, M. Deschamps, voté la mise à l'essai du traitement des aliénés à domicile. L'occasion était trop belle d'aller juger des résultats en Ecosse, où ce régime est généralisé. Nous nous sommes rendus à Glasgow et à Edimbourg. Glasgow possède un asile royal. C'est une sorte d'hôtel aux proportions très vastes, contenant des chambres à tous prix. Quelques-unes coûtent à la famille du pensionnaire jusqu'à 6 et même 8 francs par jour. Toutes sont confortables, et celles d'un prix élevé sont luxueuses. Le malade reçoit les soins médicaux les plus intelligents ; des domestiques le servent, en outre, le jour et la nuit. Des jardins aux larges avenues, au lieu de la cour nue et horriblement triste de nos asiles, lui sont réservés.

« L'asile royal se suffit à lui-même, au point de vue budgétaire. Ses ressources sont abondantes et elles servent à son embellissement et à l'entretien des malades. La ville de Glasgow ne s'est réservée que six lits gratuits et le directeur est un fonctionnaire nommé par l'Etat. L'ingérence municipale est aussi discrète que possible, et les aliénés et leurs familles paraissent très satisfaits...

« Edimbourg envoie ses malades à la campagne chez les paysans, qui les gardent et les soignent moyennant une rétribution

suffisante. L'Assistance publique est merveilleusement organisée en Ecosse. Le secrétaire de la cité, le *clerk of town*, fait partie de l'Assistance publique et a les fonctions, sinon le titre, d'inspecteur des pauvres. C'est lui qui a la surveillance des aliénés installés chez les paysans de sa localité, et, avec un haut sentiment du devoir, il s'enquiert tous les jours de leur état, de la façon dont ils sont nourris et traités. Il est évident que ce ne sont pas les fous dangereux qui sont ainsi laissés en liberté, mais les vieux aliénés, les abêtis, dans le cerveau desquels toute lueur d'intelligence est éteinte. Nous avons parcouru des villages habités par eux. Nous avons vu des figures stupides, mais exprimant bien plus de joie et de santé que les malheureux de nos hospices condamnés à la réclusion. M. Deschamps et moi avons été convaincus pleinement, car nous l'étions avant de partir, de l'excellence de ce traitement en plein air, qui, s'il n'amène pas une guérison impossible, procure au moins des allégements matériels précieux, et nous sommes décidés à hâter l'expérience résolue par le Conseil général de la Seine.

« C'est au printemps prochain au plus tard que nous enverrons à Dun-sur-Auron, petite commune du Cher, une centaine d'aliénés pour être répartis entre les familles du pays. Nous étendrons ensuite de plus en plus ce système, comme en Ecosse, où le quart environ des aliénés est ainsi soigné à domicile. »

#### SUR L'ASSISTANCE ET L'ÉDUCATION DES ENFANTS ARRIÉRÉS EN ITALIE

M. le professeur Morselli a publié récemment, dans le journal *Il Morgagni* (n° 33), un article sur l'importante question de l'assistance et de l'éducation des enfants arriérés en Italie. Ce travail ne nous est pas parvenu ; mais nous croyons devoir reproduire l'appréciation qu'en a donnée M. le Dr Millot-Carpentier dans l'*Union médicale* (numéro du samedi 15 octobre 1892) :

« L'auteur déplore avec raison l'état fort triste dans lequel sont encore laissés, dans nombre de provinces italiennes, les enfants idiots. Jusqu'en 1888, on n'avait rien fait de spécial pour ces malheureux ; j'avais signalé le fait en France, à mon retour d'Italie, en 1875. Les dernières années ont pourtant été en progrès. Dans les asiles de Rome et de Sienne, on a organisé des écoles distinctes pour cette catégorie de malades : « Comparti-Scuole per frenastenici ».

« Dans le projet Nicotera, l'auteur fait ressortir l'article 7 de la loi qui contient une disposition particulière en faveur de ces déshérités. Cette loi laisse pourtant supposer que ces malades doivent être jugés et traités comme des incurables, ce que

M. le professeur Morselli n'admet pas, les considérant simplement comme des arriérés pouvant sinon tous guérir, du moins être très améliorés par des soins intelligemment appropriés. Il propose à ce sujet, non des divisions à part dans les asiles d'aliénés, mais la création d'instituts spéciaux, et nous sommes heureux de savoir que, depuis quelques années, un certain nombre de ceux-ci a été créé en Italie.

« Nous signalerons, dans cet ordre d'idées, les bons résultats et les excellentes méthodes didacto-pédagogiques de l'Institut Olivero, à Nervi, qui, chaque année, progresse et enregistre de véritables succès. »

## FAITS DIVERS

*Les fonds du pari mutuel.* — La commission de répartition des fonds du pari mutuel a, dans sa réunion du jeudi 7 juillet 1892, accordé une subvention de 50,000 francs, pour la reconstruction à Laforce (Dordogne), de l'asile de Bethesda, destiné aux femmes idiotes et infirmes.

*La consommation de l'alcool en France.* — En 1870, on ne consommait en France que 585,000 hectolitres d'alcool ou 1 litre 46 par habitant. Aujourd'hui, la population française absorbe 1,669,184 hectolitres, soit 4 litres 40 par habitant.

Si l'on considère que les alcools actuels sont infiniment plus toxiques que ceux que l'on consommait avant 1870, on ne s'étonnera plus des énormes progrès qu'a fait l'alcoolisme depuis vingt ans.

*Résistance des aliénés à certaines influences nuisibles.* — Dans une récente leçon sur *les intoxications alimentaires*, publiées par l'*Union médicale* (numéro du jeudi 27 octobre 1892), M. le professeur Potain raconte le fait suivant :

« La viande de porc est très souvent la cause d'accidents. Dans ma jeunesse, j'étais attaché à un établissement d'aliénés où on avait élevé un porc. L'animal fut tué et confié à un charcutier appelé à cet effet. On prépara, entre autres produits, du fromage de cochon qui fut distribué au personnel domestique de l'établissement ; tout ce personnel fut en proie à des accidents cholériformes qui du reste se terminèrent favorablement. Une aliénée, qui s'était emparée d'une certaine quantité de fromage毒ique et l'avait mangé, fut seule épargnée parmi ceux qui en consommèrent. C'est une preuve de plus de la résistance des aliénés à certaines influences nuisibles. »

*Suicide des médecins aux Etats-Unis.* — Le *Boston medical and Surgical Journal* nous apprend que ce sont les médecins

qui se suident le plus en Amérique depuis dix ans. Et cette vérité sera encore confirmée cette année, puisque, dans les douze premiers jours de janvier, il n'y a pas moins de sept médecins qui se sont donné la mort.

*L'aliénation mentale en Angleterre.* — On lit dans la *Revue générale de clinique et de thérapeutique* (numéro du 2 novembre 1892) : « Le dernier recensement accuse en Angleterre et dans le pays de Galles 87,848 aliénés ou idiots ; en 1890, il n'en existait que 76,765. Cette augmentation se répartit ainsi : dans les asiles privés, 573 ; dans les asiles publics, 10,409 ; dans les prisons 11. On évalue le nombre des guérisons à 41 p. 100. Par contre, on constate avec regret que les enfants idiots ne sont pas hospitalisés isolément.

*L'ivrognerie dans les classes aristocratiques de la société anglaise.* — On lit dans le *Temps* (numéro du dimanche 9 octobre 1892) : « Mardi dernier, le *Church congress*, ou congrès de l'Eglise anglicane, s'est réuni à Folkestone, en présence du maire de cette ville et des membres de la corporation, qui ont souhaité la bienvenue aux délégués.

Dans une de ses dernières séances, lady Frederick Cavendish, veuve du très honorable lord Frederick Charles Cavendish, qui fut si tragiquement assassiné dans Phoenix-Park, en 1882, quelques heures à peine après avoir été assermenté, à Dublin, comme secrétaire pour l'Irlande, a donné lecture d'un travail dont elle est l'auteur sur l'ivrognerie dans les classes aristocratiques de la société anglaise.

Elle s'est élevée contre la manie qu'ont certaines nobles dames de prendre « quelque chose de chaud » avant de se coucher, ou de se prémunir contre les intempéries de l'hiver londonien en s'administrant de trop généreux cordiaux : elle en a connu qui, par un alcoolisme graduel, arrivaient tout droit au *delirium tremens*, pour s'être persuadées qu'elles n'avaient pas d'appétit si elles n'avaient avant chaque repas quelque puissant apéritif ou si elles ne mêlaient à leur thé « une goutte de quelque chose de fort ». Enfin, elle a signalé les ravages exercés dans la haute société, par l'usage, même modéré, des opiacés ou des soporifiques, morphine, chloral ou chlorodyne — sans parler de l'abus du tabac — et elle a conclu en proposant la formation de nouvelles associations de tempérance spécialement destinées aux femmes et aux jeunes filles. »

#### ENSEIGNEMENT

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Clinique des maladies mentales* (asile Sainte-Anne). — M. GILBERT BALLET,

agrégé, chargé du cours en remplacement de M. le professeur Ball, en congé, commencera ce cours, le dimanche 18 novembre 1892, à neuf heures et demie du matin, et le continuera les jeudis et dimanches suivants, à la même heure.

ECOLE PRATIQUE DES HAUTES-ÉTUDES.—M. JULES SOURY, maître des conférences près la section des sciences historiques et philologiques, reprendra son cours le lundi 21 novembre 1892. Il traitera les lundis à quatre heures et demie, de *l'audition mentale*; il étudiera, les vendredis, à la même heure, différentes questions de *psychologie physiologique*, et, en particulier, de *l'origine du mouvement des corps vivants*.



## TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE XVI<sup>e</sup> VOLUME DE LA SEPTIÈME SÉRIE

### PREMIÈRE PARTIE

#### MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS

	PAGES
logie de J. Baillarger; par le Dr Ant. Ritti, . . . . .	5
able chronologique des travaux de J. Baillarger; par le Dr A. Dureau . . . . .	51

#### I. — Chronique.

ettre d'Amérique; par le Dr H. Bannister. . . . .	59
é Congrès de médecine mentale à Blois. . . . .	177
troisième Congrès international d'anthropologie criminelle à Bruxelles; par le Dr A. Giraud . . . . .	345
Centenaire de la « Retraite d'York »; par le Dr René Semeaigne. . . . .	362

#### II. — Pathologie.

ur certains cas d'aboulie avec obsessions interrogatives et trouble des mouvements (folie du doute avec délire du toucher); par les Drs F. Raymond et F.-L. Arnaud . . . . .	67 et 196
confusion mentale primitive; par le Dr Ph. Chaslin. . . . .	225
es modifications observées dans l'état mental de certains aliénés atteints de choléra; par le Dr Camuset. . . . .	367
ir le délire des négations; par le Dr F.-L. Arnaud . . . . .	387
is maladies de la volonté chez les criminels; par le Dr Emile Laurent . . . . .	404
ne famille de criminels. Note pour servir à l'histoire de l'hérédité; par le Dr Paul Aubry. . . . .	429

#### III. — Législation.

à patronage des aliénés; par le Dr Ernest Chambard. . . . .	89
---	----

### DEUXIÈME PARTIE

#### REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

#### I.— Société médico-psychologique.

ance du 25 avril 1892. — Mort de M. Steenberg. — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Roubinovitch, Bonnet, Clemens Neisser. — Rapport de M. Marandon de Montyel	
--	--

	PAGES
sur la candidature de M. Boubila : élection. — Hallucinations persistantes de la vue chez un dément, provoquées et entretenues par une tumeur de la glande pituitaire non soupçonnée pendant la vie et comprimant les nerfs optiques : MM. Christian, Briand, Joffroy, Aug. Voisin. — Consultation médico-légale sur un cas d'homicide commis par un pyromane: MM. Samuel Garnier, Paul Garnier, Marandon de Montyel, Joffroy, Briand, Vallon, Charpentier, Christian. . . . .	108
<i>Séance solennelle du 30 mai 1892.</i> — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Boeteau, Toulouse, Boubila. — Eloge de J. Baillarger : M. Ritti. — Rapport sur le prix Esquirol M. René Semelaigne. — Rapport sur le prix Moreau (de Tours) : M. Chaslin. — Rapport sur le prix Aubanel : M. Sollier. . . . .	136
<i>Séance du 27 juin 1892.</i> — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Samuel Garnier, Paul Aubry, Bombarda. — Rapport de M. Marandon de Montyel sur la candidature de M. Roubinovitch : élection. — Rapport de M. Marandon de Montyel sur la candidature de M. Toulouse : élection. — Rapport de M. René Semelaigne sur la candidature de M. Boeteau : élection. — Des aliénés à séquestrations multiples ( <i>suite</i> ) : MM. Marandon de Montyel, Paul Garnier, Briand, Saury, Bouchereau, Ballet, Charpentier, Aug. Voisin. . . . .	274
<i>Séance du 25 juillet 1892.</i> — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Boeteau, Toulouse, Roubinovitch. — Contribution à l'étude des stigmates psychiques de la dégénérescence mentale : MM. Catsaras, Charpentier, Ritti, Falret. — Sur un cas de maladie des tics convulsifs avec mouvements par obsession : MM. Roubinovitch, Briand, Ballet, Vallon . . . . .	442

**III. — Revue des journaux de médecine.****JOURNAUX AMÉRICAINS (1890-1891).**

Anal. par le Dr V. PARANT.

Trois signes diagnostiques de mélancolie. . . . .	149
Signe d'Argyll Robertson dans la mélancolie. . . . .	149
Manie hystérique. . . . .	150
Influence des émotions dans la période puerpérale. . . . .	151
Trois cas de folie chez des enfants. . . . .	151
Mélancolie dans ses rapports avec la lithémie, le mal de Bright et la glycosurie. . . . .	152
Etiologie de la paralysie générale . . . . .	153
Statistique sur l'étiologie de la paralysie générale. . . . .	153

**JOURNAUX FRANÇAIS (1889).**

Anal. par le Dr L. CAMUSSET.

Atrophie musculaire myélopathique . . . . .	297
Suspension dans le traitement du tabes . . . . .	297, 298, 300, 301 et
Délire de persécution à deux; la femme et le mari . . . . .	298
Apoplexie progressive et hémorragie ventriculaire . . . . .	298
Paraplégie dans la chorée. . . . .	299
Rhumatismus chronique compliqué d'anesthésie hystérique . . . . .	299
Délire chronique . . . . .	299
Rôle de la consanguinité dans l'étiologie de l'épilepsie, de l'hystérie, de l'idiotie. . . . .	300

TABLE DES MATIÈRES 511

	PAGES
romure de nickel contre l'épilepsie . . . . .	300
ypermnésie avec accroissement pathologique de la faculté de représentation mentale . . . . .	300
remblements hystériques . . . . .	301
aits médico-légaux . . . . .	302
liotie avec cachexie pachydermique . . . . .	302
rand et petit hypnotisme . . . . .	302
structure des cordons postérieurs de la moelle . . . . .	303
tiologie du tabes . . . . .	303
irdité et cécité verbales . . . . .	304
roubles oculaires dans les maladies nerveuses . . . . .	304
raumatismes crâniens dans leurs rapports avec l'aliénation mentale . . . . .	305
abécillité avec perversion des instincts et impulsions génitales . . . . .	305
ssions histologiques de la substance grise des encéphalites chroniques de l'enfance . . . . .	306
pilepsie somnambulique avec accidents cataleptiformes . . . . .	306
igraine ophtalmique et paralysie générale . . . . .	306
phasie et folie . . . . .	307
raplégie et hallucinations du sens musculaire . . . . .	307
ssions traumatiques de la moelle épinière . . . . .	308
ltérations des nerfs périphériques dans les œdèmes chroniques . . . . .	308
rphilis médullaire précoce . . . . .	308
ccidents de chemin de fer . . . . .	309
angers de l'hypnotisme et interdiction des représentations théâtrales . . . . .	310
responsables devant la justice . . . . .	310
mnésies par l'oxyde de carbone . . . . .	311
icide à coups de couteau par un aliéné . . . . .	311
uralysie générale et assassinat . . . . .	311
issimulation en aliénation mentale . . . . .	312
ividu ayant tiré un coup de revolver sur un employé de l'ambassade d'Allemagne . . . . .	312
ontagion du crime et sa prophylaxie . . . . .	312
ultiplicité des blessures et insensibilité chez un suicidé . . . . .	313

**III. — Bibliographie.**

es localisations cérébrales étudiées dans un cas d'hypnotisme ; par le Dr Rainaldi Rinaldo (Anal. par M. Jules Soury) . . . . .	155
la forme du cerveau humain et les variations corrélatives du crâne et de la surface cérébrale ; par le Dr Chiarugi (Anal. par le Dr Nicoulau) . . . . .	163
anuel pratique des maladies mentales ; par le Dr E. Régis (Anal. par le Dr Doutrebente) . . . . .	166
ompte rendu statistique et clinique de l'asile Saint-Nicolas, à Sienne pour la période 1864-1885 ; par le Dr Funaioli (Anal. par le Dr Nicoulau) . . . . .	314
eux cas de trépanation pour épilepsie traumatique ; par les Dr Ph. Coombs Knapp et Abner Post. — Cas de tumeur de cer- velet où l'on trépana pour s'opposer aux progrès de la compres- sion intra-crânienne ; par le Dr Coombs Knapp (Anal. par Jules Soury) . . . . .	321
monde des rêves ; par le Dr Max. Simon (Anal. par le Dr Camuset) . . . . .	479
es altérations de la personnalité ; par Alfred Binet (Anal. par P. C.) . . . . .	482

	PAGES
Contribution de chirurgie cérébrale à l'étude de la localisation des centres sensitifs de l'écorce cérébrale; par le Dr Ph. Coombs (Anal. par J. Soury) . . . . .	484
La folie de cause traumatique; par le Dr Luigi Frigerio (Anal. par J. Soury) . . . . .	488
Contribution à l'étude de l'angoisse neurasthénique et des phénomènes qui l'accompagnent; par le Dr Humbert Stefani (Anal. par le Dr Nicoulau) . . . . .	490
Des aliénés criminels; par le Dr Allaman (Anal. par le Dr Camuset) . . . . .	493
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE . . . . .	167, 323 et 495
ASSOCIATION MUTUELLE DES MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE. (Séance du 30 mai 1892.) . . . . .	325

**IV. — Variétés.**

Nominations et promotions : MM. Gilbert Ballet, Nicoulau. — Patronage des aliénés guéris des asiles de la Seine. — Programme du Congrès annuel des médecins aliénistes de France et des pays de langue française : session de Blois 1892. — Tribunaux. — Faits divers. — Prix de la Société médico-psychologique. — Enseignement : M. Aug. Voisin . . . . .	169
Nominations et promotions : MM. Rémond, Caillau, Belle, Nolé, Toulouse, Broquère, Samuel Garnier, Sinet. — Nécrologie : Th. Meynert. — La première chaire de médecine mentale en France. — De l'hospitalisation des enfants idiots, arriérés et épileptiques. — Placement dans les familles de déments séniles. La colonie d'aliénés de Dun-sur-Aurou. — Un aliéné candidat à la députation. — Viol et grossesse d'une aliénée. — Tribunaux. — Faits divers. . . . .	331
Nominations et promotions : MM. Dufour, Collin, Toulouse, Cales, Mordret, Girma, Pichenot, Gilbert Petit, Vigouroux, Marie, Lwoff, Pactet, Dutil. — Nécrologie : Pointcaré, Fetscherin. — Le legs Baillarger à l'Académie de médecine. — Œuvre de patronage pour les aliénés indigents des asiles publics de la Seine. — Fête du cinquantenaire de l'asile d'aliénés d'Illenau (Grand-Duché de Bade). — Le service des aliénés d'Ecosse jugé par un conseiller général de la Seine. — Sur l'assistance et l'éducation des enfants arriérés en Italie. — Faits divers. — Enseignement : MM. Gilbert Ballet, J. Soury. . . . .	497
Table des matières du tome XVI de la septième série . . . . .	509

*Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.*

Paris. — Imprimerie L. MARTEUX, 1, rue Cassette.