Bibliothèque numérique
medic@

Annales médico-psychologiques

n° 17. - Paris: Masson, 1893.
Cote : 90152, 1893, n° 17

BIUM

(c) Bibliothèque interuniversitaire de médecine (Paris)
Adresse permanente : http://www.bium.univ-paris5.fr/histmed/medica/cote?90152x1893x17

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

©BIUM

©BIUM

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

L'ALIÉN ATION MENTALE

X NÉVROSES

ET A LA MÉDE NE LÉGALE DES ALIÉNÉS

ONDATEUR

Dr J. BAILLARGER
Médecin honoraire de la Salpêtrière, membre de l'Académie de médecine

RÉD ACTEUR EN CHEF

Dr ANT. RITTI
Médecin de la Maison nationale de Charenton.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
BIBLIOTHÈQUE

SEPTIÈME SÉRIE — TOME DIX-SEPTIÈME

CINQUANTE ET UNIÈME ANNÉE

90.132

PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, boulevard Saint-Germain, 120

1893

©BIUM

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



Chronique

Lettre d'Amérique.

L'Association médico-psychologique américaine; sa réorganisation. — Un cas de perversion sexuelle; affaire de meurtre; acquittement pour irresponsabilité. — Les femmes médecins dans les asiles d'aliénés.

A la réunion de l'Association des médecins d'asiles d'aliénés qui a eu lieu en mai dernier, la réorganisation à laquelle j'ai fait allusion dans ma lettre précédente a été effectuée, et désormais cette Société doit être désignée sous le nom d'Association médico-psychologique américaine. Ce changement de nom est à lui seul un très grand progrès ; il indique une organisation qui n'est plus faite exclusivement pour des fonctionnaires, parmi lesquels il pouvait s'en trouver qui ne devaient leur place qu'à la faveur d'hommes politiques manquant eux-mêmes tout à fait des lumières voulues pour procéder à de telles nominations et ne connaissant rien aux besoins des aliénés. On peut espérer que ce n'est là que le commencement d'une nouvelle carrière pleine de

©BIUM

fruits pour l'Association ; que celle-ci en viendra à recevoir dans son sein tous ceux qui travaillent dignement dans le champ de la médecine mentale, sans égard à leurs attaches avec les fonctions officielles ; enfin, que la spécialité pourra en obtenir d'être plus haut placée dans l'estime du public et des autorités qu'elle ne l'est actuellement dans mainte partie des États-Unis. La nécessité d'avoir dans les asiles publics des spécialistes instruits et expérimentés est ici difficilement comprise, même par ceux qui ont mission de diriger ces établissements en qualité de directeurs ou d'administrateurs. L'ancienne organisation qui permettait aux médecins-directeurs de devenir membres de l'Association par le seul fait qu'ils avaient été nommés fonctionnaires, a été, on peut le craindre, en partie et d'une manière passive, la cause d'une situation aussi défavorable.

Voici une récente affaire de meurtre, survenue dans un des États de l'intérieur, qui présente quelque intérêt médico-légal et psychiâtrique. Une jeune femme, de bonne éducation, d'un rang social honorable, appartenant à une famille respectable et aisée, était inculpée du meurtre d'une amie de même âge qu'elle et de même condition. L'homicide, perpétré à l'aide d'un revolver, fut accompli ouvertement sur une place publique et sans aucune provocation apparente. Les témoignages recueillis semblèrent cependant établir que ces deux jeunes femmes avaient ensemble des relations amoureuses et que la jalousie avait armé la main de la coupable. C'était celle-ci qui, dans leurs relations anormales, jouait le rôle actif, et elle aurait été poussée au meurtre parce qu'elle s'était vue abandonnée par l'autre qui, suivant les instincts normaux de son sexe, s'était attachée à un jeune homme par qui elle était recherchée.

©BIUM

Au cours des débats, les faits en question ne furent point contestés ; mais l'avocat, dans sa défense, présenta la folie comme excuse. Il soutint que l'inculpée était atteinte de perversion sexuelle, qu'elle était en état de dégénérescence morbide et que, par suite, elle était irresponsable ; suivant lui, l'aberration des instincts normaux entraînait avec elle, dans ce cas, les mêmes incapacités légales que la folie, y compris celle de subir la punition d'un fait qualifié crime. Ce fait était évidemment un de ceux où la supposition de folie ne se développe qu'après l'accomplissement d'un acte criminel ; les experts qui furent appelés à se prononcer sur l'état mental de l'inculpée furent d'ailleurs unanimement d'avis que celle-ci était une aliénée et, de ce chef, elle fut acquittée.

N'ayant point à notre disposition les détails complets de l'affaire, nous ne sommes nullement autorisé à blâmer le verdict rendu en cette circonstance ; mais le fait nous paraît suggérer quelques considérations intéressantes. C'est, à notre connaissance, la première fois, aux États-Unis, que les idées modernes sur la nature pathologique des perversions sexuelles, sont produites devant une cour d'assises pour défendre une personne accusée d'un crime capital. Il n'est pas probable que le précédent créé par cette affaire soit oublié à l'avenir ou négligé, et l'on peut, sans trop s'avancer, prévoir que désormais tels actes, qualifiés crimes par nos traités de droit, pourront, avec chances de succès, être excusés par ce motif que leur auteur était incapable de crime, étant aliéné et irresponsable.

Personne, assurément, ne pourrait nier le caractère pathologique de certaines anomalies sexuelles ; mais cependant il serait bien périlleux pour la justice d'admettre l'irresponsabilité en général pour tous les cas de ce genre. Il n'y a pas de dispositions naturelles qui

©BIUM

soient, plus aisément que les appétits sexuels, perverties par une éducation mauvaise ou par des liaisons vicieuses ; la contrainte nécessaire que la société leur impose, en les empêchant de se satisfaire d'une manière naturelle mais illégitime, contribue jusqu'à un certain point à en favoriser la dépravation chez des natures faibles ou perverses. Les crimes commis dans de telles conditions sont évidemment de même ordre que ceux qui sont dus à la passion ou aux appétits en général ; et lorsque, comme cela se produit fréquemment, ils résultent d'une longue pratique du vice qui porte celui-ci à chercher sa satisfaction dans des stimulations contre nature, on a de la peine à comprendre comment la responsabilité peut en être le moins du monde amoindrie.

Même dans les faits pathologiques, le degré de responsabilité peut être mis en question. Ainsi, par exemple, il n'est pas entièrement évident qu'une tendance qui, dans la moitié de l'espèce humaine, est naturelle et physiologique, doive nécessairement entraîner l'irresponsabilité absolue lorsqu'elle se présente exceptionnellement chez un individu de l'autre moitié. Et cependant les tribunaux et les jurys des États-Unis n'ont point, du moins en règle générale, appris à estimer ou à reconnaître les atténuations de la responsabilité. La pratique habituelle est de ne point établir de degrés dans les cas où il est question de folie ; aussi, comme résultat, nous est-il donné à l'occasion de voir condamner à l'échafaud un véritable aliéné, comme Guiteau, ou, ce qui est encore bien plus fréquent, de voir complètement absoudre des individus dont l'irresponsabilité complète ne prête à rien moins qu'à un doute sérieux.

On pourrait mettre ici en avant la répugnance qu'il peut y avoir à prononcer la peine de mort contre une femme, répugnance qui entre peut-être plus profondé-

©BIUM

ment qu'ailleurs dans l'esprit des gens de la contrée où l'affaire s'est déroulée et qui les dispose, lorsqu'ils sont appelés à faire partie d'un jury, à se montrer plus favorables que d'autres à accepter n'importe quelle excuse pour un crime indéniable. Si c'eût été un sodomiste homme qui, pour les mêmes motifs, eût assassiné son complice passif, il est très probable, pour ne rien dire de plus, que l'excuse de folie eût été sans succès ; la cour et le jury auraient peut-être, au contraire, regardé la perversion sexuelle comme une circonstance aggravante du crime. A ce point de vue, les dangers de ce précédent pour l'avenir seraient énormément amoindris. Et cependant il est difficile de voir une différence essentielle entre les deux cas, à moins que, dans l'un ou dans l'autre, on ait eu l'occasion de relever des tares héréditaires ou des phénomènes antérieurs de folie. Pour ce qui concerne le fait spécial que nous avons envisagé, rien de semblable ne paraît avoir existé et, jusqu'au moment du meurtre, il n'y avait aucune présomption de perturbation ou de défectuosité mentale ; jusqu'à ce moment, la jeune femme avait bien tenu sa place dans le monde, et ses tendances anormales n'avaient rien d'assez marqué pour se manifester dans sa conduite extérieure.

Il se fait régulièrement aux États-Unis, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, un peu d'agitation relativement à l'introduction des femmes parmi le personnel médical des asiles ou autres établissements d'aliénés. Dans plusieurs États les chambres, législatives ont été saisies de projets de loi pour rendre cette introduction obligatoire ; un ou deux États ont voté les projets. Dans l'État de New-York, un projet a été mis à l'étude, il y a un an ou deux, tendant à ce que les femmes aliénées ne soient traitées que par des médecins de leur sexe. Cependant ce projet de loi n'a point abouti ; mais on peut s'attendre

©BIUM

à voir, là ou ailleurs, se produire ultérieurement des projets du même genre et leur succès n'est point impossible. Pour le moment, il y a des femmes médecins dans un certain nombre d'asiles publics d'aliénés, et il est d'autres établissements où le personnel médical en a compté au milieu de lui pendant un temps plus ou moins long. Il serait naturel que le soin de décider de leur utilité fût laissé aux médecins en chef ou aux directeurs des asiles ; mais ceux qui prétendent que les femmes médecins doivent nécessairement faire le service médical de ces asiles, soutiennent qu'une loi est nécessaire pour vaincre la répugnance que les hommes médecins ont à leur abandonner une partie de leur autorité. On ne peut pas dire assurément que cette répugnance et l'opposition qui en est la conséquence ne soient pas naturelles.

Dans les petits asiles où le personnel médical ne comprend que deux ou trois médecins, les difficultés à résoudre seraient tout à fait sensibles. La femme médecin n'est que rarement apte à remplacer un collègue homme dans toutes les circonstances, et il n'est même pas désirable qu'on ait à le lui demander. De là, pour elle, une incapacité correspondante à remplir le service médical, incapacité qui n'existe pas là où il n'y a que des hommes. Quelquefois même, cela peut donner lieu à de graves inconvénients. Dans les plus grands asiles, où le personnel médical est nombreux, les objections à faire sont bien moindres. Une autre considération, dont on peut penser ce que l'on voudra, paraît mise en avant par quelques-uns de ceux qui mènent le mouvement dont nous parlons ; ils semblent dire que le personnel actuel des asiles ne convient pas pour les soins à donner aux femmes aliénées. Il est du moins difficile d'interpréter autrement la proposition qu'ils font de ne confier les femmes qu'à des médecins de leur sexe. Cependant nous avons à ajouter que rien de sem-

©BIUM

blable n'a encore été formulé d'une manière expresse dans aucune loi ou dans aucun projet.

Une des raisons qui ont été avancées pour justifier la nécessité des femmes médecins repose sur une évaluation très exagérée de la fréquence des maladies sexuelles chez les aliénées et de leur importance comme cause de perturbations mentales. Partant de ce fait, on a soutenu qu'il était éminemment convenable de mettre les aliénées entre les mains des femmes médecins, parce que celles-ci pourraient instituer la thérapeutique gynécologique sans causer la moindre gêne morale et le moindre embarras aux malades, qui, autrement, se verraient exposées à la négligence. Mais l'expérience des asiles, y compris ceux qui ont parmi leur personnel des femmes spécialement occupées de gynécologie, ne justifie pas cette manière de voir. Sauf dans les plus grands asiles, le champ de la pratique des maladies des organes génitaux n'est guère étendu, et il est vraiment injuste de dire que les médecins en fonctions pourraient ne pas faire tout ce qui dépendrait d'eux pour ne pas chercher à guérir ces maladies, pour ne pas ménager avec soin la délicatesse et la pudeur des femmes, dont quatre-vingt-dix-neuf pour cent n'auraient jusque-là été probablement jamais traitées par d'autres personnes que par des hommes médecins.

Laissant d'ailleurs de côté toute considération de sentiment, toute idée, juste ou non, que l'on pourrait se faire de l'attribution privilégiée aux femmes des fonctions qui conviennent à leur sexe, on peut admettre que si leur intervention n'est indispensable nulle part, il y a cependant quelque chose à faire dans les plus grands asiles d'aliénés pour celles qui ont acquis quelque compétence médicale. Dans les petits asiles, au contraire, leur champ d'action est limité, et là où il pourrait leur arriver de prétendre remplacer l'homme médecin, leur introduction

©BIUM

se ferait au détriment du service. Il y a en effet peu de femmes, si même il y en a, qui voudraient ou qui pourraient faire face à toutes les obligations qu'impose ce service à ceux qui en sont chargés. Il y a actuellement dans les asiles quelques femmes médecins qui exercent d'une manière satisfaisante ; mais il y en a eu quelques-unes qui, pour diverses raisons, ont été tout à fait au-dessous de leur tâche. Si leur accession à des emplois où leur sexe aurait dû présenter des avantages a présenté au contraire des inconvénients qui ont obligé à les révoquer, on peut en conclure, à notre avis, ou bien que l'expérience a été malheureuse, ou bien que les arguments et le zèle déployés en leur faveur n'ont pas été judicieux. Les propositions qui ont été faites, et que nous avons mentionnées, de ne confier le traitement des femmes aliénées qu'à des personnes de leur sexe, montrent bien que la dernière conclusion est la plus vraie et que le mouvement créé dans ce sens est bien inconsidéré.

Dr H. M. Bannister.

Hampton (Connecticut), 15 novembre 1892.

©BIUM

Pathologie

LES CAUSES

DE LA

PARALYSIE GÉNÉRALE

(STATISTIQUE DE L'ASILE SAINT-YON)

par le Dr NICOULAU,
Médecin-adjoint de l'établissement.

L'examen de la paralysie générale, sous l'aspect étiologique, est, depuis plusieurs années, une question si souvent remise à l'ordre du jour, de congrès en congrès, de thèse en thèse, de discussion en discussion, qu'il nous a paru intéressant, à nous aussi, de rechercher dans le petit domaine de notre observation journalière, les éléments propres, non pas à résoudre le problème posé, — chose éminemment délicate, — mais, tout au moins, à en éclairer quelque peu plus les inconnues.

Chaque statistique nouvelle, en effet, apporte avec soi des notions particulières qui viennent augmenter insensiblement le faisceau des vérités acquises. Mais, pour atteindre pleinement le but visé, il est des conditions essentielles que doivent remplir ces sortes de travaux : complète bonne foi de la part du scrutateur,

©BIUM

impartialité entre les diverses doctrines émises et défiance extrême de lui-même dans les interprétations qu'un tempérament plus ou moins poétique, plus ou moins imaginatif, le porterait quelquefois à donner ; il ne faut pas qu'il dise, par exemple : « *cela pourrait être ainsi, donc cela doit être* », simplement parce que son penchant l'entraîne, mais bien : « *cela n'est pas net, cela n'est pas précis*, et s'en ira grossir le chiffre des rebuts », c'est-à-dire, dans l'espèce, le nombre des malades entrés sans renseignements.

Rebuts est bien le nom qui convient ici à ce *caput mortuum* dont est fatalement encombrée toute statistique, et qui, souvent, constitue une source d'erreur ; voici en quoi : un ensemble de faits, de gens, de malades, si l'on veut, étant donné, il y a lieu de rechercher combien d'entre eux présentent une particularité quelconque.

Si cette particularité se montre à l'œil nu, si elle est claire, patente, évidente, la sélection est vite faite et le résultat de l'examen se traduit par une fraction dont le numérateur indique le chiffre empiriquement trouvé, tandis que le dénominateur sera représenté par le *total* de l'ensemble primitif. Mais, qu'au contraire, il s'agisse d'établir une statistique dont l'objet peut être assez délicat à poursuivre et d'une essence telle qu'une certaine partie, un groupe de l'ensemble reste sans avoir donné de réponse aux recherches entreprises, serons-nous encore en droit de représenter le dénominateur de notre fraction par le total général des individus ou des faits constituant la somme initiale ? Evidemment non, puisque x d'entre eux seront restés pour nous lettre morte et qu'ils peuvent aussi bien être pourvus que dépourvus de l'objet précis de nos investigations. Pour procéder correctement, nous devrons donc laisser x de côté et appliquer à notre

©BIUM

fraction le dénominateur $(A - x)$, si l'on représente par A l'ensemble donné.

C'est ainsi que nous-mêmes, comme on le verra plus loin, nous avons omis de comprendre dans notre pourcentage vingt-sept paralytiques sur lesquelles tout renseignement faisait défaut. Est-ce l'alcool, la syphilis, une hérédité quelconque, etc., qui ont, chez ces vingt-sept malades, déterminé la production de la méningo-encéphalite diffuse? Nous l'ignorons absolument : le processus pathologique peut, chez elles, avoir des sources figurant parmi ces dernières, comme il pourrait invoquer aussi bien l'une ou l'autre, ou plusieurs même de celles qui composent notre tableau. Tout ce qu'il nous est permis de dire, par conséquent, c'est que sur *tant* de malades *connues*, il en est un nombre de... qui paraissent relever de tel ou tel facteur étiologique ; tout ce que nous pouvons faire, c'est baser sur ces chiffres seuls notre proportion. La chose tombe sous le sens ; il y aurait mauvaise grâce à vouloir y insister davantage.

De là, vraisemblablement, de l'inobservation de ce détail ou de sa mise en pratique, découlent, pour une certaine part, les divergences énormes qui séparent des statistiques, appuyées, cependant, de noms éminemment recommandables. Une autre raison en est aussi dans l'étroitesse de point de vue, tous les jours plus grande, où semblent se restreindre les observateurs. Pour les uns, c'est la syphilis qui constitue la cause par excellence de la paralysie générale ; d'autres, écartant ce facteur d'une manière rigoureuse, ne sauraient trouver ailleurs que dans l'alcool le coupable méconnu ; un tiers survient, qui met tous les désordres de la maladie de Bayle sur le compte d'une suractivité cérébrale trop constante... De sorte que, soit au Midi, soit au Nord, de-ci, de-là, — chacun ayant son objectif, — se produit,

©BIUM

sans aucun doute, le fait suivant : dans un sujet très varié d'aspects et qui, chaque jour, le devient encore davantage,

> Les chercheurs ne savent plus voir,
> Que la couleur qui peut leur plaire...

et cela, le plus innocemment du monde, avec la meilleure foi possible.

Que telle soit ou non la raison à invoquer, la chose n'en existe pas moins, et — toute question personnelle mise à part — les affirmations les plus contradictoires se donnent carrière.

Ainsi voit-on M. Kjellberg, en Suède, et, comme lui, beaucoup d'aliénistes allemands, déclarer volontiers que *toujours* la paralysie générale prend son origine dans une syphilis latente ou perceptible — individuelle ou ancestrale; M. Régis produire au Congrès de Rouen (1) un pourcentage de 90.90 syphilitiques, et M. Anglade, dans une thèse récente (2), donner la proportion significative de 81.08 p. 100 : soit 30 infectées sur un total de 37 paralysées; — ceci, tandis que M. A. Voisin (3) ne rencontre, lui, que 9 individus contaminés sur 560 malades. D'un autre côté, M. Régnier (4) conclut à un simple parallélisme entre les deux affections, opinion précédemment formulée par M. Christian, en 1889 (5); déjà, dans l'*Union médicale*, en 1880, le même M. Christian nous avait signalé une observation portant sur 2,000 vérolés traités par Lewin: dans ce nombre, il n'y en avait pas eu 1 p. 100 qui évoluât vers la paralysie générale.

---

(1) *Comptes rendus*, p. 44.
(2) Bordeaux, 1891. Rapports de la Syphilis et de la Paralysie générale.
(3) *Comptes rendus*, p. 74.
(4) *Comptes rendus*, p. 35.
(5) Congrès de Paris. — *Comptes rendus*, p. 480.

©BIUM

A leur tour, M. Paul Garnier (Congrès de Paris) et M. Max. Dubuisson (Congrès de Rouen), opérant l'un et l'autre sur des chiffres élevés de malades, trouvent, entre l'intoxication alcoolique et la méningo-encéphalite, des rapports remarquables, qui, traduits graphiquement, donnent des courbes parallèles et « d'une allure presque absolument uniforme. On voit les coordonnées des deux courbes s'élever et s'abaisser à des époques contemporaines. Les deux affections, au point de vue de leur fréquence relative, marchent de concert, participant aux mêmes oscillations et témoignant par cette uniformité d'allures d'une dépendance bien significative. S'il est vrai qu'il puisse y avoir dans cette simultanéité la traduction des influences d'un même milieu, il semble bien aussi qu'il faille faire intervenir l'action directe de l'alcoolisme sur la fréquence corrélative de la paralysie générale... Je suis de ceux qui pensent que l'intoxication alcoolique est le facteur pathogénique le plus puissant de l'encéphalite interstitielle diffuse... (1) »

Si nous poursuivons nos investigations, nous voyons ensuite que le professeur Ball (2) regarde les excès vénériens comme la cause majeure à invoquer dans la genèse de la maladie, tandis que M. Lemoine et M. Charpentier la trouvent plutôt dans l'arthritisme (3). Enfin, M. Taguet, opérant dans une région maritime où sont fréquents les excès alcooliques et probablement aussi les stigmates de Vénus, constate, à l'asile de Lesvellec, l'absence presque complète de paralytiques généraux (4). A un autre point de vue, M. Milan Vassitch, médecin serbe, fait, par l'intermédiaire de M. Ritti, secrétaire général du Congrès, une communi-

(1) Congrès de Paris, p. 336.
(2) Pichon. — *Folies passionnelles*, p. 73.
(3) Congrès de Paris, p. 280 et 286.
(4) Congrès de Paris, p. 262.

©BIUM

cation analogue en ce qui concerne son pays : il y aurait là fréquence de la syphilis et rareté de la méningo-encéphalite (1).

Au fond, la divergence entre tant d'opinions contraires est-elle peut-être moins accusée qu'il n'y paraît; et cela, parce que, nous le répétons, chacun des observateurs a pu n'étudier qu'un mode occasionnel de la manifestation. Toutes les causes produites sont vraisemblablement à invoquer, une fois ou l'autre, dans l'étiologie de la paralysie générale ; mais, alcoolisme, vérole, surmenage, débauche et *tutti quanti*, ne sont le plus souvent que des adjuvants à l'égard les uns des autres, ou (qu'on nous passe l'expression, en faveur de l'image) que des agents d'explosion tombant sur un sol longuement élaboré par voie dégénérative, soit personnelle, soit héréditaire, que cette dégénération ancestrale se montre sous les formes nerveuse, congestive, alcoolique, syphilitique ou même vésanique.

Car, quoi qu'on en ait dit, et tout dernièrement encore M. Pichon (2), la diathèse congestive et les affections cérébrales en général ont bien aussi leur influence sur la production descendante de la paralysie. Maint observateur a, depuis longtemps, mis en évidence le nombre relativement considérable des tares phrénopathiques chez les ancêtres du paralysé. Pour ne citer que quelques noms, nous indiquerons au passage : M. Ramadier qui, au Congrès de Paris (p. 298), sur 79 malades observés, trouve l'hérédité alcoolique 22 fois, l'hérédité congestive 20 fois, l'hérédité vésanique 16 fois; — M. Cullerre, qui fait « une *large part* à l'hérédité dans la genèse de cette affection en général (3) » ; — MM. Christian et Ritti, qui, dans l'article *Paralysie générale* du

(1) Congrès de Paris, p. 492.
(2) G. Pichon. — *Folies passionnelles*, p. 60 et suivantes.
(3) *Traité des maladies mentales*, p. 346.

©BIUM

Dictionnaire encyclopédique, disent : « Si l'hérédité similaire est rare, observe-t-on plus fréquemment l'hérédité vésanique?... Nous ne croyons pas qu'on puisse émettre un doute à cet égard et nous possédons *un assez grand nombre d'exemples* qui rentrent dans cette catégorie... (1) » Pour remonter un peu plus haut, Calmeil, dans le *Dictionnaire* en 30 volumes, déclare avoir trouvé « plus d'un quart des paralytiques comptant dans leur parenté des mélancoliques, des maniaques, des déments, des hémiplégiques, des épileptiques, des sujets atteints d'encéphalite. » Et il ajoute : « Toutes les familles ne consentent pas à avouer ces infirmités et l'on peut avancer hardiment que l'hérédité existe sur un tiers des aliénés paralytiques. » — « Et Marcé, poursuit Foville (2), se demande si cette évaluation n'est pas au-dessous de la réalité...» Foville lui-même, réagissant contre certaines tendances visant à négliger totalement l'hérédité vésanique lorsqu'elle se rencontre dans des familles de paralytiques, cite quelques exemples où cette étiologie ne saurait être mise en doute. M. Marandon de Montyel en fait autant (3). Enfin, M. le Dr Giraud, notre chef de service, basant sur vingt années (1853-1872) des recherches statistiques à ce sujet, trouve une proportion de 28 héréditaires par 100 malades examinés; « il a reconnu, en même temps, qu'un père atteint de paralysie générale pouvait léguer à ses enfants la tendance héréditaire à être atteints de la même maladie ou de quelque autre forme d'aliénation mentale (4) ».

Aujourd'hui, nos recherches paraissent, *a priori*, avoir atteint un résultat inférieur ; au fond, il n'en est rien ;

(1) T. LXXIII, p. 14.
(2) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. XXVI, p. 94.
(3) *Annales médico-psych.*, 1878, II, p. 341 et suivantes.
(4) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, t. XXVI, p. 94.

©BIUM

car, si le groupe général de l'hérédité ne comprend que 21 sujets, — ce qui donnerait seulement la proportion de 20.77 p. 100, — il nous semble juste d'ajouter à ce nombre celui de 11 unités représentant les cas où nous avons trouvé chez la malade arrivée à l'asile sans renseignements positifs, des traces évidentes d'hystéricisme ou d'autres tares nerveuses personnelles ; c'est un fait généralement admis aujourd'hui que le nervosisme, surtout dans ses formes frustes, constituerait l'indice d'une hérédité plus que douteuse. Nous laisserons de côté le tempérament congestif et la femme classée sous la rubrique « Faiblesse mentale native », que nous pourrions, peut-être, revendiquer au même titre. Cet appoint n'augmenterait, d'ailleurs, pas sensiblement notre proportion, qui devient, dès lors, égale à $\frac{32}{101}$, soit 31.66 p. 100, chiffre qui réalise, comme on voit, les prévisions de Calmeil.

Parmi ces 32 malades, celles affectées d'hérédité congestive sont en petit nombre. Ce facteur ne présente pas ici le caractère de prépondérance que lui attribuent, en majorité, les auteurs qui ont fait des recherches sur l'hérédité dans la paralysie générale ; tels, par exemple, que MM. Doutrebente (1), Bouchoir (2), et, sans compter ceux que nous avons déjà cités plus haut, Falret, Lunier, Legrand du Saulle, Foville, etc. A quoi est due cette notable dissemblance entre les résultats obtenus par nous et ceux trouvés par nos prédécesseurs? C'est ce qu'il serait, sans aucun doute, difficile d'expliquer ; nous ne le tenterons donc nullement ; le fait est là : la seule déduction à en tirer c'est que, chez des paralytiques, nous rencontrons, peu fréquente, il est vrai, mais patente néanmoins, l'hérédité congestive.

(1) *Thèse*, Paris, 1870.
(2) *Thèse*, Paris, 1874.

©BIUM

Nous ne pouvons pourtant pas négliger de faire remarquer, à ce propos, combien est juste encore aujourd'hui la parole de Calmeil, déjà notée : « Toutes les familles ne consentent pas à avouer ces infirmités... » Elles répugnent, toujours ou peu s'en faut, à reconnaître dans un de leurs ascendants ou collatéraux la tare quelconque dont il est porteur : l'expérience nous le démontre chaque jour ; ce n'est qu'à force de circonlocutions et de pièges oratoires qu'on parvient à tirer de certaines personnes ce qu'elles sont habituées à regarder comme un déshonneur, ce dont elles ne parlent, même à leur médecin, qu'avec un malaise évident. Et ce sentiment nous a paru d'autant plus accusé que l'on s'élève davantage dans l'échelle sociale ; de sorte qu'il semblerait (c'est une simple vue personnelle et nous n'oserions rien affirmer) qu'un médecin de maison privée fût, peut-être, moins qu'un autre en situation de contrôler les origines de ses malades.

Quelle que soit, d'ailleurs, l'opinion qu'on peut se faire du rôle de l'hérédité immédiate dans l'étiologie de la paralysie générale, il y a lieu de considérer comme parfaitement raisonnable et digne d'attention ce sentiment qui consiste à regarder comme dès longtemps préparé le terrain sur lequel évoluera la méningo-encéphalite. Il faudrait, pour quelques médecins, qu'une sorte de réceptivité spéciale fût nécessaire pour que devienne fécond le germe d'où naîtra occasionnellement la maladie. Les auteurs de l'article *Paralysie générale*, dans le *Dictionnaire des Sciences médicales* (1), M. Régis (2), M. Lemoine (3), M. Charpentier (4), etc.,

(1) Tome LXXIII, p. 15.
(2) Congrès de Paris, p. 491.
(3) Congrès de Paris, p. 280.
(4) Congrès de Paris, p. 286, et *Annales médico-psychologiques*, 1887, t. I, p. 289.

©BIUM

nous semblent être de cet avis, à des points de vue un peu différents, il est vrai, mais qui tous reviennent à dire, ou peu s'en faut, que le candidat paralytique n'est autre chose qu'un dégénéré. Nous nous rallions volontiers à cette donnée, car elle paraît plus séduisante que toute autre, à considérer les faits habituellement observés dans le domaine psychiâtrique en général ; nous nous y rallions, mais sans exclusivisme pourtant, persuadés que c'est toujours commettre une faute que d'être exclusif, en médecine surtout. Nous croyons plus juste de penser que si, dans la majeure partie des cas, cette conception est la plus digne de créance à nos yeux, il en est d'autres, en petit nombre, où, *jusqu'à plus ample informé*, quelqu'un des facteurs mis en avant d'ordinaire pourrait agir, à l'état plus ou moins isolé. Nous estimons, en somme, que par le temps de dégénérescence où nous vivons, et en présence des faits contradictoires cités de divers côtés ou présentés par nous, l'intransigeance ne saurait être de mise et qu'un sobre éclectisme doit dominer la question passionnante que nous étudions aussi bien que toutes celles analogues.

C'est à de pareilles considérations, ajouterons-nous, que devraient obéir tous les observateurs qui, jaloux d'atteindre la vérité, la recherchent avec conscience dans leur rayon d'action, empressés d'apporter leur pierre à l'œuvre commune ; il les faudrait, par suite, non moins disposés à s'incliner devant l'évidence des résultats finalement obtenus. Et, puisqu'il nous est donné de revenir incidemment sur les règles propres à augmenter la certitude des statistiques ainsi dressées, nous traiterons de quelques points secondaires habituellement négligés. Le premier aurait pour objet de rendre ces relevés plus comparables entre eux. Quand, en arithmétique, on veut mettre en parallèle plusieurs éléments fractionnaires, on commence, nous le savons, par les

©BIUM

réduire au même dénominateur. Ne devrions-nous pas, en quelque façon, agir de même dans l'étude des causes de la paralysie générale, et ne pas nous contenter de résultats bruts exprimés par un nombre ? N'est-il pas facile de concevoir que les résultats des comparaisons entre pourcentages seraient plus justes, si ces derniers portaient sur une même classe d'individus, par exemple, un même corps d'état, une même caste sociale, un même sexe ? Les régions même où l'on opère ne sauraient être considérées comme valeurs négligeables ; il y aurait certainement lieu d'en tenir compte et, sans pousser, peut-être, jusqu'aux détails climatologiques, ne siérait-il pas de s'occuper, un peu plus qu'on ne semble l'avoir fait jusqu'à présent, des conditions morales, intellectuelles et physiques, où vit la moyenne de leurs habitants ? Ainsi, nous en avons la certitude, le Normand ne donnera pas au terme *sobriété* la même valeur que le Languedocien, outre que, entre deux buveurs de ces contrées différentes, la nature des boissons ingérées aura, pour les partisans de l'étiologie éthylique, une importance capitale. Enfin, pour indiquer un dernier *desideratum* qui a bien sa valeur lui aussi, nous ajouterons qu'il serait à souhaiter que les recherches pouvant véritablement prétendre au nom de statistiques, portassent sur un nombre qui, en infériorité, ne dépassât jamais la centaine. Encore ce chiffre laisserait-il, sans doute, beaucoup de place — beaucoup trop certainement — aux surprises de l'aléa.

Les gros dénombrements sont, évidemment, les meilleurs ; leurs chances de certitude croissent avec la somme des unités mises en œuvre. Le contraire de cet axiome étant également vrai, il s'ensuit que, pour nous, en ce qui concerne les documents que nous allons produire, nous ne saurions donner comme véritablement démonstrative une étude basée sur un nombre modeste, et dont la seule

©BIUM

utilité — nous l'avons déjà dit — consiste dans l'apport de quelques faits nouveaux à la masse des faits semblables déjà recueillis. Notre ambition ne vise pas plus haut que d'aider à la statistique générale, conformément au vœu formulé par M. Ballet, au Congrès de Paris, vœu maintes fois réédité depuis, de congrès en congrès.

Faire donc, pour un laps de temps donné, une enquête aussi sévère, aussi précise qu'il nous a été permis de la pratiquer, sur l'étiologie de la paralysie générale à l'asile Saint-Yon, tel a été notre objectif. Nous l'avons partiellement atteint. Sur 128 femmes paralytiques entrées pour la première fois dans la maison, durant le décennium 1882-1891, 27 nous échappent, faute de renseignements. Il en reste donc 101 qui, envisagées sous le point de vue spécial où nous les étudions, se répartissent comme l'indique le tableau I.

Avant de nous livrer à aucun commentaire sur les chiffres portés à ce tableau, il est bon, pensons-nous, d'exposer en quelques mots le principe de sa confection.

Tout d'abord, persuadé qu'il doit être assez rare que la paralysie générale relève d'une cause unique, nous avons répété verticalement et horizontalement notre série de facteurs étiologiques ; de telle sorte que, se combinant deux à deux, ils puissent, en certaines occasions, jouer réciproquement le rôle principal ou secondaire, le premier figurant d'ordinaire sur la ligne horizontale.

Cette dernière indication ne saurait, pourtant, avoir rien d'absolu ; s'il est vrai que, d'après notre procédé, la syphilis et les excès vénériens semblent, par rapport aux excès alcooliques, avoir eu, dans l'éclosion de la paralysie générale, une action moins importante, il faut ne s'en prendre, ni à nos préférences, ni par ailleurs, à une certitude qui nous fait défaut ; en réalité, nous ne pouvions placer sur la même ligne ces trois facteurs et

Numéros d'ordre	NOMENCLATURE	Hérédité alcoolique.	Hérédité congestive.	Hérédité phrénopathique.	Hérédité phrénopathique et congestive.	Tempérament congestif.	Tempérament névropathique.	Faiblesse mentale native.	Excès alcooliques.	Syphilis.	Excès vénériens.	Onanisme.	Parturition.	Ménopause.	Traumatisme cérébral.	Hyposthénies aiguës.	Misère et privations.	Causes morales.	TOTAUX
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
1	Hérédité alcoolique	1	»	1	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	»	»	»	»	4
2	Hérédité congestive	»	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	3
3	Hérédité phrénopathique	»	»	5	»	»	»	»	1	»	2	»	1	1	1	»	1	1	13
4	Hérédité phrénopathique et congestive	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
5	Tempérament congestif	»	»	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	3
6	Tempérament névropathique	»	»	»	»	»	5	»	3	1	»	»	»	»	»	1	»	1	11
7	Faiblesse mentale native	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1
8	Excès alcooliques	»	»	»	»	»	»	»	20	2	6	»	»	»	»	»	2	2	32
9	Syphilis	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1
10	Excès vénériens	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	»	»	»	2
11	Onanisme	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1
12	Parturition	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	1
13	Ménopause	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	2
14	Traumatisme cérébral	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1
15	Hyposthénies aiguës	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2	1	3
16	Misère et privations	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	6	1	7
17	Causes morales	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	15	15
																		TOTAL	101
	Causes inconnues																		27
																		TOTAL D'ENSEMBLE	128

©BIUM

c'est l'ordre alphabétique qui a été suivi, les deux plus fréquemment invoqués prennent toutefois la tête; de ce que deux malades ont été, en même temps, syphilitiques et alcooliques, il ne s'ensuit nullement que nous voulions donner à penser qu'elles furent, avant tout, des victimes de l'alcool, et que, chez elles, la vérole survenant, ne fit qu'aggraver une situation déjà compromise; nous ne voulons dire ni cela, ni le contraire, non plus; c'est une simple constatation que nous livrons toute brute et sans commentaires aux partisans des deux théories; nous-même, nous ne pouvons guère que nous demander dans quelle mesure la méningo-encéphalite, chez ces deux malades, pouvait être plutôt imputable à l'un qu'à l'autre des deux facteurs. Nous en dirons autant des six unités inscrites dans les colonnes : horizontale 8 × verticale 10.

Ces réserves faites en ce qui regarde ce groupe, — lequel occupe justement le centre de notre nomenclature, — nous ajouterons que, pour le reste des cas, lorsque deux ou plusieurs causes sont venues s'offrir à nous, leur classement s'est effectué de la façon qui nous a paru la plus logique. C'est ainsi que nous avons considéré l'hérédité alcoolique comme la raison majeure de l'affection dans trois cas de paralysie : une fois, elle a agi seule; dans deux autres circonstances, elle a eu pour adjuvants les excès alcooliques et l'onanisme. Reste une quatrième malade, à hérédité mixte; ici encore, nous n'avons pas entendu placer l'hérédité phrénopathique dans un état d'infériorité d'action vis-à-vis de sa congénère : c'est le classement alphabétique qui a tout fait.

Ceci nous amène à parler de la série des causes indiquées au tableau, et de ses divisions ou subdivisions.

Après dépouillement des résultats obtenus dans nos recherches, nous avons pu réduire au chiffre de 17 le nombre des types étiologiques rencontrés.

©BIUM

Nous avons constitué deux groupes principaux : 1° celui des *causes prédisposantes* (1 à 7) ; 2° celui des *causes occasionnelles*, comprenant deux classes : *causes physiques* (8 à 16), et *causes morales* (17). Cette dernière classe serait, en quelque sorte, divisible à l'infini ; elle implique tous les mouvements passionnels, toutes les modifications plus ou moins brusques de l'équilibre moral susceptibles de retentir sur l'économie psychique.

Les termes dont nous avons usé sont courants et de compréhension facile, excepté le n° 15, qui demande une explication particulière. Nous avons désigné, sous le nom collectif d'*hyposthénie aiguë*, cet état d'épuisement physique que laissent derrière elles les fatigues extrêmes longtemps prolongées ou les convalescences de maladies graves : c'est de l'anémie aiguë d'une nature particulière. Presque toutes les unités portées à ce facteur représentent des excès de fatigue corporelle, le plus souvent joints à la misère, comme on voit ; la seule qui diffère signale une fièvre typhoïde survenue chez une malade probablement héréditaire, vu son tempérament ($H^6 \times V^{15}$).

Ces explications fournies, reste à examiner les résultats obtenus. Les gros chiffres sont seuls intéressants. En première ligne, nous placerons le groupe des hérédités proprement dites, qui comprend vingt et une personnes, dont voici les origines détaillées (*V. tableau II*) :

La malade figurant au n° 1 (colonne 2) présentait de l'hérédité accumulée : père et grand-père intoxiqués ; celle du n° 4 avait sa mère aliénée, son père alcoolique. De même, un des collatéraux de la femme inscrite au n° 5 était fou, et l'un de ses géniteurs congestif. Il nous a fallu, dans la nomenclature, numéroter séparément ce cas particulier parce qu'un autre agent que l'hérédité — les excès alcooliques — semble avoir participé à l'éclosion de la paralysie générale chez le sujet, et que

TABLEAU II

Numéros d'ordre.		LIGNES				
		DIRECTE — Hérédité		MIXTE — Hérédité	COLLATÉRALE — Hérédité	
		unique.	multiple.	multiple.	unique.	multiple.
		1	2	3	4	5
1	L'hérédité alcoolique seule . . . . . a fourni 3 cas, dont	2	1	»	»	»
2	— congestive seule. . . . . — 3 —	2	»	»	1	»
3	— phrénopathique seule. . . . — 13 —	»	»	1	8	4
4	— — et alcoolique. — 1 —	»	1	»	»	»
5	— — et congestive. — 1 —	»	»	1	»	»
	TOTAUX. . . . . 21 —	4	2	2	9	4

page 28 sur 508

©BIUM

©BIUM

notre tableau est insuffisant à signaler plus de deux causes concomitantes. Ajoutons, pour en finir avec l'hérédité, qu'un petit nombre seulement des malades appartenant à cette catégorie ont, par l'évolution plus lente chez elles de l'affection, confirmé la manière de voir de M. Doutrebente (1).

Un des groupes les plus remarquables est celui formé par l'ensemble des excès alcooliques : il compte 32 individus. Si, pour éviter toute interprétation contestable, nous défalquons de ce chiffre 12 cas considérés comme secondaires, uniquement en raison de la place qu'ils occupent dans la série, nous restons en face de 20 femmes chez lesquelles aux accès d'alcool seuls reste imputable l'étiologie de la méningo-encéphalite. Considérée sous le même aspect, la syphilis ne nous offre qu'un seul fait analogue ; si nous la regardons comme cause prépondérante dans tous les cas où elle figure, nous arrivons au chiffre 4 ; si, par tolérance, nous considérons comme entachés de cet accident pathologique l'ensemble des excès vénériens, où l'on devrait, en bonne règle, l'admettre tout au plus comme possible, nous obtenons, par cette nouvelle adjonction, le nombre maximum de 14 unités ; même seuls, les excès alcooliques l'emportent encore numériquement.

Les causes morales, les privations dues à la misère se montrent chez une grande quantité de nos paralytiques ; le nervosisme également. Quelle est, à vrai dire, la part exacte de chacun de ces facteurs dans la production de la paralysie ? C'est ce qu'il serait difficile d'indiquer expressément, bien qu'il soit permis de supposer que l'ébranlement psychique résultant des unes, l'anémie et l'inquiétude sans cesse renaissante du pain quoti-

(1) Notamment : *Annales médico-psychologiques*, 1879, t. I, p. 226.

©BIUM

dien produites par les autres, doivent agir d'une manière néfaste sur des cerveaux fréquemment prédisposés. Et puis, le misérable découragé cherche quelquefois des consolations dans les spiritueux; comme aussi, le malheureux, vaillant encore, s'impose de rudes fatigues que ne compense nullement le maigre profit qu'il en retire. Notre groupe compte de ceux-ci et de ceux-là.

Une transition naturelle nous amène à envisager nos malades sous l'aspect social et à passer en revue les professions exercées par elles.

Dans le tableau que nous en avons dressé (*V. tableau III*), ce sont, comme on le voit, des professions généralement peu relevées qui fournissent de paralytiques l'Asile Saint-Yon, durant le décennium 1882-1891 ; il ne faudrait pas, en effet, se laisser prendre à l'étiquette, parfois mensongère, de la dernière ligne ; elle aurait, en bien des circonstances, besoin d'une épithète ou d'un correctif tels que l'adjectif *avouable*, par exemple. Le chiffre 25 comprend peu de rentières, au sens normal de l'expression : ce sont, en majorité, des ménagères — c'est-à-dire des femmes s'occupant de leur intérieur — qui le composent ; on y compte encore des étoiles de café-concert, des caissières de brasserie et quelques autres dames « de la petite vertu ». La profession de celles-ci peut, à bon droit, être invoquée dans la genèse de la méningo-encéphalite ; nous en dirons autant des prostituées ; les journalières, outre les fatigues souvent très grandes qu'elles supportent, éprouvent le besoin de se stimuler à l'aide de quelques tasses de café toujours fortement alcoolisé ; il en est de même des ouvrières de fabrique et des couturières. Une alimentation à peine suffisante, un travail long, pénible et médiocrement rétribué, des habitudes inhérentes au milieu, suffisent, quand l'inconduite ne vient pas se joindre encore à tant de causes d'affaiblissement physique, pour mettre ces

TABLEAU III

PROFESSIONS	ANNÉES										TOTAUX
	1882	1883	1884	1885	1886	1887	1888	1889	1890	1891	
Blanchisseuses	1	»	»	»	»	1	»	»	»	»	2
Commerçantes	»	»	»	»	»	2	3	»	»	1	6
Couturières	4	1	2	»	3	2	2	2	1	»	17
Cuisinières	»	»	»	»	1	»	»	1	»	»	2
Domestiques	»	»	1	1	»	»	1	3	1	3	10
Gardes-malades	»	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1
Journalières	5	2	7	2	3	9	7	4	4	6	49
Lingères	»	1	1	»	»	»	»	»	1	1	4
Ouvrières de fabriques	»	1	»	»	2	1	1	2	1	»	8
Prostituées	1	»	»	»	»	»	»	1	»	1	3
Repasseuses	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1
Sans profession	»	5	1	2	2	»	3	4	4	4	25
TOTAUX	11	10	12	5	12	15	18	17	12	16	128

page 31 sur 508

©BIUM

©BIUM

travailleuses dans un état d'infériorité sanitaire vraiment propre à les prédestiner. Ajoutons, de plus, le surmenage cérébral, suite des difficultés sans cesse renaissantes de la vie, l'impossibilité où se trouve souvent cette malheureuse classe d'observer les plus élémentaires indications de l'hygiène, et nous obtiendrons une somme causale plus que suffisante pour expliquer le développement de la maladie. Tous les petits métiers en sont là : lingères, blanchisseuses, repasseuses, etc. ; pour celles-ci comme pour les cuisinières, peut-être faut-il, de plus, incriminer la chaleur des fourneaux indispensables à leurs occupations (1). Les commerçantes ont le souci de leurs affaires, à peine suffisantes pour vivre ; car, les femmes désignées sous cette appellation sont, pour la plupart, d'humbles mercières ou d'infimes marchandes : fruitières, épicières, ambulantes, etc. Quant au petit nombre de nos rentières, ce sont des causes morales ou l'alcool qui les ont conduites à Saint-Yon.

Le tableau que nous venons d'examiner, outre la division par professions des paralytiques entrées à l'Asile de 1882 à 1891, permet encore de se rendre compte du chiffre annuel de ces admissions (V. Totaux : ligne horizontale). Ce chiffre oscille entre 5 et 18 comme points extrêmes. La moyenne des dix années égale 13, à quelques dixièmes près ; or, si une courbe était dressée à l'aide des nombres annuels successifs, il serait loisible de voir que, à dater de 1886, cette courbe, qui toujours jusque-là s'est montrée inférieure à la moyenne, prend un brusque essor et, sauf en 1890, où elle redescend à 12 unités, se maintient constamment dans les régions élevées de son champ d'évolution. Cette marche ascensionnelle frappera l'esprit d'une manière plus précise encore si, divisant la période étudiée en deux lots

(1) Cullerre, *Maladies mentales*, p. 347.

©BIUM

de cinq années chacun, nous faisons la somme des chiffres afférents à chacune des années composantes. De 1882 à 1886, nous trouvons 50 paralytiques, et 70, c'est-à-dire 20 en plus, de 1887 à 1891. Ce qui démontre bien nettement, encore une fois, que la méningo-encéphalite croît en fréquence d'une manière continue.

Nous ajouterons encore deux mots sur quelques autres conditions propres à nos malades, et qui peuvent avoir eu leur rôle causal dans la genèse de l'affection cérébrale qui les a frappées. C'est ainsi que nous considérerons successivement : 1° leur âge ; 2° leur état civil ; 3° leur manière de vivre ; 4° le lieu de leur domicile ; 5° les habitudes locales ambiantes ; 6° leur état physique, intellectuel et moral.

Age. — Ces 128 femmes ont été séquestrées à des âges assez différents, puisque la plus jeune d'entre elles avait 24, et la plus vieille 58 ans. D'autre part, savoir avec exactitude l'époque où chez chacune d'elles a débuté la cérébropathie, est chose absolument impossible en bien des circonstances. Mais, si nous remarquons que l'on n'interne guère les malades qu'au moment où l'affection est suffisamment confirmée pour qu'ils deviennent incommodes à leur entourage, — ce qui permettrait de supposer chez toutes une période initiale, sinon tout à fait égale, du moins susceptible de faibles écarts en général, — il y aura lieu, pensons-nous, de considérer comme valable, en tant que donnée statistique, l'âge de l'entrée, et de baser là-dessus notre moyenne. Le résultat vient, d'ailleurs, confirmer notre raisonnement : nous trouvons comme moyenne 40 ans 3 mois, ce qui est, en quelque sorte, le « bel âge » de la paralysie générale en période d'évolution. Ce chiffre est, à peu de chose près, celui fourni par les deux paralytiques occupant les points extrêmes de l'échelle : $\frac{24 + 58}{2} = 41$.

©BIUM

Relativement à l'âge, nos malades ne présentent donc rien de particulier.

État civil. — Il en est de même pour l'état civil : les femmes mariées (67) l'emportent sur les célibataires (40), aussi bien que sur les veuves (21), et même sur le total de ces deux groupes.

Modus vivendi. — L'étude des professions a déjà révélé que nous avons surtout affaire à de petites gens, vivant pour la plupart, au jour le jour, péniblement, pauvrement, ou tout au moins dans la gêne : nous parlons des ouvrières; ou bien à des femmes de plaisir, habituées d'ordinaire au superflu, mais coutumières aussi d'une existence mouvementée où le surmenage tient grandement sa place, où surgissent par intervalles les disparates les plus complets, où la chère lie de la veille est remplacée par la disette du lendemain. Une sorte de détraquement général, de surexcitation nerveuse chez celles-ci; l'anémie, la chlorose, la misère physiologique sous toutes ses formes, pour celles-là, prédisposent les unes et les autres à la périencéphalite. Notons encore les facteurs accessoires habituellement invoqués : l'alcool, la syphilis, les peines morales, les abus de toute nature, selon l'occurrence ou la position occupée par la future malade, et la mesure sera comble.

Quant aux rentières, commerçantes, etc..., en fort petit nombre d'ailleurs, qui figurent dans nos tableaux, nous avons eu déjà l'occasion de parler d'elles, à propos des professions, et nous n'y reviendrons pas.

Domicile. — Les recherches faites sur le domicile occupé depuis un certain temps par les 128 paralytiques en question, ont donné une proportion de 111 cas pour la ville et 17 seulement pour la campagne. Ce qui vient à l'appui de la théorie généralement admise qui ferait de la méningo-encéphalite une maladie essentiellement urbaine. Il est certain que la vie rurale est plus saine,

©BIUM

plus active, moins difficile et surtout, partant, plus exempte de soucis, de privations et de mécomptes. Aux champs, les excès se montrent aussi moins fréquents ou plus facilement supportés, s'il s'agit de l'alcool ; quant aux maladies vénériennes, elles y sont particulièrement rares.

Habitudes locales. — Milieu. — L'être vivant subit, avant toute chose, l'influence du milieu où il s'élève. Dans la classe populaire à laquelle appartiennent presque toutes nos malades et dans les villes d'où procèdent la majeure partie d'entre elles, les premiers exemples que l'enfant a sous les yeux consistent, le plus souvent, en des scènes où le trois-six tient la place d'honneur ; tout jeune, il apprend, à l'exemple de ses parents, à remplacer une nourriture plus substantielle par du café fortement *consolé;* d'autre part, l'influence d'un climat essentiellement variable en toutes saisons, mais plus particulièrement humide et froid durant les trois quarts de l'année, entre-t-elle aussi pour beaucoup dans ce besoin d'un calorique artificiel que paraît chercher dans les spiritueux la population normande tout entière.

Quelle qu'en soit la raison, le fait n'existe pas moins, de par les statistiques les plus autorisées, que la Seine-Inférieure est, de tous les départements français, celui où règne le plus tyranniquement l'alcoolisme (1). La question de sexe importe peu : « c'est que, en effet, — écrit Lunier en 1877, — depuis un certain nombre d'années, en Bretagne et en Normandie, les excès alcooliques sont devenus presque aussi communs chez les femmes que chez les hommes... » (Ouvrage cité, p. 221.) Aussi notre tableau I donne-t-il, comme on a pu le voir, une

(1) Consulter : Thèse de Tourdot, Paris, 1886. — Lunier, *Consommation des boissons alcooliques en France* (1877), et *Bulletin de la Société de Tempérance. — Passim.*

©BIUM

prépondérance marquée aux abus de boissons, parmi les causes présumables de la paralysie générale.

Conditions physiques, intellectuelles et morales. — L'état physique de la population à laquelle appartiennent la plupart de nos paralytiques est assez peu brillant : c'est celui qu'on peut attendre de gens placés au milieu de toutes les causes de dégénérescence que nous venons de signaler. Les plus fortunées d'entre elles sont évidemment en de meilleures conditions, mais nous avons vu que c'était là le petit nombre.

Quant à leur manière d'être intellectuelle, chez aucune, pensons-nous, le surmenage spécial aux travailleurs de l'esprit ne saurait entrer en ligne de compte dans la genèse de la méningo-encéphalite. Sur nos 128 malades, 64 savaient ou savent écrire et lire, 12 ne possèdent que la lecture à leur actif scientifique, et 52 sont complètement illettrées. Pas une d'elles n'a reçu d'instruction supérieure ; aucune, à notre connaissance, n'avait de certificat ni de diplôme.

Définir exactement les conditions morales dans lesquelles ont vécu ces femmes est chose assez délicate. Nous ne pouvons guère affirmer quoi que ce soit de précis à l'endroit de celles qui ont une profession avouable. Aussi nous contenterons-nous de faire quelques remarques générales, laissant à chacun le soin d'en apprécier la portée.

La corruption, dirons-nous tout d'abord, est surtout un produit de grande ville ; ses victimes sortent plutôt des rangs inférieurs de la société ; l'exemple, la promiscuité des sexes chez les pauvres et dans les fabriques, une insuffisante connaissance des devoirs, les besoins de l'existence et, le plus souvent, la paresse accompagnée d'une ambition malsaine, sont les principaux agents de sa propagation. Ajoutons, enfin, comme dernier trait local que, si la Normandie est, en France, la

©BIUM

terre bénie de l'alcoolisme, le III[e] corps d'armée, qui a Rouen pour chef-lieu, est aussi le premier de tous en ce qui concerne la fréquence des maladies vénériennes (1). De son côté, la population civile paraît non moins profondément atteinte et la contamination va chaque année progressant, « aussi bien chez les femmes que chez les hommes (2) ».

Une bonne partie de nos paralytiques vient de Rouen; chez elles, nous n'avons cependant rencontré la syphilis qu'un nombre restreint de fois. Nous ne saurions tirer de ce fait des conclusions précises, l'investigation la plus minutieuse n'amenant bien souvent aucun résultat; d'autre part, nous voulons rester impartial jusqu'au bout, et laisser à chacun le droit d'interpréter à sa guise. Nous nous arrêterons donc ici, avec la satisfaction d'avoir su maintenir cette étude dans les strictes bornes que nous avions cru devoir tout d'abord lui imposer.

Février 1892.

---

(1) Dr André, *Normandie médicale*, 1891.
(2) Dr Laurent, *ibid.*, 1892, p. 40.

©BIUM

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

DÉLIRE D'ORIGINE SYMPATHIQUE

PAR LES Drs

PICQUÉ et **FEBVRÉ**

Chirurgien des hôpitaux de Paris et des asiles de la Seine.

Médecin de l'asile de Ville-Evrard.

Dans les quelques lignes qui vont suivre, notre intention n'est pas de faire l'historique de la folie sympathique, historique qui a été si magistralement tracé dans le *Dictionnaire encyclopédique* par M. le Dr Régis. Nous voulons seulement, à l'occasion d'une observation d'un délire sympathique survenu au cours d'une psychose chronique et disparu sous l'influence d'une double intervention chirurgicale, étudier la genèse de certaines idées délirantes surajoutées à un délire primitif, rechercher l'origine de nouveaux troubles intellectuels dont l'éclosion et le développement nous paraissaient être liés à de nouvelles souffrances de l'organisme, établir, en un mot, l'action à distance de certains processus organiques sur le cerveau. Notre attention s'est portée surtout sur la marche du délire dont les éléments se sont tour à tour accrus ou diminués suivant les oscillations de l'état de santé générale de la malade. Comme on le voit, il ne s'agit pas d'un cas de folie sympathique essentielle, puisque les lésions somatiques observées ont été certainement postérieures aux premiers symptômes d'aliénation mentale.

©BIUM

OBSERVATION.

SOMMAIRE. — Alcoolisme et dégénérescence mentale. — Idées délirantes polymorphes. — Hallucinations de la vue, de l'ouïe, du goût, de la sensibilité générale, du sens génital. — Altération de la personnalité. — Kyste hydatique du ligament large (laparotomie). — Corps fibreux faisant saillie dans le vagin (extraction). — Conséquence de cette double opération au point de vue mental.

La nommée C..., femme S..., âgée de trente-neuf ans, est entrée à l'asile de Ville-Evrard le 26 septembre 1890, après un séjour d'un an à l'asile de Villejuif et un mois de liberté dans sa famille. Les renseignements sur ses antécédents héréditaires et personnels font presque totalement défaut. Toutefois, des stigmates physiques de dégénérescence se remarquent: le visage est asymétrique, les oreilles sont mal ourlées, les lobules en sont déchiquetés comme chez certaines personnes scrofuleuses ; dans l'ordre psychique, outre un délire polymorphe, on observe un certain degré de débilité mentale. De l'hérédité nous ne savons qu'une chose, c'est que le père de la malade est mort d'une affection tuberculeuse.

Des habitudes alcooliques invétérées sont venues, par la suite, augmenter la prédisposition à l'aliénation mentale et se sont signalées par des bouffées de délire toxique avec accès maniaques et retentissement fâcheux sur l'organisme.

L'état mental, au moment de l'arrivée à l'asile, peut être ainsi caractérisé : délire alcoolique en voie d'atténuation, greffé sur un état d'infériorité intellectuelle et constitué par des hallucinations de l'ouïe, de la vue, du goût, de la sensibilité générale et viscérale, par la persistance de signes somatiques d'alcoolisme, tels que, tremblement des lèvres et des mains, malaises gastriques, sentiment de faiblesse dans les membres inférieurs.

Les conceptions délirantes de persécution sont surtout très accusées ; la malade prétend que Sainte-Anne (l'asile) la persécute, qu'on s'entend avec un Italien qu'elle a dans le ventre. Son mari est, dit-elle, tourné par les femmes, il la frappe.

Les hallucinations de l'ouïe sont des plus intenses : les voisins, surtout une femme qui demeurait au second, la suivaient par leurs voix ; on disait : « Montez-moi un revolver. » « Carnot lui a dit que son cœur était pourri. »

©BIUM

La croyance à des influences occultes est chez elle absolue; « elle a compris que la physique, que le commissaire de police était avec sa persécutrice ». Les illusions de la vue s'ajoutent à ces troubles multiples; « elle a vu le Président de la Répu- « blique chez des marchands de vin, elle l'a reconnu d'après son « portrait ». Des altérations de la personnalité surviennent ensuite : « quatre Italiens sont maintenant dans son ventre »; elle entend leurs voix qu'elle qualifie les unes de *bonnes*, les autres de *mauvaises;* deux Italiens, ceux de droite, sont pour son mari, les deux de gauche sont pour elle. Ils lui agrandissent la bouche, ils lui changent la tête, ils lui ont mis une tête d'homme en dedans de la sienne; elle n'a plus ses yeux. Ils voudraient tout lui changer; ils substituent à ses organes de femme des organes d'homme. Parfois les hallucinations du sens génital deviennent encore plus manifestes; elle prétend alors que les quatre Italiens la prennent de force, qu'ils la violent l'un après l'autre, qu'ils laissent des traces ignobles sur sa chemise, qu'elle sort de ces odieux attentats complètement exténuée. Les hallucinations de la sensibilité générale et de la vue ne sont pas moins évidentes : il y a toujours un Italien qui veille à ses côtés, elle sent ses mains sur ses épaules, sur son ventre, il lui montre une tête grimaçante pendant qu'elle mange.

Enfin les idées de grandeur apparaissent; elle est connue de tout Paris. — On l'avait électrisée en 1882 et Paris l'a su; tous les journaux parlent d'elle.

Le délire s'est ainsi poursuivi jusqu'au mois de juillet, laissant entrevoir à bref délai un affaiblissement progressif des facultés intellectuelles, entrecoupé d'accès maniaques au moment des règles qui étaient signalées par des ménorrhagies redoutables, nécessitant l'emploi d'hémostatiques. L'examen des organes pelviens, tant par le toucher vaginal que par la palpation et la percussion abdominales, avait permis de reconnaître, depuis plusieurs mois déjà, la présence de deux tumeurs, dont l'une était à gauche, dans la région ovarienne, empiétant déjà sur la ligne médiane et le côté droit, dépassant l'ombilic de deux travers de doigt; tumeur peu mobile, fluctuante et offrant les apparences d'un kyste fortement enclavé dans le plancher pelvien, adhérent à l'utérus ; dont l'autre venait faire saillie à travers le col utérin, sous forme d'une masse blanchâtre, mamelonnée, presque exsangue, à bords circulaires, du volume d'une mandarine, s'étalant en dehors des lèvres du col et étranglée à

©BIUM

sa base qui donnait naissance à un pédicule traversant le canal cervical.

En raison de l'état d'émaciation de la malade épuisée, par des pertes périodiques d'une extrême abondance, une double intervention chirurgicale fut décidée et eut lieu le 5 juillet.

Première opération. — Le col est attiré à la vulve et fixé à l'aide de pinces appropriées. Les lèvres du col sont incisées latéralement pour permettre l'accès facile du corps fibreux: son implantation est large et se fait à la face postérieure de l'utérus près du fond : son volume est celui d'une petite mandarine.

Enucléation du corps fibreux, après incision de la muqueuse par le procédé ordinaire.

Deuxième opération. — Laparotomie médiane. Le kyste est mis à découvert, il est énorme et dépasse l'ombilic de deux travers de doigt : il est réellement inclus dans le ligament large, recouvert d'un feuillet péritonéal manifeste et adhérent au côté latéral gauche de l'utérus.

Le feuillet péritonéal est incisé.

Ponction du kyste. — Liquide transparent avec crochets. La décortication est longue et laborieuse ; le kyste est finalement énucléé sans pédicule. La partie profonde plongeait dans le plancher pelvien.

La poche nécessite une hémostase minutieuse et n'est ni suturée ni drainée. Suture ordinaire de la paroi abdominale.

Plusieurs vomissements eurent lieu dans les heures qui suivirent l'opération, un vomissement se produisit également le 6 juillet, à cinq heures et demie du soir ; puis l'état général redevint satisfaisant, malgré un léger mouvement fébrile accusé par une courbe thermométrique que nous n'avons pas cru devoir reproduire tant les oscillations du thermomètre ont été insignifiantes. La température, en effet, n'a jamais dépassé 38 degrés, chiffre qu'elle a seulement atteint les 5, 8 et 11 juillet ; à partir du 15 juillet, elle est retombée définitivement à 37 degrés. — Le premier pansement se fit le 12 juillet. Les suites opératoires furent très simples ; il se produisit, à la suite, un peu de désunion au niveau du fil inférieur, mais bientôt la cicatrisation fut complètement obtenue.

Du côté du vagin, des injections, avec un litre de sublimé au 1/1000^{e}, étaient chaque jour pratiquées, après le pansement de la plaie abdominale, pour éviter toute cause d'infection. Un tampon de gaze iodoformée était ensuite appliqué, tampon qui

©BIUM

dut bientôt être remplacé par de la ouate hydrophile, en raison de symptômes d'intoxication.

Après quelques jours de soins, tout était terminé de ce côté.

Il nous a paru utile et intéressant de rechercher l'influence d'un tel traumatisme opératoire sur l'état mental, de voir si la thèse de la folie sympathique, si savamment soutenue par le Dr Aram, si bien exposée dans la thèse de M. le Dr Loiseau en 1856, pouvait être rappelée à propos de cette observation.

Disons-le tout de suite, l'espoir d'une guérison radicale ne nous était jamais venue à l'idée. Nous croyons, en effet, ainsi que Parchappe a tenté de l'établir lors de la discussion sur la folie sympathique à la Société médico-psychologique en 1858, que la folie sympathique serait celle qui se développerait avec la souffrance d'un organe et qui disparaîtrait immédiatement avec la lésion de cet organe. Ici, les troubles intellectuels étaient la conséquence de facteurs multiples, au nombre desquels figuraient la prédisposition héréditaire et l'alcoolisme ; leur éclosion était loin d'avoir coïncidé avec les lésions des organes pelviens ; enfin, l'affaiblissement intellectuel précurseur d'une démence incurable, à lui seul, nous enlevait toute illusion. Toutefois, le délire s'était accru de perversions sensorielles, dont le germe pouvait se trouver dans de nouvelles souffrances de l'organisme ; un délire partiel sympathique, si on peut s'exprimer ainsi, avait pu se greffer sur les éléments délirants primitifs. L'état mental post-opératoire a confirmé cette dernière opinion.

Notre examen clinique est poursuivi pendant plusieurs mois. Nous avons pensé nous mettre de cette façon à l'abri de toute cause d'erreur, éviter en particulier de prendre, pour un signe d'amélioration, des lacunes de la mémoire, lacunes parfois observées à la suite d'un traumatisme opératoire et qui peuvent en imposer quand

©BIUM

il s'agit de conceptions délirantes dont la disparition ou la négation sont justiciables de l'oubli, d'une rémission ou d'un affaiblissement en masse des facultés intellectuelles.

D'une manière générale et pour ne pas répéter la première partie de notre observation, il nous a été donné de constater la disparition de toutes les perversions sensorielles qui se rapportaient aux organes abdominaux ou à la sphère génitale. La malade n'a plus d'Italiens dans le ventre, ni à droite ni à gauche ; elle a repris ses attributs féminins, elle n'est plus l'objet de souillures infâmes, elle n'a plus personne à ses côtés pendant son sommeil, elle ne sent plus aucun contact ; les illusions du goût ne se reproduisent plus.

La disparition des illusions du goût, des hallucinations de la vue, de certains troubles de la sensibilité générale a lieu de nous étonner. Il est vrai que l'interprétation délirante, chez une prédisposée surtout, a pu aboutir à toutes ces allégations maladives que nous avons exposées ; la tumeur abdominale s'est sans doute accompagnée de malaises gastriques dont le retentissement sur la sensibilité gustative s'est traduit par des illusions ; pour les hallucinations de la vue ou de la sensibilité générale, la même remarque est admissible, car elles ne se produisaient qu'à l'occasion d'impressions viscérales pénibles dont le point de départ était toujours dans les organes abdominaux.

Au point de vue des conceptions délirantes, notre observation se rapproche beaucoup de celle citée par M. le Dr Régis et observée par le professeur Ball dans le service de M. Moreau (de Tours). Il s'agissait d'un paysan alsacien qui se plaignait d'avoir son curé dans le ventre. « La présence de cet hôte incommode était la cause d'une douleur sourde et permanente ; mais de temps en temps quatre curés du voisinage se réunis-

©BIUM

saient pour tenir un concile dont le siège était dans la fosse iliaque gauche. Les douleurs du malade devenaient alors intolérables. Cet aliéné mourut subitement étouffé par un bol alimentaire qu'il avait avalé de travers. A l'autopsie, on trouva le côlon ascendant atteint d'une entérite chronique dans un espace de 8 à 10 centimètres ; le point malade correspondait très exactement au siège du concile. » (*Dictionnaire encyclopédique.*)

M. le Dr Loiseau a cité un cas d'excitation maniaque, survenu sous l'influence du développement d'un polype ulcéré et guéri par l'extraction de ce dernier. Les troubles intellectuels avaient revêtu une analogie frappante avec deux accès de délire qui avaient éclaté peu de jours avant l'accouchement et avaient cessé avec la délivrance.

M. le Dr Aug. Voisin a, de son côté, publié les observations de deux guérisons d'hallucinées de la vue par l'iridectomie et l'extraction du cristallin. « J'ai fait opérer, dit-il, et j'ai observé la guérison absolue des phénomènes hallucinatoires et du délire qui les avait suivis. »

Ces deux observations peuvent être invoquées par les partisans de la folie sympathique ; notre observation est loin d'être aussi concluante. Elle permet néanmoins d'avancer que, s'il n'existe pas une entité morbide, appelée folie sympathique, il peut éclater un délire sympathique à l'occasion de certaines lésions organiques ; que ce délire, alors même qu'il est postérieur à d'autres troubles intellectuels, ne tarde pas à masquer ces derniers, tant les perversions sensorielles dont il se complique sont intenses; qu'en raison même de sa coïncidence avec des néoplasmes ou d'autres altérations organiques, il est justiciable du traitement chirurgical. Cette donnée scientifique ne doit pas faire oublier que, à côté de cette cause organique de l'aliénation mentale, il faudra avec le plus grand soin rechercher si une prédisposition héré-

©BIUM

ditaire n'a pas imprimé au délire une modalité particulière ou ne s'est déjà pas révélée par des particularités morbides que le délire est venu seulement mettre en relief.

Chez notre malade, en dehors de tout renseignement héréditaire, le délire polymorphe constitue un stigmate psychique de dégénérescence ; les idées de persécution, entretenues par les hallucinations de l'ouïe de jour en jour plus fréquentes, étrangères d'ailleurs à ce délire sympathique que nous avons essayé d'esquisser, se sont maintenues, survivant à l'alcoolisme dont les dernières traces sont effacées ; la déchéance intellectuelle arrive fatalement, conséquence d'une excitation mentale continuelle. Enfin, le délire s'est écarté de la forme généralement signalée dans les folies sympathiques, c'est-à-dire qu'il n'a pas revêtu la forme dépressive avec idées de suicide, habituellement observée en pareil cas.

©BIUM

Revue critique.

DE

L'HOSPITALISATION DES ÉPILEPTIQUES

par le Dr MARANDON DE MONTYEL,

Médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine.

L'hospitalisation des épileptiques est presque tout entière à organiser en France; il n'existe pas, en effet, chez nous un seul asile public spécialement destiné à ces infortunés. La Teppe, à Tain, la Force, dans la Dordogne, et la Devèze, dans le Cantal, les trois seuls établissements qui leur soient exclusivement consacrés, sont dus à l'initiative privée. Sans doute, on trouve un quartier d'épileptiques dans la plupart des asiles départementaux d'aliénés, et dans un hospice lyonnais, l'Antiquaille ; mais, sans compter qu'il est presque toujours, quand il existe, le plus étroit et le moins bien partagé de la Maison, le convulsif n'y est admis, sauf à Lyon, qu'à la condition d'être en même temps un fou dangereux. Combien nous sommes loin de certains pays étrangers ! Pour s'en convaincre, il suffit de parcourir le consciencieux mémoire que publia M. Masoin, en 1889 ; ce qu'il a écrit à cette date sur notre organisation est, hélas ! encore vrai aujourd'hui. A ce moment, l'auteur belge nous apprend que l'Allemagne possédait pour les épileptiques dix-neuf hospices, l'Angleterre et la Suisse trois, la Hollande deux, l'Italie et l'Amérique du Nord un. Il semble qu'à nos yeux l'épilepsie soit restée un châtiment du ciel, et sa victime un maudit duquel il convient de s'éloigner. Aussi, on ne saurait trop remer-

©BIUM

cier M. Bourneville, dans l'ancienne Chambre et M. Joseph Reinach, dans la Chambre actuelle, d'avoir, par leurs efforts, amené leurs collègues de la Commission à substituer dans la loi en préparation l'*obligation* à la *faculté* de secourir ce mal. La société, a dit M. Joseph Reinach avec beaucoup de cœur et de raison, doit des soins aux épileptiques simples indigents, que la plupart des établissements hospitaliers refusent de garder, la première crise passée, ou même de recevoir; qui, renvoyés des ateliers, suspects dans les campagnes, promènent leur mal sur les grands chemins. En inscrivant ces paroles en tête de son rapport sur l'assistance de ces malades au Congrès de Lyon, M. Lacour a rendu un juste hommage à celui qui les a prononcées.

Elle est partout à l'ordre du jour, cette grosse question de l'hospitalisation des épileptiques. S'en occuper est donc faire œuvre d'actualité autant que d'humanité. Gouvernements et savants l'étudient et cherchent à la résoudre au mieux des intérêts de tous. En effet, tandis qu'en France, le Parlement la discute, en Belgique, le Ministère charge un spécialiste compétent de le renseigner sur les solutions qu'elle a reçues dans les autres pays, et, en Amérique, les États en sont saisis pour la création d'établissements particuliers ; en même temps, les spécialistes et les sociétés savantes l'examinent ; en 1891, c'est le Congrès de Lyon, et le Congrès annuel des aliénistes allemands à Weimar, en 1892 l'Association américaine de neurologie, qui lui consacrent une bonne partie de leurs séances; puis voilà coup sur coup, depuis quelques mois, deux importants Mémoires qu'elle inspire au Dr Ewart et au Dr Frederick Peterson. Il m'a semblé dès lors, que c'était répondre aux préoccupations du moment et entreprendre un travail de quelque utilité immédiate que d'examiner dans une étude d'ensemble les divers grands problèmes que soulève l'assistance des épileptiques avec les solutions qui ont prévalu à l'étranger.

Ces grands problèmes sont, à mon avis, au nombre de quatre. Il en est certes d'autres qui ont aussi leur intérêt, mais qui sont d'ordre secondaire et constituent plutôt des détails d'organisation, tandis que les quatre dont nous voulons parler sont primordiaux, en ce sens

©BIUM

que, résolus de telle ou telle façon, il en résultera une orientation différente dans le mode d'hospitalisation de ces malades. Ce sont : la distinction des épileptiques en simples et aliénés ; la création d'asiles spéciaux ou de simples annexes aux asiles existant ; l'hospitalisation commune ou distincte des enfants et des adultes ; enfin, le genre d'établissement le mieux approprié au traitement de l'épilepsie.

La distinction des *épileptiques en simples et aliénés* n'a pas sa raison d'être, tous ceux atteints du haut mal étant susceptibles, selon les circonstances et les temps, d'être rangés dans l'une ou l'autre catégorie. Elle a de plus le très grave inconvénient d'entraver l'assistance de ces malades, en exigeant deux espèces d'établissements et deux modes de placement. Il est bien plus pratique de voir en tous exclusivement des épileptiques et de les placer comme tels dans le même hospice, sauf à adapter celui-ci aux divers états qu'ils sont exposés à traverser. Cette opinion est celle qui a prévalu dans les divers pays, surtout depuis ces dernières années. C'est elle qui a inspiré les conclusions formulées le 19 septembre 1891, à la session de Weimar du Congrès annuel des aliénistes allemands, par M. Wildermuth et M. Lœhr, chargés d'un rapport sur ce sujet. Après avoir rappelé la difficulté, constatée déjà en 1888, à la réunion de Eisenach, par Beniswanger, de distinguer suffisamment les épileptiques aliénés des épileptiques sains d'esprit, les troubles intellectuels aigus et les psychopathies chroniques des premiers, ces deux distingués aliénistes ont déclaré que l'étude de ces malades nous enseigne qu'il y en a de toutes les espèces, et que, par conséquent, la meilleure manière de les assister est d'interner dans le domaine d'un grand établissement les curables et les incurables, ceux dont l'intelligence est normale et ceux dont l'intelligence ne l'est pas ; car de cette manière, disent-ils, on formera des groupes légitimes d'après le genre des perturbations psychiques, et l'on effectuera la sélection rationnelle par la construction intérieure de différents quartiers. De son côté M. Ewart, en Angleterre, dans un récent article sur les colonies d'épileptiques, tout en distinguant, parmi ceux-ci, les enfants, les aliénés et les non aliénés, de-

©BIUM

mande un asile unique pour ces trois catégories avec, simplement, des divisions appropriées. Ainsi il vient d'être fait en Amérique, dans l'asile agricole fondé l'an dernier à Gallipoli, sous la vigoureuse impulsion du Dr Frederick Peterson qui, dans son mémoire, le dernier travail paru sur le sujet, pose comme règle générale que les conditions d'admission ne doivent pas être basées sur l'état mental des patients, celui-ci devant servir seulement à les classer dans les diverses sections de l'établissement spécial. La même idée a triomphé à l'Association américaine de neurologie qui, à l'unanimité, a demandé, sans établir de catégories, que les épileptiques fussent enlevés des asiles et des hospices pour être placés dans des établissements distincts appropriés à leur état, et, dans le rapport de l'Association des secours charitables de New-York, destinée à obtenir de l'Etat une maison spéciale pour le traitement médical, les soins, l'éducation et l'emploi des convulsifs, il n'est pas davantage question de ceux qui sont, ou qui ne sont pas atteints de troubles mentaux. Enfin, en France, M. Bourneville, pour montrer combien une telle distinction est peu fondée, raconte, dans son rapport à la Chambre des députés, qu'il a placé un jour à Bicêtre des épileptiques dits non aliénés sur un rang, et, en face, sur un autre rang, des épileptiques dits aliénés, qu'il les a examinés comparativement devant les membres de la Commission de surveillance des asiles de la Seine et les membres de la Commission de l'Assistance publique du Conseil général, et que cet examen a démontré qu'il y avait dans les deux catégories des sujets n'offrant pour le moment aucun trouble intellectuel, d'autres présentant un degré variable d'excitation, et enfin un groupe de malades offrant des signes d'affaiblissement psychique allant jusqu'à la démence la plus complète, c'est-à-dire au gâtisme et à la paralysie ; la proportion des sains d'esprit, des excités et des déments s'est trouvée à peu près la même parmi les épileptiques de l'un et de l'autre groupe. Cependant, au Congrès de Lyon, deux hommes compétents ont soutenu l'opinion contraire. La confusion faite par quelques médecins d'asiles, a dit M. Lacour, tient au champ d'observation ; ceux qui ont observé les épileptiques dans les familles ne trou-

©BIUM

vent pas fictive la distinction des simples et des aliénés. M. Carrier a été plus loin encore; il ne s'est pas borné à affirmer que l'épileptique aliéné a sa place dans les asiles au même titre que les autres aliénés, et qu'il est inutile de le comprendre dans l'organisation d'assistance projetée, il a, en outre, subdivisé les épileptiques simples en trois catégories pour lesquelles il a demandé trois modes différents de secours : les infirmes, qu'il place dans les hospices d'incurables ; les convulsifs à crises espacées, qu'il soigne à domicile ; enfin, ceux à crises rapprochées, les seuls qu'il destine aux asiles spéciaux. M. Carrier ne paraît pas s'être souvenu que l'épileptique aliéné, loin de l'être d'une manière continue, n'a que des crises de manie ou de lypémanie très courtes, séparées par des intervalles de plusieurs mois. Comme il n'est pas possible de le mettre en liberté à chacune de ces périodes lucides, on le garde dans les établissements et rien n'est plus cruel alors que de lui imposer, dans ces moments parfois longs de raison, la vie étroite des aliénés. Aussi, le seul aliéniste qui ait pris la parole dans cette discussion, M. Philippe Rey, a-t-il insisté sur cet inconvénient et sur la nécessité de maisons spéciales avec des divisions permettant de placer l'épileptique dans des conditions variables, selon les divers états mentaux qu'il présente. Je pourrai, à mon tour, dire à M. Lacour et à M. Carrier, que s'ils ont ainsi parlé, c'est qu'ils ont exclusivement observé dans les hôpitaux. Quant à l'idée de placer l'épileptique infirme dans les hospices, elle entraînerait pour ces établissements de lourdes complications; car elle nécessiterait toute une organisation particulière, et cela sans avantage d'aucune sorte.

Donc, partout la vieille distinction est de plus en plus abandonnée avec raison des aliénistes. L'épilepsie existe-t-elle? Tel est, de l'avis général, l'unique diagnostic à formuler. Si oui, le malade mérite d'être hospitalisé, quel que soit son état mental, selon lequel il sera placé dans telle ou telle section de l'établissement. C'est là, d'ailleurs, le vrai moyen d'être de réelle utilité à ces malheureux; car, attendre, pour les secourir, que la névrose ait déterminé des troubles intellectuels, équivaut presque à exiger l'incurabilité pour les soigner, parce

©BIUM

que, d'ordinaire, ces troubles ne surviennent que lorsque le mal s'est enraciné. Est-ce à dire qu'il faille hospitaliser tous les épileptiques ? On n'y suffirait pas. Songez donc, en France, il y en a plus de quarante mille ! Jamais, a dit M. Lacour, on n'aura des colonies assez nombreuses pour pouvoir tous les contenir. L'assistance mixte, a-t-il ajouté, qui en hospitalise un certain nombre pendant les périodes graves de leur affection et assiste les autres par des secours à domicile et par une consultation, est celle qui paraît préférable, en ce sens que, par ce moyen, le plus grand nombre est secouru sans qu'il soit besoin de recourir à des installations considérables et coûteuses. La même idée, très juste, a guidé M. Philippe Rey qui, pour multiplier les admissions malgré l'insuffisance des places à l'annexe projeté à l'asile Saint-Pierre de Marseille, a demandé que celles-ci fussent réservées aux épileptiques les plus dignes d'intérêt par la gravité de leur état, et que les malades améliorés fussent aussitôt rendus à leur famille en leur continuant des soins médicaux chez eux. C'est ainsi, d'ailleurs, que procède à Lyon M. Carrier, et avec succès. Sur ce point, je crois que nous sommes tous d'accord. Si, indépendamment de l'état mental, le fait seul de la névrose doit suffire à ouvrir les portes de l'asile spécial au convulsif abandonné et sans ressources, il ne saurait justifier un isolement indéfini, quand la vie libre est redevenue possible sous certaines garanties de surveillance et de traitement.

Le même grand mouvement d'opinion que nous venons de constater contre la distinction des épileptiques en aliénés et non aliénés se retrouve dans tous les pays en faveur des *asiles spéciaux* pour ces malades, de préférence aux quartiers particuliers annexés aux manicomes. La nécessité de ces quartiers, reconnue par ceux-là même qui, en petite minorité, en sont les défenseurs, prouve péremptoirement que la séparation des épileptiques d'avec les autres malades s'impose. En effet, irritables et taquins, susceptibles à l'excès, d'un caractère violent et querelleur, ils ne sont d'un commerce ni agréable ni facile. Ils ont néanmoins cette précieuse qualité de fraterniser entre eux malgré leurs fréquentes et vives querelles ; l'empressement que partout ils met-

©BIUM

tent tous à se porter secours dans leurs crises a, de tout temps, d'autant plus frappé, qu'ils sont d'une rare insensibilité ; qu'ils agissent ainsi par intérêt, dans l'espoir, inconscient peut-être, mais réel néanmoins, d'être à leur tour secourus demain par ceux qu'ils aident aujourd'hui, quand le mal les saisira, c'est probable; mais il n'est pas moins vrai que leur commune infortune les rapproche et qu'ils ne se gardent pas rancune même en dehors de leurs attaques. S'il est touchant de voir, au milieu d'une rixe, un des combattants tendre pour le soutenir, à son adversaire que la convulsion saisit, la main qu'il avait déjà levée pour le frapper, il est non moins curieux de constater qu'ils fraternisent entre eux presque immédiatement après s'être disputés jusqu'à l'injure et battus jusqu'au sang. Il n'y a pas dans leurs rapports continuité de haine, en dépit de la violence de leurs emportements du moment ; la vengeance, ce mets des dieux qui demande à être savouré à froid, ne paraît pas de leur goût. De là, la possibilité de les réunir ensemble malgré tous les défauts de leur caractère; car, pour qui les connaît bien, il est facile de détourner leur colère et d'éteindre leur animosité, vrais enfants qui rient des lèvres en même temps qu'ils pleurent des yeux. Mais les mêle-t-on à d'autres malades qui ne sont pas atteints de leur névrose, ils ne sont plus d'aussi facile composition. D'abord, ceux-ci qui conservent dans leur folie toutes les préventions et tous les préjugés du peuple relativement au haut mal, loin de s'intéresser à eux, les tiennent à distance et les méprisent. Ils voient dans l'épileptique un maudit et, par une étrange contradiction, dans l'épilepsie un mal contagieux, transmissible surtout par l'écume qui, lors des crises, sort de la bouche, sans compter la répulsion et le dégoût que leur inspirent les attaques. Aussi, ils ne secourent point ces malheureux; tout au contraire, ils les évitent, surtout quand ils sont en état de mal, et, dans les intervalles, ne leur ménagent même pas les réflexions désobligeantes. Or, le convulsif, qui est si vite oublieux vis-à-vis de son camarade d'infortune, est, au contraire, très rancuneux vis-à-vis de celui qu'épargne sa maladie; les mettre ensemble est dès lors s'exposer à créer deux camps qui, à tout propos et hors de propos, en viennent aux mains.

©BIUM

Il y a de plus à considérer les réclamations des familles, qui, pas plus que leurs aliénés et pour les mêmes raisons, n'acceptent point cette promiscuité, dans certaines régions surtout, et protestent même contre elle avec une vive énergie. Mieux encore que l'annexe, l'asile spécial ne coupe-t-il pas court à toutes ces récriminations et à tous ces conflits? Enfin, j'ai souvent remarqué, note justement M. Frederick Peterson, les déplorables effets exercés par la présence de ces malades sur les autres qui sont convalescents des diverses formes vésaniques, et j'ai été amené par là à penser qu'il n'était pas bon que les aliénés vécussent côte à côte avec des individus qui souvent étaient hargneux, désagréables et malfaisants, qui souvent aussi étaient une cause d'excitation pour tous et d'effroi en tombant en convulsions dans les cours, dans les salles de réunion et au moment des repas.

Cependant, un autre argument d'une plus haute portée milite encore en faveur des asiles spéciaux et celui-là, surtout, entraîne mon adhésion: il concerne la thérapeutique de l'épilepsie. Celle-ci ne sera profitable et avantageusement instituée qu'à la double condition de s'y dévouer entièrement et d'avoir des sujets en nombre suffisant pour être vite fixé sur la valeur des médications. Les quartiers spéciaux ne seront jamais que des annexes, c'est-à-dire des installations secondaires, et il est fort à craindre que le médecin traitant, absorbé déjà par les soins à prodiguer à de nombreux aliénés, peut-être plus intéressants, dans tous les cas plus curables, n'ait pas le loisir d'accorder aux épileptiques toute l'attention dont ils ont besoin. Ils demandent précisément beaucoup de temps et nécessitent une grande persévérance ; la lutte contre l'épilepsie est difficile ; qui ne s'y consacre pas entièrement ne saurait en sortir vainqueur. Aussi, aujourd'hui, les épileptiques, enfermés dans les quartiers que possèdent les asiles départementaux, ne sont-ils presque partout l'objet d'aucun traitement particulier.

Et puis, comment seront constituées ces annexes? Nous verrons, dans un moment, combien sont multiples les besoins des épileptiques et quelles divisions comportent les locaux qui leur sont destinés. Il me paraît bien difficile de réaliser ces conditions en annexant un quartier

©BIUM

spécial à chaque asile. Avec ce système, la situation actuelle ne sera que bien légèrement modifiée. A mon avis, les épileptiques ne seront convenablement secourus que s'ils ont des établissements à eux; alors seulement, la névrose sera traitée, et traitée avantageusement dès son apparition.

Mais y a-t-il dans chaque département un nombre suffisant d'épileptiques pour justifier une telle création? Non, il faudrait en conséquence que plusieurs départements s'entendissent afin de fonder des asiles régionaux, et alors se dressent toutes les objections que, de par l'expérience, ce système soulève. M. Bourneville l'a dit avec infiniment de raison : il est un principe qui doit toujours guider en matière d'assistance, c'est d'assister les malheureux le plus près possible de leur domicile et, toutes les fois que cela se peut, à leur domicile. Pourquoi? parce que le nombre de ceux qui en bénéficient est toujours en raison inverse de la distance. C'est que, plus les frais de déplacement sont considérables, moins l'administration met d'empressement à hospitaliser et, de leur côté également, moins les familles en mettent à demander l'isolement d'un parent qu'ils ne reverront plus qu'à de rares intervalles, au prix de forts sacrifices. Tout le monde s'accorde ainsi à ajourner le placement au grand préjudice du malade dont les chances de guérison diminuent en proportion de ce retard. Cela est vrai de l'épileptique, plus encore que de tout autre, puisque sa maladie est par excellence réfractaire à la thérapeutique et réclame un très prompt traitement.

Les asiles régionaux ont, en outre, cet inconvénient, quand l'isolement du sujet est effectué, d'espacer les visites, pour la même raison qui a fait différer le placement, la dépense du voyage; or, pour moi, celles-ci, surtout en ce qui concerne les épileptiques, sont absolument indispensables au traitement. J'en suis, pour ma part, si convaincu que je les facilite de toutes manières, par des permissions permanentes accordant l'entrée aux familles tous les jours et à toutes les heures libres de la journée, par l'admission des parents près de leurs malades quel que soit le degré de surexcitation de ceux-ci. Je n'ignore pas que je suis sur ce point en absolue contradiction avec la vieille méthode; mais c'est précisément

©BIUM

parce que j'ai pu l'apprécier, appliquée dans toute sa rigueur par un de ses fanatiques durant mes années d'adjuvat, que j'en suis devenu l'adversaire décidé. J'irai même jusqu'à affirmer que mieux vaut agiter momentanément un aliéné par la vue des siens que d'interdire les visites; cette surexcitation factice et pour ainsi dire toute affective sera plutôt utile que nuisible, tandis que la privation de relations affectueuses ne retarde pas seulement la guérison, elle laisse assez souvent dans l'esprit du sujet, même après le retour à la raison, une impression pénible que le médecin ne parvient pas à dissiper toujours par l'affirmation réitérée que c'est lui qui a repoussé les pressantes sollicitations des parents. Eh bien, j'estime que les épileptiques plus particulièrement ont besoin de recevoir et de recevoir souvent leurs proches. On l'a dit depuis longtemps, ils sont portés à avoir le cœur sec, et il est indispensable d'empêcher cette sécheresse du cœur, qui ne tardera pas à se produire si le malade, ne voyant aucun des siens, en arrive à se croire abandonné d'eux. Il en deviendra moins docile et plus irritable, absolument réfractaire à toute médication morale et même physique. Se souciant de moins en moins de guérir, détaché qu'il sera de toute affection, il se refusera à suivre un traitement ennuyeux, parfois désagréable. S'il est marié et amoureux de sa femme, c'est pis encore ; il croira à l'infidélité de son épouse, s'évadera pour s'en assurer, et, trouve-t-il un indice insignifiant mais confirmatif de ses soupçons, un malheur s'ensuivra. Dans la question de l'hospitalisation des épileptiques, il est donc d'une importance capitale, à mon avis, de tenir grand compte, pour le choix de l'emplacement des asiles spéciaux, des facilités qu'auront les familles à venir visiter leurs parents.

Enfin, d'après mon expérience, il est non moins indispensable de donner à l'épileptique, pour l'amener à la résignation de son isolement et à l'exactitude dans son traitement, l'illusion de la liberté, par de fréquentes promenades au dehors et des congés plus ou moins longs ; tel paraît être aussi l'avis de M. Albert Carrier, qui laisse sortir ses malades tous les quinze jours. Le convulsif est de tous les aliénés celui qui sent le plus le poids de la séquestration ; n'est-il pas, en effet, sain

©BIUM

d'esprit, dans l'intervalle de ses attaques et des troubles intellectuels consécutifs de courte durée? Aussi, tandis que, au dehors, repoussé de partout, il ne tarde pas à venir de lui-même solliciter sa réintégration, au dedans il met le même empressement à réclamer sa sortie, de telle sorte que, à l'écouter, il ferait constamment la navette entre l'asile et la ville. Mais, par contre, il sait se contenter d'une liberté relative. L'envoie-t-on travailler aux champs, dans des terrains sans clôture où l'œil embrasse tout l'horizon, déjà il réclame moins son élargissement définitif; lui accorde-t-on, chaque dimanche, de se promener aux environs avec ses parents, l'été surtout, d'aller dîner sur l'herbe ou au cabaret voisin, il est plus résigné encore; enfin, lui permet-on de temps à autre, en récompense de son travail et de sa docilité, de s'absenter d'un à huit jours, il ne parle plus du tout de s'en aller. Mais tout cela n'est possible qu'à la condition que les familles pourront se rendre facilement à l'asile, pour chercher et ramener leurs malades.

Ainsi, pour toutes ces raisons, les asiles spéciaux devront être aux parents d'un très facile accès; s'ils ne remplissent pas cette condition, ils ne rendront point les services qu'on attend d'eux. Comment la réaliser? Tout d'abord, en ne construisant que de petits établissements, contenant juste le nombre de lits nécessaire à son bon fonctionnement; de cette façon, il suffira de s'entendre pour les édifier entre voisins immédiats, sans avoir besoin de battre le rappel au loin. Pour les épileptiques, plus encore que pour toute autre catégorie d'aliénés, je suis contraire aux asiles-casernes qui rendent impossible toute thérapeutique attentive et efficace; car le traitement du haut mal demande à être minutieusement suivi et contrôlé, plus encore que celui de l'aliénation mentale. Deux ou, tout au plus, trois départements limitrophes, en s'entendant, arriveraient, sans sacrifices trop onéreux, à fonder un asile spécial de quatre à six cents lits au grand maximum. Ensuite, ils s'arrangeront pour le placer au point le plus central et dans une localité desservie par une grande compagnie qui, j'en suis certain, accordera un tarif spécial aux familles des malades, comme la Compagnie d'Orléans s'est empressée de le

©BIUM

faire pour l'asile de Vaucluse. En procédant ainsi, j'ai l'espoir qu'on obtiendra tous les avantages de l'asile spécial régional, en en réduisant les inconvénients à leur minimum.

Un autre très gros problème lié à l'hospitalisation des convulsifs est celui de *l'assistance des enfants épileptiques*. Sauf dans la Seine, où fonctionne le remarquable service qu'a fondé le Dr Bourneville, rien n'existe en France en leur faveur. Cependant, c'est par eux qu'il aurait fallu commencer, puisqu'ils sont les plus curables, les seuls même qui offriraient quelques chances sérieuses de guérison. S'il y a un moyen de triompher de l'épilepsie, n'est-ce pas de l'attaquer vigoureusement dès sa première manifestation ? L'idéal ne serait donc pas seulement l'obligation imposée aux départements d'assister les enfants atteints du mal caduc, mais aussi aux parents de réclamer pour eux des soins tout au moins à domicile. Cependant, vu la profonde perversion morale que l'épilepsie traîne à sa suite, il est impossible de songer à soigner en commun ceux-ci et les adultes. Ces derniers, à cet égard, ont même besoin d'être surveillés dans leurs rapports entre eux, et les premiers deviendraient vite leurs mignons, s'ils les avaient sous la main. D'un autre côté, créer de toutes pièces pour les enfants, comme l'a entrepris la Seine, un établissement spécial avec tous ses accessoires, serait une dépense énorme qu'il ne faut point songer à demander aux départements. Le service de M. Bourneville a coûté 2 millions 200,000 francs ; il est vrai qu'il est un service-modèle, réalisant les derniers perfectionnements et qu'il reçoit aussi les idiots. N'empêche que le maximum à demander à la province, qui est loin d'avoir les ressources de la capitale, sera d'annexer à l'asile spécial un pavillon exclusivement destiné aux enfants avec les dispositions particulières dont nous parlons plus loin.

Les occupations auxquelles ces petits malades se livreront seront mixtes, l'école et le travail manuel. Il est de toute nécessité de les instruire en leur fournissant une instruction primaire complète ; mais il l'est pour le moins autant de leur apprendre un métier capable de leur suffire en liberté, puisque le but poursuivi sera, par un traitement précoce et actif, de les

©BIUM

débarrasser de leur névrose, assez tout au moins pour leur permettre de vivre en gagnant leur vie. Sur ce dernier point, si j'osais émettre en toute franchise mon avis, j'avouerais que le travail agricole est le seul auquel il serait bon de les dresser; car, à mon avis, seul il convient véritablement à l'épileptique. Faire de lui un cordonnier, un serrurier ou un menuisier est peut-être lui être plus nuisible qu'utile ; j'ai le regret, sur ce point encore, de différer d'avis avec les deux éminents spécialistes de Lyon. M. Albert Carrier estime que le labeur des champs est parfois trop pénible pour les épileptiques bromurés et qu'avec cette médication l'atelier est préférable. Mais le malade, dans la campagne, n'est pas obligé de fournir régulièrement une somme déterminée de travail ; il s'occupe dans la mesure de ses forces, on ne lui en demande pas davantage et on le garde dans l'établissement jusqu'au jour où celles-ci lui permettent de gagner sa vie. M. Lacour est plus radical; pour lui, le travail de la terre ne constitue pas à proprement parler une profession qui permette à ces malheureux d'améliorer leur existence, et, pour beaucoup, leur apprendre un métier avec lequel ils pourraient, dans une certaine mesure, subvenir à leurs besoins, serait le plus grand bienfait dont on pourrait les doter. Grave erreur, à mon sens. Pour qui est atteint du haut mal, la campagne vaut mieux que la ville où les causes épileptogènes, alcool, femmes et veilles prolongées, sont par trop nombreuses et par trop à portée de qui veut en user. Combien nombreux, dans le grand service d'épileptiques que j'ai installé à Ville-Evrard et qui compte aujourd'hui déjà cent trente malades, ceux qui, sous l'influence d'une existence réglée, des travaux des champs et d'un traitement méthodique, n'ont que des attaques bénignes, extrêmement espacées, et qui ne tardent pas à retomber plusieurs fois la semaine dès qu'ils ont repris à Paris la vie commune ! S'ils avaient été placés à la campagne et avaient continué à vivre au grand air, d'une vie sobre et régulière, leur guérison relative se serait maintenue et peut-être accrue; dans tous les cas, ils seraient restés en liberté. Il importe donc de transformer l'épileptique en cultivateur et en laboureur, afin de l'éloigner le plus possible des grandes agglomérations où il n'aura que

©BIUM

trop d'occasions de se rendre. D'ailleurs son mal lui permettra de trouver plus facilement du travail aux champs que dans les ateliers des villes, où ses attaques dérangent davantage les autres ouvriers dans leurs occupations et où leurs conséquences sont plus à redouter. Et puis, les sociétés de patronage, en ce moment en formation un peu partout, trouveront plus facilement à les placer, à leur sortie, chez des fermiers que chez des industriels. Qui sait si elles n'arriveront pas à se rendre un jour acquéreurs de propriétés dont elles leur confieraient la culture ; tel est, je crois, le but qu'elles doivent poursuivre.

Si la supériorité du travail agricole sur tout autre, pour les épileptiques, était reconnu, il suffirait de réserver aux enfants certaines parties du domaine, afin de leur apprendre la culture, sans les mêler aux adultes. Veut-on quand même en faire des ouvriers, on sera forcément entraîné ou à de très grandes dépenses ou au mélange avec les adultes dans les ateliers ; car, s'ils ont les leurs propres, en dehors des frais d'installation première, il faudra un personnel technique, nombreux et coûteux, pour arriver à des résultats satisfaisants. Quoi qu'il en soit, un fait pratique s'impose : la nécessité impérieuse d'hospitaliser l'enfant épileptique ou tout au moins de le soigner sérieusement à domicile, dès la première manifestation de son terrible mal, si on veut triompher de la névrose.

Quel genre d'asiles spéciaux convient-il de choisir pour les épileptiques ? Sur ce quatrième problème, l'expérience permet de répondre sans hésitation, expérience malheureusement réalisée par les étrangers que nous avons laissés nous devancer depuis longtemps déjà dans cette voie : l'asile spécial pour épileptiques doit être *une colonie agricole et industrielle annexée à un établissement de traitement*. Au pasteur Bodelschwingh revient le mérite d'avoir le premier préconisé et entrepris le traitement de l'épilepsie par la culture des champs. La ferme qu'il ouvrit, il y a vingt-quatre ans, dans les environs de Bielefeld avec quatre épileptiques, est devenue aujourd'hui un établissement de premier ordre qui contient onze cents malades et qui est tout à la fois une entreprise agricole et industrielle pour les convulsifs valides

©BIUM

et raisonnables, un hôpital pour la thérapeutique du haut mal et des maladies incidentes, une école pour l'éducation des enfants, une maison de santé pour l'isolement de la folie épileptique. Le succès de cette innovation a été si complet qu'à ma connaissance, il y a en ce moment, en Allemagne, neuf établissements construits sur ce modèle. Bien plus, le mouvement a franchi les frontières allemandes et même les mers : la Hollande a fondé à Haarlem un hospice identique, la Suisse et l'Amérique également un chacun, à Zurich et à Gallipoli. New-York, lui aussi, veut avoir le sien, et le récent article du Dr Ewart, dans le *Mental Science*, dont nous avons déjà parlé, a pour but principal d'obtenir en Angleterre une institution analogue.

On comprend cet enthousiasme quand on réfléchit à tous les avantages que l'épileptique retire du travail de la terre. Ce sera la grande gloire de Ferrus d'avoir vu que pour l'aliéné, quel qu'il soit, l'occupation au grand air était le meilleur des remèdes et d'avoir organisé en France le travail agricole, organisation qui fut le point de départ de tout ce qui, en ce sens, a été entrepris à l'étranger; car, si nos voisins ont été plus empressés que nous à fonder l'hospitalisation spéciale des épileptiques sur ce moyen, ce sont les Français qui, sous l'impulsion de Ferrus, ont, les premiers, mis des bêches et des râteaux entre les mains des aliénés et les ont poussés dans les champs, pour les guérir en fatiguant leur corps et en permettant par là à leur cerveau de se reposer. Sur l'épileptique, ce genre de labeur, sédatif par excellence et hygiénique entre tous, grâce à l'activité imprimée à l'hématose dans les conditions les plus favorables et à l'excitation communiquée à toutes les fonctions par le jeu des muscles, a, en outre, l'avantage indirect, dû au calme et à la régularité dont en bénéficie le système nerveux, d'espacer les attaques, cette source de désordres intellectuels et de déchéance psychique. Il n'est pas rare, en effet, de constater une diminution marquée du nombre des crises sous l'influence exclusive du travail agricole, particularité peut-être pas assez connue ni appréciée à sa juste valeur ; le relevé des attaques est là pour le prouver ; leur nombre chez beaucoup varie dans des limites très appréciables, selon que ceux-ci vont ou non

©BIUM

vaquer dans les champs. Certains malades, dans mon service, s'en rendent eux-mêmes très bien compte et insistent pour être envoyés à la culture ; car, disent-ils, ils tombent bien plus souvent quand ils n'y vont pas. Cette méthode thérapeutique est d'autant plus à préconiser qu'elle atténue la névrose en même temps qu'elle fortifie le corps, bien loin, par conséquent, de perturber celui-ci comme certains médicaments, tel le borax, par exemple, dont le bénéfice anticonvulsif n'est obtenu qu'en s'exposant à des actions physiologiques pénibles ou même nocives. Je ne veux pas dire par là que le travail agricole suffise seul à guérir l'épilepsie, bien que M. Delasiauve en ait rapporté trois cas; mais il est, sans conteste, le meilleur et le plus actif des adjuvants.

Il a encore cet autre avantage appréciable d'exposer moins que tout autre les épileptiques aux accidents dans leurs attaques. Celles-ci, dans l'immense majorité des cas, chacun le sait, éclatant à l'improviste, saisissent souvent le malade, tandis que, occupé à son travail, il s'y attend le moins. Dès lors, dans les ateliers, le convulsif court plus ou moins le risque, mais toujours à un degré notable, de s'abîmer dans ses chutes ; en tombant tout à coup, tantôt il se heurtera à un établi, tantôt il rencontrera un objet contondant ou tranchant ; quelles que soient les précautions prises et la surveillance exercée, on ne parviendra jamais à supprimer complètement ce danger. Cette éventualité de blessures accidentelles au cours du travail, résulte encore de cette nécessité, que le sujet soit cordonnier, menuisier, forgeron ou tailleur, de lui mettre entre les mains les outils de sa profession, qui, presque toujours, sont des instruments dangereux avec lesquels il pourra s'atteindre quand la crise le saisira au milieu de son occupation. Avec le travail agricole, rien de pareil à redouter, s'il a lieu dans de vastes terrains en plaine non accidentée ; si la culture à laquelle se livrent les épileptiques est la culture maraîchère, non la grande culture, le malade dans sa chute est à l'abri de tout mal, car il tombera sur une surface plane, à résistance douce, et il ne courra le risque ni d'être écrasé sous les pieds des chevaux de labour, ni d'être touché par les instruments aratoires, toutes choses que n'exige point ce genre d'agriculture. D'un autre côté,

©BIUM

les outils mis à sa disposition, tels que bêches et râteaux ne sont ni assez pointus, ni assez aiguisés, ni de courte dimension, comme ceux des ateliers, pour inspirer les mêmes craintes lors des attaques. Bien-être moral et physique, sécurité matérielle, diminution des crises par réduction de l'excitabilité nerveuse, voilà les avantages que retire le convulsif du travail agricole.

Il en est encore d'autres. J'ai parlé déjà plus haut de la détente qui se produit dans le désir de sortir des épileptiques, quand ils sont ainsi occupés aux travaux extérieurs, dans des terrains non clôturés, où le regard embrasse tout l'horizon et où l'esprit ne sent pas la contrainte qui pèse sur le corps, le besoin de liberté complète devenant moins vif et le sujet songeant d'autant moins à s'évader qu'il en a toutes les facilités. A Ville-Evrard, où il n'y a pas de mur de clôture et où nos épileptiques sont utilisés en grand nombre au champ d'épuration, les évasions ont lieu presque toutes parmi les employés des bureaux ou des services généraux, jamais pour ainsi dire parmi eux. C'est que la piquante réflexion de Beaumarchais sur la femme est aussi un peu vraie de l'homme, et qu'Adam a été de complicité avec Eve pour croquer le fruit défendu. Ensuite, le travail agricole permet d'éparpiller les épileptiques sur une grande surface ; il n'est pas très bon, en effet, que ces malades se sentent les coudes, car ils sont très susceptibles et très prompts à s'emporter. Aux ateliers, cet inconvénient se montre très accusé, plus même encore que dans le quartier où l'espace est moins mesuré. Et puis là, autour des établis, ils se rencontrent toujours les mêmes, confinés dans le même milieu étroit, et cette monotomie de figures et de lieux est un suprême énervant. Sans doute, l'atelier offre cet avantage de fournir un abri et une occupation en toutes saisons et par tous les temps; mais l'entrave aux travaux de la campagne, amenée par l'inclémence du ciel, bien que réunissant tous les malades dans la section, si elle n'est pas trop prolongée, est plutôt utile que nuisible. Ce sont comme des vacances dont ils profitent, moins pour se disputer que pour se reposer, en variant leurs distractions, et après lesquelles ils retournent au travail avec une ardeur et un plaisir plus grands. L'ennui, dit-

©BIUM

on, naquit un jour de l'uniformité; or, nulle occupation n'est plus variée que la culture des champs.

Ainsi, à tous égards, la colonie agricole est ce qui convient le mieux à l'épileptique. J'ajouterai qu'elle est en même temps le mode d'assistance le plus économique, considération importante, puisque l'hospitalisation des convulsifs s'effectuera dans des proportions d'autant plus grandes que le prix d'entretien sera plus abaissé. Sans croire avec Auzouy qu'on arrivera, par ce moyen, à exonérer complètement le département du prix de journée, ni même, avec Baume, à réduire celui-ci à 50 ou 55 centimes au maximum, en obtenant un rendement brut de 600 francs par hectare, je reconnnais cependant que le travail agricole, plus particulièrement sous forme de culture maraîchère, est le plus productif de tous et que, bien organisé, il abaisse la dépense d'entretien de plus d'un tiers. Précisément, de toutes les catégories de malades, les épileptiques sont ceux qui fournissent le plus de sujets aptes à être dressés à cette occupation. Leurs attaques ne les placent que momentanément dans l'impossibilité d'être utilisés, et quand certains présentent, à leur suite, des troubles intellectuels maniaques ou lypémaniaques, ceux-ci n'excèdent guère une huitaine et n'ont le plus souvent qu'une durée de deux ou trois jours. En mettant en action les divers moyens d'encouragement dont nous disposons : régime particulier, pécule, sorties le dimanche et congés, on arrive à tirer d'eux de 60 à 70 p. 100 de travailleurs. Cependant il importe que la colonie agricole pour épileptiques soit organisée dans certaines conditions dont nous allons maintenant nous occuper.

J'ai raconté plus haut ce qu'était devenue la ferme primitive de Bielefeld du pasteur Bodelschwingh, et le quadruple but qu'elle remplissait aujourd'hui, tout en étant restée exclusivement consacrée aux épileptiques. M. le Dr Ewart, l'auteur de l'un des deux articles les plus récents parus sur la question, résume, dans les six conditions suivantes, les conditions indispensables, d'après lui, à réaliser dans toute colonie agricole destinée à ces malades : 1° au moins 600 arpents de ferme et de terre boisée, bien propres à la culture et à l'horticulture, avec facile accès auprès d'une grande ville pour le rapide

©BIUM

écoulement des produits ; 2° petites constructions arrangées en divisions distinctes pour hommes et femmes, chaque division comprenant des cottages séparés pour aliénés convalescents, école d'enfants, travailleurs et pensionnaires ; 3° chaque patient, sans exception, soumis à des soins médicaux et un médecin par deux cents malades ; 4° une école pour les épileptiques enfants ; 5° des ateliers pour les épileptiques adultes ainsi qu'une ferme et une laiterie ; 6° un laboratoire spécial pour l'étude de l'épilepsie par des pathologistes expérimentés. Les conclusions que vient de formuler M. Frederick Peterson sont à peu près les mêmes. Les voici textuellement : 1° terrain : au moins 200 à 300 arpents de ferme et de terre boisée, bien propres à l'agriculture et à l'horticulture, situés dans le voisinage d'une grande cité, non seulement pour commodité d'accès mais pour la facilité des études et des consultations ; 2° petites constructions, cottages. Disposées en deux divisions séparées pour hommes et femmes, chacune comprenant des cottages distincts pour déments, faibles d'esprit, convalescents, écoliers, travailleurs et pensionnaires des classes aisées ; 3° grandes constructions : *A*. Un hôpital pour les malades, les blessés et ceux à intelligence affaiblie. Chaque patient sans exception, soumis à des soins méticuleux ou tout au moins à une attention particulière dans un but thérapeutique. *B*. Une maison d'éducation pour les enfants épileptiques. *C*. Ateliers pour les épileptiques adultes. *D*. Ferme, laiterie et greniers. *E*. Laboratoire spécial pour l'étude de l'épilepsie. De son côté, M. Bourneville, dans son rapport à la Chambre des députés, expose que le quartier annexe ou l'asile spécial destiné aux épileptiques devrait comporter une section pour les malades tranquilles, une section pour les malades atteints d'excitation mentale et une dernière section pour les épileptiques tombés en démence ; ils devraient tenir à la fois de l'hôpital ordinaire et de l'asile d'aliénés, de façon que les sujets passent, en quelque sorte, passer de l'hôpital dans l'asile et inversement, lorsqu'ils sont pris d'agitation ou qu'ils redeviennent calmes.

A mon avis, l'établissement affecté spécialement aux épileptiques doit être une colonie agricole et industrielle,

©BIUM

annexée à un asile, qui offrira sans doute dans son aménagement intérieur des dispositions propres, comme des angles émoussés partout et une literie disposée pour empêcher les chutes dans les attaques nocturnes, mais qui présentera les mêmes grandes divisions que celui destiné aux autres aliénés ; car, parmi les uns comme parmi les autres, on trouve des agités, des malpropres, des infirmes et des sujets atteints de maladies incidentes, tous malades, qu'avec raison, le Dr Lezynski ne veut pas à la colonie. Quant aux épileptiques tranquilles, ils seront hospitalisés dans cette dernière, composée des ateliers et de la ferme, et, bien que complètement indépendante de l'asile de traitement, celle-ci sera située néanmoins à proximité, de manière à permettre le facile passage des malades de l'un à l'autre, selon leurs dispositions du moment. Il conviendra d'hospitaliser dans des pavillons distincts les ouvriers des ateliers et les travailleurs de la ferme ; car, pour les raisons déjà fournies, mieux vaut espacer le plus possible ces individus. Le tout formant, ainsi que le dit M. Peterson, comme un village d'épileptiques, avec son église, son théâtre, ses jeux et ses promenades.

Le pavillon destiné aux enfants mérite de nous arrêter quelques instants. Pour remplir complètement sa destination, il devra se composer d'une section de tranquilles, d'une école et d'un petit quartier cellulaire. Quoique plus rares et d'une plus courte durée que chez l'adulte, la manie et la lypémanie épileptiques se rencontrent néanmoins dans l'enfance et il est de toutes obligations de parer aux besoins particuliers qu'entraînent ces états transitoires ; quant aux maladies incidentes, rien n'empêchera de les soigner dans un petit dortoir du rez-de-chaussée des tranquilles, affecté à cet usage. Si le mal est contagieux, la section cellulaire sera tout indiquée pour l'isolement. A mon avis, cette annexe ne recevrait que les enfants épileptiques dont l'intellect, quoique exposé à des troubles aigus momentanés du fait des attaques, offrirait des ressources suffisantes pour permettre d'espérer la sortie en cas de guérison ou d'amélioration notable de la névrose. Pour les idiots, qu'ils soient ou non atteints du haut mal, j'estime qu'ils doivent être tous traités ensemble dans un autre milieu,

©BIUM

dans le quartier que la nouvelle loi impose aux départements d'annexer à leur asile dans un délai de dix ans. Chez ceux-là, l'épilepsie, en effet, n'est plus qu'un élément secondaire ; loin d'être le mal principal, générateur des perturbations psychiques, il passe à l'état de simple complication, dont la disparition même complète n'influerait pour ainsi dire en rien l'état mental. Qu'on traite en commun tous ces déshérités de l'intelligence, il n'y aura, à cette promiscuité qu'ils ne sauraient apprécier, aucun inconvénient sérieux, le traitement pédagogique est d'ailleurs le même pour les uns et les autres. Au contraire, veut-on soigner les idiots épileptiques dans le pavillon des enfants atteints du mal caduc, mais bien doués néanmoins au point de vue intellectuel, toute une organisation spéciale deviendra nécessaire ; car il est impossible de mêler ceux-là à ceux-ci, à cause de leur gâtisme ou de leurs mauvais instincts. La sélection que j'indique me paraît la plus pratique à tous égards ; elle a été aussi conseillée par le Dr Sachs à l'Association américaine de névrologie.

Enfin, le personnel de l'asile spécial pour épileptiques est non moins digne d'attention. Je ne m'arrêterai pas longtemps sur le personnel supérieur ; en France, nous n'aurons pas, j'imagine, comme en Allemagne, à lutter contre l'ingérence du clergé et à rompre des lances en faveur de la prépondérance du service médical. A cet égard, la discussion, sur l'Assistance des épileptiques, à la séance du 19 septembre 1891 du congrès de Weimar, des aliénistes allemands, est très curieuse et très intéressante à consulter. Certes, dans notre pays, il est à remarquer que le clergé, comme à l'étranger, est à l'affût de l'assistance de l'épilepsie et tend tous ses efforts à maintenir à celle-ci son antique caractère de *morbus sacer*, à preuve, Tain, la Devèze et la Force, et même l'Antiquaille de Lyon, avant M. Lacour et M. Albert Carrier ; il a su attirer à lui toute l'initiative privée et en bénéficier. Cependant les asiles spéciaux à construire devant être des établissements départementaux placés sous la surveillance et l'autorité du ministère de l'intérieur, un tel accaparement n'est point à redouter. Mais le personnel secondaire et son recrutement ont droit à toute notre sollicitude. Dans nos asiles

©BIUM

d'aliénés, tels qu'ils sont agencés, le personnel technique, c'est-à-dire celui chargé de diriger les ateliers et la culture, est essentiellement distinct du personnel des quartiers, chargé de la surveillance. Il en résulte que non seulement il est très restreint, mais d'une indépendance très nuisible au bon fonctionnement du service, surtout quand il est complètement soustrait à l'autorité du surveillant en chef, comme dans certains établissements. C'est là un vice radical d'organisation; car ce personnel ainsi formé ne connaît pas les sujets qu'il occupe d'abord, ensuite il n'est pas sous la dépendance immédiate du médecin, seul en état de le contrôler et d'apprécier le parti qu'il retire des malades ; dès lors il en profite pour en prendre à son aise et n'utiliser que les aliénés qui ne réclament ni surveillance à exercer, ni instruction à recevoir. Aussi, à mon avis, le personnel secondaire chargé de la surveillance des épileptiques travailleurs, partant obligé de vivre continuellement avec eux, devrait être le personnel technique, ayant la mission de les occuper, de les dresser au travail et de leur enseigner la besogne à exécuter. Qu'il soit mieux payé que celui de l'asile, dont on n'exige aucune instruction spéciale et qui n'a d'autre souci que de surveiller les quartiers, soit; mais qu'il réunisse en ses mains toutes les attributions et que, sous le nom de préposés, il ne constitue pas une corporation à part qui, dans ces conditions, n'est guère composée que d'amateurs. On aura ainsi un personnel technique suffisamment nombreux, connaissant bien les malades qu'il emploie et s'occupant d'eux, c'est-à-dire tout le contraire de ce qui existe actuellement. M. Bourneville, au récent congrès de Blois, s'est plaint que l'écueil principal, dans son service de Bicêtre, aussi bien pour le travail agricole que pour le travail des ateliers, tient à l'insuffisance du personnel des chefs d'ateliers ou de culture ; n'ayant pas reçu l'éducation spéciale indispensable pour faire l'office de surveillants, ils se refusent à occuper des aliénés, qu'avec du tact et des précautions, on conserverait pour le plus grand profit des travaux à exécuter et surtout pour le plus grand bénéfice de l'hygiène générale et de la moralisation. Cette plainte de notre éminent collègue, chacun de nous est en mesure

©BIUM

de la formuler, voilà pourquoi le remède que je propose me paraît topique.

Telles sont les réflexions que me suggère une expérience déjà un peu longue des épileptiques, puisque, depuis dix-huit ans, j'en ai toujours eu à soigner dans les neuf asiles auxquels j'ai été successivement attaché. A Ville-Evrard, il est vrai que, quand j'ai pris, en février 1888, la direction médicale de la division des hommes, il n'y en avait pas ; mais, dès la fin de cette même année, j'y ai organisé un grand service de ces malades, dont le nombre est aujourd'hui de cent trente et atteindra deux cent vingt si mes propositions votées par la Commission de surveillance sont, comme je l'espère, acceptées par le Conseil général de la Seine (1). L'Assistance des épileptiques est à l'ordre du jour, à nous de développer ce sentiment d'humanité en faveur de ces infortunés, qui a été si long à se manifester surtout chez nous. Que chacun fasse connaître les résultats de sa pratique, ainsi que sa manière de voir, et, que l'avenir lui donne tort ou raison, qu'il suscite autour de lui approbation ou improbation, il aura combattu le bon combat, puisque, en toute sincérité, sans autre objectif que l'intérêt général, il aura lutté pour le soulagement d'un groupe de malheureux jusqu'à ce jour peu secourus !

---

(1) Marandon de Montyel. *De l'hospitalisation des épileptiques dans la Seine*, in *Tribune médicale*, numéros des 6 et 13 octobre 1892.

©BIUM

SOCIÉTÉ MEDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 31 OCTOBRE 1892.

Présidence de M. Th. ROUSSEL.

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

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de MM. le Dr Paolo Fiordispini, directeur du Manicome de Rome, et Fetcherin, médecin de la Métairie (Suisse), membres associés étrangers.

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de demande de souscription pour la statue de Théophraste Renaudot.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Hallucinations et illusions*, par Julio de Mattos ;
2° IIe volume des *Questions médico-légales*, par Clark Bell. — M. René Semelaigne est chargé de l'analyse de ce volume ;
3° *L'Acromégalie*, par Massalongo;
4° *Travaux de l'Institut d'anatomie et de physiologie du système nerveux de Vienne*, par Obersteiner;
5° *Rapport de la Commission des aliénés de Pennsylvanie* ;
6° *The medico-legal Journal*;
7° *Bulletin du manicome Fleurent* (numéros de mars à août) ;
8° *Annales de Psychiâtrie et d'Hypnologie* (numéros d'août, septembre et octobre);
9° *Revue de l'Hypnotisme* (numéros d'août, septembre et octobre) ;
10° *Brochure sur la vie et l'œuvre de Théophraste Renaudot*, par Gilles de la Tourette.

©BIUM

Les folies du caractère et leurs rapports avec les asiles spéciaux.

M. CHARPENTIER. — Sous le nom de folies du caractère, nous nous proposons de réunir les groupes d'aliénés décrits sous les noms de fous raisonnants, fous moraux, aliénés persécuteurs. Les troubles du caractère que tous ces aliénés présentent, leur importance considérable, telle qu'elle masque les troubles intellectuels qui paraissent nuls, et qu'ils influent cependant sur les opérations intellectuelles ainsi que sur la volonté et les actes, les habitudes et la conduite, sont les motifs de cette dénomination.

Ce n'est donc pas une folie nouvelle que nous décrivons, ce ne sont pas des fous nouveaux, la dénomination elle-même ne l'est pas, car, déjà en 1848, elle était consacrée par Pritchard, aliéniste anglais, à un travail sur ce sujet. Cette dénomination est imparfaite, comme nous le verrons plus tard à propos de sa définition; mais elle nous paraît noter le fait capital de ces groupes d'aliénés et c'est cette considération qui a motivé notre choix.

Après avoir jeté un coup d'œil rapide sur la symptomatologie des trois folies : morale, raisonnante, persécutrice, que nous réunissons sous le nom de folies du caractère, nous exposerons les nombreux symptômes communs que ces trois groupes présentent entre eux, ce qui expliquera la dénomination générale que nous leur donnons. Nous exposerons ensuite les signes différentiels et frappants qui permettront de les distinguer rapidement dans une population d'aliénés quand ils sont séquestrés, et les signes moins nets, quoique certains et constants, qui permettent de les distinguer des gens sains d'esprit quand ils sont en liberté. L'exposé de ces signes communs et différentiels nous permettra de comprendre pourquoi il ne convient pas de les laisser à l'état libre dans la société, et pourquoi aussi il ne convient pas de les mélanger aux autres aliénés dans les asiles. Toutes ces considérations, établies préalablement, nous permettront d'étudier ces folies du caractère dans leurs rapports avec les asiles spéciaux qui sont en

©BIUM

vigueur dans quelques pays étrangers et qui, en France et en Belgique, font un des objets des nouveaux projets de loi.

Nous disions que notre dénomination nous paraissait imparfaite. Ceci est vrai d'autant que le terme caractère, dont tout le monde se sert sans y attacher un sens précis, a un sens très souvent vague et parfois un double sens. Il est plus facile de dire du caractère ce qu'il n'est pas que de dire ce qu'il est ; on voit bien que ce n'est pas l'hérédité, quoique l'hérédité du caractère existe souvent ; ce n'est pas l'éducation, bien que celle-ci agisse parfois heureusement sur le développement du caractère ; ce n'est pas l'imitation, quoique le caractère s'en ressente ; ce n'est pas l'habitude, ni la conduite, quoique toutes deux soient modifiées par le caractère et quoique toutes deux puissent aussi le modifier ; ce ne sont pas les penchants modifiables par lui et aussi ses modificateurs ; ce ne sont pas les sentiments, quoique ceux-ci en soient une cause puissante ; ce n'est pas la sensation, bien que la souffrance d'un organe quelconque trouble le caractère ; ce n'est pas l'intelligence, bien qu'il y ait des relations réciproques entre l'intelligence et le caractère au point de vue causal ; ce n'est pas non plus la volonté, à moins de tout rapporter à la volonté, comme l'ont fait certains philosophes.

En résumant ce qui a été dit du caractère, on voit qu'il a été considéré : 1° comme le mode habituel pour chacun de nous de sentir, de comprendre et d'agir ; 2° comme le mode individuel de sentir et de vouloir, l'intelligence n'y étant pour rien ; 3° comme l'expression individuelle de la volonté seule ; exemple : caractère ferme, énergique ; pour Schopenhauer, le caractère est ce qui chez l'homme change le moins ; que dire alors des individus aux caractères changeants, capricieux ? Nous avons essayé de réunir toutes les épithètes qui pouvaient s'accorder avec le mot caractère. Nous en avons trouvé près de quatre-vingts ; mais en les examinant, nous avons vu que beaucoup d'entre elles convenaient mieux aux mots mœurs, habitudes, humeurs, dispositions d'esprit, tempérament. Maudsley a créé l'expression tempérament fou ; c'est un abus de langage ; nous croyons que le caractère est au cerveau, à l'état cérébral,

©BIUM

ce que le tempérament est au corps, à l'organisation générale. Le caractère peut être un attribut du tempérament, mais non le tempérament. Nous préférerions le mot caractère fou au terme tempérament fou; mais aucune de ces expressions ne nous tente, et si nous avions qualité pour choisir un sens pour le mot caractère, nous y verrions la manière habituelle de sentir, de comprendre et d'agir.

Tous les médecins ont signalé les changements du caractère dans les maladies, et tous les aliénistes y ont insisté au point de vue des maladies mentales. Peu d'auteurs ont écrit spécialement sur le caractère. Labruyère nous décrit des travers d'esprit et s'est dispensé de définir le terme ; des médecins moralistes, tels que Descuret, en font un état de l'âme ; MM. Azam, Bourdet ont écrit un volume sur les maladies du cacaractère ou sur le caractère dans les maladies ; ce sont des études agréables à lire, mais qui ne laissent aucune impression, si ce n'est le sentiment de la difficulté à traiter la question ; les graphologistes, les physionomistes ont trop écrit sur le caractère pour que l'on puisse conclure autre chose que la possibilité de rapports non connus entre l'écriture, la physionomie et le caractère qu'ils n'ont pas défini.

Bernard Perez, dans le *Caractère de l'enfant à l'homme* (1892), est l'auteur qui, scientifiquement, a le mieux abordé la question ; mais, à notre sens, il a trop subordonné le caractère à la motilité, suivant en cela la conception de Delestrez dans son *Etude des passions* (1853).

Cette revue historique était nécessaire pour montrer les difficultés du terme et, cependant, nous excuser de l'avoir employé. Il y a une autre imperfection à notre dénomination, c'est que, si elle s'applique bien aux trois groupes que nous étudions, elle peut s'appliquer à d'autres groupes, tels que les obsessions, les phobies, les mélancolies, chez lesquelles l'inquiétude, la tristesse sont des troubles du caractère et sont des phénomènes presque constants ; il est vrai que ce ne sont pas des vices. C'est un reproche analogue à celui qui avait été adressé à Trélat, lorsque celui-ci a produit son admirable *Traité de la folie lucide*. Nous avions pensé, malgré les reproches,

©BIUM

à reprendre cette dénomination ; mais Trélat avait groupé sous ce nom d'autres aliénés que les nôtres et le groupement n'eût pas été assez homogène. Notons cependant que les chapitres VII, VIII, IX de ce volume ont pour titres « les jaloux, les orgueilleux, les méchants, les aventuriers, les dissipateurs », titres qui semblent bien indiquer combien l'auteur se préoccupait du caractère des individus qu'il a décrits.

Cette préoccupation du caractère de ces aliénés n'a pas été particulière à Trélat, car elle a été l'objet constant des discussions importantes qui, de 1850 jusqu'à nos jours, ont rempli les séances de notre Société médico-psychologique, soit lorsqu'il s'agissait du délire partiel dans ses rapports avec le délire général, soit des rapports entre les monomanies et le délire général, soit de la manie raisonnante, soit des folies sans délire, soit de la folie avec conscience, soit des manies dangereuses, soit encore des aliénés criminels. Toujours, dans ces brillantes discussions, ce sont les mêmes malades qui ont été remis au jour, les aliénés raisonnants, les fous moraux, les aliénés persécuteurs ; ce sont toujours eux qui faisaient le fond de la discussion. Examinons rapidement chacune de ces trois folies.

Le fou raisonnant, si bien décrit par M. le Dr Campagne, asservit volontairement l'exercice de ses facultés intellectuelles à la satisfaction de sentiments mauvais, issus en général d'un égoïsme exagéré et plus spécialement de l'orgueil. Opinion extrêmement satisfaisante de ses facultés intellectuelles ou morales, de son énergie, de sa volonté, et mépris de ces mêmes qualités chez autrui, tel est le moteur principal de sa manière de considérer, de juger, et, par suite, de discuter pour prouver sa supériorité ; de là, cette habitude de contredire tout argument, de ridiculiser les actes et la conduite d'autrui et de vouloir imposer ses idées et faire subir le joug de sa volonté à tous ceux qui l'entourent. Il a la prétention de toujours bien penser, de ne jamais se tromper, de toujours agir logiquement, et c'est cette conviction erronée qui l'empêche de tolérer la contradiction, quoiqu'il la recherche avidement, qui engendre en lui une susceptibilité outrée et qui le rend plus ou moins réfractaire à toute discipline imposée ; toujours

©BIUM

mécontent, il ne cache jamais son mécontentement et le traduit trop souvent par des injures, des calomnies, des menaces ou des actes violents ; il est rusé, dissimulé, souvent coléreux et emporté, toujours irrité. Il n'est jamais reconnaissant, ordinairement défiant et envieux. Ses facultés intellectuelles ne se montrent que sous l'influence de ses mauvais sentiments ; quand ceux-ci se taisent, il retombe dans l'inertie ; lors même que ces facultés sont assez développées, elles produisent un résultat nul en raison de l'infériorité des motifs et du but : vanité. Orgueil et accessoirement envie, défiance, irritation et colère, tels sont les vices de caractère durables du fou raisonnant. Ajoutons que souvent il présente, mais à titre secondaire, des signes du fou moral ou du fou persécuteur et parfois des deux. Les actes et la conduite des fous raisonnants sont la conséquence nécessaire de ces vices dans le développement desquels la volonté intervient presque constamment, sauf lorsque, par la durée, ils se sont transformés en habitudes, et encore leur volonté pourrait encore intervenir, mais ils ne veulent pas l'exercer dans ce sens.

L'individu atteint de folie morale met volontairement ses facultés intellectuelles peu développées ou ordinaires au service de ses désirs, de son plaisir, de ses penchants, de ses instincts, il ne veut pas raisonner avec le plaisir, il ne veut pas résister à ses attraits, il le suit et, pour être plus exact, il le poursuit pour le goûter sans se soucier des conséquences ni pour autrui ni pour lui-même ; ce qu'il désire devient un but immédiat et il ne désire que le mal. On dit généralement que chez le fou moral, le sens moral n'existe pas et de là viendrait sa dénomination ; c'est une expression mauvaise et de plus erronée ; mauvaise, car elle assimile à un sens un sentiment ; erronée, car le fou moral a la notion du bien et du mal. Ce n'est pas un daltonien, comme l'a dit Maudsley, car le daltonien confond le rouge avec le vert et le fou moral ne confond pas le bien avec le mal ; pour faire cette confusion, il faut que le fou moral soit en même temps imbécile et, dans ce cas, c'est à l'imbécillité qu'est subordonnée la folie morale qui devient ici un symptôme. Le fou moral connaît la valeur des actes qu'il commet, l'opinion générale ou légale sur ces actes,

©BIUM

le blâme ou la pénalité qui y sont attachés, les conséquences qui en résultent pour autrui ou qui pourront en résulter pour lui, mais il est indifférent à ces conséquences; il désapprouve les mesures légales, la loi et l'opinion générale ; il dit que cette opinion générale se trompe sur l'acception du mot bien et du mot mal; pour lui, le mal, c'est ce qui lui cause de la peine immédiatement, et le bien ce qui lui cause immédiatement du plaisir ; il ne manque donc pas de discernement ; il commet le mal non parce qu'il l'ignore, mais parce que cela lui plaît ; il le connaît, d'ailleurs, puisqu'il le recherche. Le fou moral travaille, si le travail est pour lui un plaisir; mais la mobilité de ses désirs empêche l'effort soutenu et engendre en lui l'instabilité au lieu de la persévérance ; il ne peut contracter de bonnes habitudes que sous l'influence d'une discipline sévère ; le fou moral est toujours plus ou moins atteint de la manie de raisonner, de discuter; il est souvent vaniteux, envieux et défiant; il est aussi souvent persécuteur; le penchant aux alcools et à tous les excès, la colère et la violence sont presque de règle chez ces sujets; ils ont un goût marqué pour tout ce qui est défendu par les lois, les usages et les mœurs. Ce sont tous ces vices de caractère qui, par leur association variée, produisent les variétés de fous moraux, depuis le coupeur de nattes jusqu'au violateur de sépultures et à l'incendiaire, depuis le masturbateur jusqu'au sodomiste, depuis le vagabond et le mendiant jusqu'à l'escroc et à l'assassin. Comme chez les fous raisonnants, leurs facultés intellectuelles n'entrent en exercice qu'à propos de la satisfaction de leurs vices, penchants et instincts. En dehors de ces excitants, ils retombent dans une inertie qui est prise trop souvent pour du regret ou du remords et fait croire à leur amélioration.

En résumé, la paresse, l'instabilité, la perte des sentiments affectueux, l'anéantissement du sentiment du bien, la perte des notions de famille, de propriété, de respect de soi-même, le désir de satisfaire immédiatement ses mauvais penchants, les impulsions dites à tort irrésistibles sont les vices principaux du caractère du fou moral. Ajoutons-y, à titre accessoire, la vanité, l'orgueil, la colère, l'envie et la haine.

©BIUM

Les aliénés persécuteurs, ceux-là sans hallucinations ni troubles de la sensibilité, ce qui les distingue des autres persécutés, déjà très bien décrits par Lasègue, Legrand du Saulle et surtout M. Falret, mettent volontairement leurs facultés intellectuelles, conservées, peu ou très développées, au service d'un sentiment spécial, prépondérant sur leurs autres mauvais sentiments : la haine ; la haine, c'est ce qui les caractérise. Que cette haine se porte sur l'état social, sur des institutions, des groupes, la famille ou sur un seul individu, elle est nécessaire à l'aliéné persécuteur; il est bien différent de ceux qui ont des hallucinations et des troubles douloureux ; chez ceux-ci, le sentiment de haine est si intimement lié avec ces symptômes par les idées de persécution qui servent d'intermédiaire entre la sensation pénible et le sentiment haineux, que celui-ci suit en intensité les variations de la sensation douloureuse. Chez l'aliéné persécuteur, la haine est constante; il est reconnaissable dès l'enfance ; il est alors à la fois taquin, volontaire, vaniteux et défiant ; si ces défectuosités ne disparaissent pas avec l'âge, le persécuteur apparaîtra plus ou moins intense, plus ou moins rapide, plus ou moins délinquant, mais toujours nuisible et dangereux, d'autant plus nuisible et dangereux que ses facultés intellectuelles, son énergie et sa volonté seront plus conservées, plus développées et parfois brillantes au point de faire méconnaître la folie, et chez ces sujets on la méconnaîtra toujours, si on méconnaît les relations intimes entre l'intelligence et les sentiments violents et vivaces tels que la haine. Le persécuteur a toujours besoin d'éprouver ce sentiment ; la satisfaction de ce besoin est devenue pour lui un plaisir; parfois, l'objet de la haine peut changer avec l'âge, un camarade de classe ou d'atelier est remplacé par un concurrent ou un voisin, un parent est remplacé par la femme ou les enfants, un individu par une agglomération, la famille par une société, mais il leur faudra toujours haïr.

On répète toujours qu'on peut être un persécuteur et n'être pas un fou, il faut s'entendre sur la valeur du mot; réprimer le mal, empêcher quelqu'un de faire le mal, éviter ceux qui font le mal, cela ne peut s'appeler persécuter ; pour être persécuteur, il faut se tromper sur

©BIUM

l'individu que l'on persécute, le croire mauvais quand il ne l'est pas, lui reprocher des actes qu'il n'a pas commis, des pensées ou des intentions qu'il n'a pas eues ; chez le persécuteur, on trouve toujours unies la haine et l'erreur. Il se peut que le persécuteur n'ait de haine que pour un individu et ne se trompe que sur un point par rapport à cet individu, l'union n'en persiste pas moins du sentiment haineux au jugement erroné. A ceux qui objectent que la haine et l'erreur ne suffisent pas pour constituer une folie, on pourra toujours leur demander si l'erreur et la haine sont les indices d'un esprit sain ; il est bien entendu que nous ne parlons que de haine et d'erreur durable et permanente et non d'une erreur passagère ni d'un sentiment éphémère.

Chez le persécuteur, la haine a presque toujours des racines prolongées jusqu'à l'enfance; n'appelons pas cet état la folie intellectuelle, nous serons obligés de l'appeler folie du caractère ou folie par habitude.

La description de nos trois groupes de fous, quoique incomplète, puisqu'elle s'est bornée à leurs vices de caractère, peut permettre de saisir les signes communs qu'ils présentent entre eux et de les réunir en un groupe plus général.

Le type de folie raisonnante indemne de folie morale et de folie persécutrice est rare ; même rareté pour le type du fou moral et pour celui de l'aliéné persécuteur ; il y a ordinairement chez chacun un mélange des trois folies, mais avec prépondérance d'une seule. Cette fréquence d'association dss trois formes de folie, en répartition variable quant aux éléments, constitue un *premier signe* des folies du caractère.

Le *second signe* consiste dans la subordination volontaire des facultés intellectuelles au service des sentiments et goûts mauvais, goût de la vanité chez le fou raisonnant, goût du mal chez le fou moral, goût de la haine chez le fou persécuteur, goût subordonné lui-même à l'habitude. Cette subordination volontaire peut être discutée utilement et demande d'ailleurs quelques explications. L'habitude est le résultat de la répétition fréquente et longtemps prolongée de mouvements d'abord intentionnels, voulus, puis devenus automatiques, involontaires et presque inconscients ; ce n'est pas seulement

©BIUM

vrai pour le mouvement, l'habitude s'applique aussi aux sentiments, s'applique aux idées et s'applique même partiellement à la volonté ; nous disons partiellement parce que, dans l'habitude, la volonté peut toujours intervenir ; la partie de la volonté qui n'a pas encore subi l'influence de l'habitude peut agir sur le reste de cette partie de volonté devenu habitude, involontaire et inconsciente. La volonté ne se perd réellement qu'avec la conscience ou, du moins, se perd parallèlement à elle, car les aboulies dont les sujets ont conscience ne sont pas des pertes réelles de la volonté, mais une erreur de ces malades qui sont persuadés qu'ils ne peuvent plus vouloir.

Or, si les aliénés de nos trois groupes n'ont pas conscience qu'ils sont fous, ils ont néanmoins conscience des idées qu'ils ruminent, des actes qu'ils exécutent et aussi de leur volonté, car ils ne se gênent guère pour nous la manifester dans nos services ; ce qui constitue leur folie ou leur trouble mental particulier, c'est l'habitude prise de vouloir se complaire dans le plaisir émotionnel de leurs idées fausses et des sentiments mauvais qui s'y rattachent, mais ils ont conservé tout le reste de leur volonté, qui est souvent immense chez eux, pour pouvoir triompher de cette partie de la volonté qui est devenue habitude. Ils peuvent le vouloir et ils ne le veulent pas, en raison de l'intensité de l'émotion de plaisir qui résulte de cette habitude elle-même, plaisir qu'ils ne veulent pas interrompre ; ils le peuvent pourtant pendant le temps qu'ils travaillent ; ils le peuvent surtout quand un plaisir nouveau, plus intense que leur plaisir habituel, quand un plaisir comme celui de la liberté, qui leur est enlevée par la séquestration, annihile le plaisir habituel qu'ils éprouvent dans les émotions résultant de leurs sentiments mauvais et de leurs idées fausses. C'est même ce développement du plaisir de la liberté qui constitue un bienfait de la séquestration, car c'est la séquestration seule qui développe assez énergiquement chez eux cet amour de la liberté. Quand nos sujets en arrivent à ce degré de passion pour la liberté, ils détournent toute leur attention de leurs idées fausses pour la concentrer sur les moyens de sortie ; ils rompent lentement l'ancienne habitude ; ils mettent en jeu toutes leurs facultés

©BIUM

intellectuelles à cet effet et, à ce moment, nous ne pouvons plus non seulement préciser, mais même savoir qu'ils ne sont pas guéris. Que s'est-il passé en eux? Le réveil de cette portion de volonté annihilée et subjuguée par le plaisir habituel, lequel est devenu nul depuis qu'un plaisir nouveau et plus intense s'est développé, une orientation nouvelle de cette volonté s'est faite sous l'influence de ce plaisir nouveau ; mais n'oublions pas que c'est toujours l'émotion plaisir ou désir qui les excite et non la sagesse ; c'est pourquoi ils reviennent dans nos asiles quand ce plaisir vient à diminuer en étant satisfait par l'exeat accordé.

Le *troisième signe* commun, c'est l'entretien et parfois le développement des facultés intellectuelles sous l'influence de ces mêmes vices de caractère, sentiments, penchants et instincts mauvais.

Le *quatrième signe*, très important pour les déductions pratiques, consiste dans la conscience des actes qu'ils font, des conséquences que ces actes entraînent, de la valeur qui y est attachée par l'opinion générale ; ils ne se conforment pas à la raison commune de M. Falret parce qu'ils ne l'admettent pas et non parce qu'ils l'ignorent.

Le *cinquième signe* est leur évolution lente, tellement lente, que parfois on n'aperçoit pour ainsi dire pas de changement en eux à plusieurs années de distance. On peut dire de ces aliénés que s'ils sont devenus des étrangers aux autres sous le rapport de leur conduite dans le monde social, ils ne sont pas devenus étrangers par rapport à eux-mêmes, car ils n'ont changé ni leur conduite, ni leur manière de sentir, ni leur manière de penser ; les traits de leur caractère ont pu s'accentuer, mais ils n'ont pas changé, ils n'ont surtout pas disparu; leurs vices de caractère peuvent s'atténuer transitoirement ; mais disparaître, jamais.

Un *sixième signe*, moins constant, c'est l'anéantissement apparent de leurs facultés intellectuelles quand elles sont sollicitées par d'autres excitants que ces sentiments mauvais.

Un *septième signe commun*, c'est l'anéantissement graduel des quelques sentiments affectueux ou sociaux qu'ils pouvaient avoir autrefois et l'apparition graduelle

©BIUM

de nouveaux vices de caractère qui viennent s'ajouter aux précédents.

Ils présentent encore deux autres signes sur lesquels nous demandons la permission d'insister en raison de leur importance, c'est leur conduite dans les asiles, qui permet de les distinguer si nettement des autres fous, que le public tend à les croire non aliénés quand ils sont séquestrés, et leur conduite à l'état libre dans la société, conduite telle qu'elle permet toujours de les distinguer des gens sains d'esprit.

Huitième signe commun. Leur conduite dans les asiles. Nous y avons déjà insisté dans d'autres communications ; autant les autres fous sont relativement disciplinables en dehors de leurs accès d'excitation, autant les sujets de nos trois groupes sont réfractaires à la discipline, si celle-ci n'est pas appuyée par des mesures de punition, inapplicables dans un asile d'aliénés qui doivent être considérés comme des malades. L'erreur actuelle est d'assimiler les fous avec vices de caractère aux autres aliénés, et par suite à des malades.

Insubordination vis-à-vis du personnel, insultes les plus variées, agressions fréquentes, murmures continuels contre les dortoirs, la literie, les réfectoires, la nourriture, les heures de repos, les heures de sommeil, l'habillement. Demandes de médicaments et refus de les prendre quand ils sont ordonnés, réclamations incessantes à propos du tabac, instabilité dans le travail ou refus de travail sous prétexte qu'il est trop pénible ou humiliant ou mal rémunéré ; défaut de tolérance vis-à-vis des autres aliénés, si surtout ceux-ci restent sourds à leurs projets de complots ; calomnies continuelles et variées ; tous notent les accidents inévitables dans un service d'aliénés et les travestissent en les attribuant à des intentions malveillantes de la part du personnel, parfois victime de leurs plaintes trop écoutées ; leurs lettres ou leurs mémoires sont, de tous les signes qu'ils présentent, les meilleurs pour les reconnaître, car s'ils nient ce qu'ils ont dit ou fait, ils ne peuvent renier ce qu'ils ont écrit ; là s'exhalent tous leurs vices de caractère, sauf lorsque, devenus dissimulateurs et voulant donner le change, ils y affectent des sentiments hypocritement exprimés, capables de tromper ceux qui ne

©BIUM

les connaissent pas ou ceux qui les connaissant, ont un intérêt quelconque à paraître y croire. Parfois, la dissimulation de ces aliénés est telle qu'ils n'écrivent plus, ne laissent rien trahir de leurs sentiments mauvais autres que l'irritation ou l'ennui d'être séquestrés et le mépris envers ceux qui les traitent et qu'ils accusent d'être les auteurs de la durée de leur séquestration. A ce moment, les médecins peuvent bien pressentir la dissimulation, mais ne peuvent plus la prouver et finissent, de guerre lasse, par proposer la sortie.

Tous les médecins d'asiles, quelles que soient leurs opinions respectives sur ces malades, s'accordent à les considérer comme les plus nuisibles à la tranquillité des services, si nécessaire au traitement des véritables malades; leurs tentatives d'évasion sont fréquentes : « Je ne connais pas, a dit M. Campagne dans son excellent ouvrage sur la folie raisonnante, d'asile en France, capable de s'opposer aux tentatives d'évasion des fous raisonnants. » Cette proposition est applicable aux deux autres groupes de nos folies.

De plus, et nous en faisons un *neuvième signe commun*, ces folies liées aux vices du caractère se terminent très rarement dans nos asiles par la mort, ils n'y restent pas ; nous finissons toujours par les renvoyer, car nous ne pouvons prouver qu'ils ne sont pas guéris, ou bien ils s'évadent, ou bien ils sortent par une intervention administrative.

Si ces aliénés ne restent pas dans nos services, pourquoi les y envoyer, puisque le résultat est nul? aussi comprenons-nous très bien les médecins qui, en l'absence de réquisition officielle, refusent de délivrer des certificats tendant à leur séquestration. Certes, des aliénistes célèbres, Trélat entre autres, ont eu le grand courage et, par suite, le grand mérite d'établir d'une façon péremptoire combien ces individus différaient des gens sains d'esprit, et combien ils étaient dangereux et nuisibles à l'état de liberté, tant à cause de leurs vrais délits qu'en raison « du chagrin, du déshonneur, des discordes, des souffrances de toutes sortes qu'ils répandaient autour d'eux », par des actes que la loi n'a pas prévus, ou n'a pu réprimer faute de preuves suffisantes ; on comprend très bien que ces médecins aient

©BIUM

considéré comme nécessaire la séquestration de ces aliénés ; mais, depuis ce temps, nos asiles ne sont plus des asiles fermés, les mesures disciplinaires se sont relâchées et, à cet égard, on est allé d'un extrême à l'autre, nos établissements sont plus attaqués pour des raisons étrangères à la science et aux sentiments d'humanité, et, si Trélat vivait de nos jours, il continuerait à demander que la société fût préservée contre ces individus, mais par d'autres moyens que par la séquestration dans nos asiles actuels, d'autant que les vrais fous n'en tirent aucun bénéfice.

Enfin, et c'est là un *dixième signe* des plus importants : ce sont presque toujours ces aliénés qui sont les occasions d'accusations de séquestration arbitraire. Quand ils n'en sont pas les motifs, on peut être à peu près certain que les accusateurs sont eux-mêmes porteurs de ces vices du caractère ; mais ceux-ci ont évité les délits prévus par la loi, ils en sont restés à la période de prudence, cependant ils redoutent que, plus tard, pareil sort ne leur soit réservé et nous comprenons leurs appréhensions.

Nos trois groupes forment donc dans les asiles, par leur conduite, dictée par leurs vices de caractère, un groupe à part, tranchant nettement sur le restant de la population folle et, par rapport à cette population folle, on peut dire qu'ils diffèrent autant des véritables fous qu'ils diffèrent des gens sains d'esprit quand ils vivent à l'état de liberté au milieu de ces derniers. C'est ce que nous allons tenter d'établir, et cette nouvelle différenciation constituera un *douzième signe*, très important pour les caractériser.

Quand ces sujets sont séquestrés dans nos asiles, leurs amis déclarent que ce ne sont pas des fous ; quand ils sont en liberté, ceux auxquels ils nuisent les considèrent comme des fous, les autres conviennent qu'ils ont quelque chose de particulier, des bizarreries de caractère, voire même des vices, mais pour eux ce n'est pas de la folie, ce ne sont pas des fous.

Si tous les aliénistes ne considèrent pas les vices de caractère comme un signe de folie, il est facile néanmoins de remarquer que ces vices de caractère sont loin d'indiquer que l'individu est sain d'esprit, car, nous le répé-

©BIUM

tons, le caractère est constitué par les traits physiques, intellectuels et moraux de l'individu, le caractère est le mode individuel de sentir, penser et agir, le caractère est une modalité fonctionnelle du cerveau ; alors même que le point de départ est dans le pied ou l'estomac et le mode de manifestation dans le poing ou dans la main armée, c'est toujours le cerveau qui est en jeu dans l'expression du caractère ; le caractère, ses troubles passagers et ses vices durables ont leur condition d'être dans le cerveau ; le caractère est un état cérébral d'ordre fonctionnel. Un individu sain d'esprit peut offrir un trouble éphémère du caractère, de même qu'un individu sain de corps peut perdre passagèrement l'équilibre en marchant; mais, si la perte d'équilibre est fréquente ou répétée ou durable, elle fera supposer un trouble dans le système moteur qui cessera d'être considéré comme sain ; de même, le trouble du caractère durable ou ses vices durables devront toujours faire admettre que le sujet porteur de ces troubles ou vices n'est pas sain d'esprit. Les déséquilibrés de l'esprit doivent être considérés comme des aliénés et non simplement comme suspects de folie; pour beaucoup de gens, la déséquilibration intellectuelle n'indique pas la folie, c'est une erreur grave ; les déséquilibrés, les individus à vices de caractère et les aliénés sont un, leur essence est la même. Et d'ailleurs, Esquirol n'a-t-il pas défini la folie, une affection chronique apyrétique, caractérisée par des désordres de l'intelligence, de la sensibilité et de la volonté ; cela ne revient-il pas à dire que l'aliénation est constituée par les désordres du caractère, puisque le caractère est le mode d'expression de l'intelligence, de la sensibilité et de la volonté ?

Revenons à la conduite de nos sujets à l'état de liberté. Nous n'insistons pas sur les homicides qu'ils commettent; nos recueils périodiques n'ont qu'à être consultés pour voir qu'ils ne sont pas rares; ils surviennent même dans l'intérieur de nos asiles, ce n'est pas fréquent, heureusement, et ce n'est pas toujours dans les services les plus sévèrement disciplinés qu'ils se commettent, tant s'en faut.

Examinons ces sujets dès l'enfance ; ils sontdéjà reconnaissables, ils ont tous les vices de l'enfance ; mais chez

©BIUM

l'individu sain ces vices disparaissent par l'éducation, l'instruction et même le développement naturel chez les natures bien douées ; la colère, la violence, l'entêtement, l'envie, la défiance, la vanité, la ruse et le mensonge disparaissent chez ceux-ci, persistent et se développent chez nos sujets ; à l'adolescence, la médisance, la calomnie, l'hypocrisie et la dissimulation apparaissent, et au moment de la puberté, les vices génitaux et la précocité des mauvais penchants s'y rallient. Le renvoi des classes dans l'enfance est remplacé par le renvoi des ateliers plus tard, l'abandon des études est remplacé par les peines disciplinaires de l'armée ; le vol dans la famille se poursuit aux dépens des étrangers. Nos sujets sont-ils mariés ? ils désertent le foyer conjugal, comme d'autres désertent l'armée, et comme la désertion militaire est plus grave, et par suite plus rare, les abandons dans le mariage, moins poursuivis, sont plus fréquents. « Désaccord, violence, désordre, séparation, misère, tel est leur tableau conjugal, » d'après Trélat, qui les a si bien observés. Les penchants à d'autres vices s'ajoutent et viennent d'autant favoriser le nombre et la variété des délits. « Beaucoup ne tuent pas, dit l'auteur de la *Folie lucide*, mais ils font mourir en détail ceux au milieu desquels ils vivent. Doués d'empire sur eux-mêmes, ils réservent, les uns leurs caprices et leurs exigences, d'autres leur orgueil blessant, un certain nombre leurs fureurs, pour leurs familles ou leurs proches, qui n'osent se plaindre. » Souvent, c'est un délit grave qui fixe sur eux l'attention, et c'est à ce moment que se dresse le fastidieux problème : Sont-ils responsables ou non ? comme si la réponse allait changer leur caractère, leur nature. Responsables, ils sont tellement indisciplinés dans les prisons ou simulateurs de folie ou furieux, que les prisons les considèrent comme des aliénés et nous les renvoient ; irresponsables, ils troublent tellement par leur indiscipline l'ordre nécessaire dans les asiles, que nous réclamons pour eux des mesures pénitentiaires, mesures que nous ne voulons admettre que pour les prisons, et qu'à défaut nous préférons leur transfert dans un autre asile, voire même leur sortie. Qu'ils soient responsables ou non, fous ou non, peu importe l'étiquette, ils sont incorrigibles, et cela, non en vertu de leur intelligence seule, mais en vertu

©BIUM

de leurs vices de caractère ; ils sont aussi incorrigibles que beaucoup de criminels des prisons reconnus comme non aliénés; ils sont d'autant plus dangereux qu'ils sont plus rusés, qu'ils ressemblent plus à des gens sains d'esprit, qu'ils ont plus l'air de jouir de la plénitude de leurs facultés intellectuelles, qu'ils sont plus appréciés pour leurs connaissances professionnelles, qu'ils sont surtout plus puissants, témoins les despotes et les tyrans de tous les régimes.

Enfin, ils présentent un dernier signe, à notre avis des plus importants et qui a fait autrefois l'objet de sérieuses discussions : c'est l'absence de délire. Les aliénés de nos trois groupes, et nous vous prions, messieurs, de vouloir continuer à nous prêter votre indulgente attention, ces aliénés n'ont pas de délire. Et c'est ce que Pinel avait bien remarqué quand il les décrivait sous le nom de manie sans délire. Les folies liées aux vices du caractère méritent à juste titre le nom de folies sans délire. Certes, ces sujets peuvent délirer sous l'influence de l'alcool, et il n'y a pas besoin d'être aliéné pour délirer par l'alcool ; ils peuvent délirer en cas d'érysipèle, de pneumonie ou d'autres maladies, occasion de délire ; mais, dans ces cas, c'est un délire spécial à la maladie occasionnelle qui vient s'ajouter à leur état mental ordinaire ; ils peuvent avoir ces délires comme des sujets non aliénés peuvent avoir ces mêmes délires sous l'influence des mêmes maladies ; mais ils n'ont pas un délire spécial à leur état de fous raisonnants, moraux ou persécuteurs. Nous irons au-devant de la discussion en affirmant qu'ils n'ont ni délire extérieur, ni délire intérieur. Le délire intérieur existe dans certains cas de stupeur et dans la période de dissimulation de la mégalomanie, de certains mystiques, du délire de persécution chronique systématisé, dans la période de convalescence de certains délires de persécution passagers.

Nos trois groupes d'aliénés sont bien aussi des dissimulateurs, mais ils n'ont pas de délire intérieur, pas plus qu'extérieur ; ce qu'ils dissimulent, ce sont leurs opinions erronées, leurs sentiments mauvais, leurs penchants nuisibles, leurs pensées et leurs projets déraisonnables, mais tout cela ne constitue pas du

©BIUM

délire : un anarchiste qui répand ses propos de destruction ne délire pas ; un individu qui soutient qu'on ne peut mesurer la distance entre le soleil et la terre ne délire pas. Et quand, comme tous nos collègues, nous exposons, — pour nous conformer ainsi à la raison commune scientifique, — sous le nom de délire, les pensées de ces sujets, leurs idées, leurs sentiments, nous exposons les désirs d'un être qui déraisonne, mais non d'un être délirant, la déraison et le délire sont deux termes qui demandent à être bien distingués et qui, au contraire, sont presque toujours confondus ; les propositions de nos sujets vont contre la raison, contre les principes sociaux admis par les esprits sages, les mœurs et les convenances des hommes civilisés ; ce sont des propositions déraisonnables, ce n'est pas du délire ; par le heurt qu'ils produisent, contre la raison ou contre les principes sociaux admis, contre les usages et convenances sociales, ils peuvent n'être pas compris, pas plus que de vrais délirants ; mais ils ne délirent pas ; ils n'ont de commun avec le délirant que le fait que les esprits sages souvent ne comprennent rien à l'étrangeté de leur proposition déraisonnable, mais non délirante ; ils sont excités souvent et peuvent, à ce titre, être considérés comme des maniaques, mais ils auront alors l'excitation maniaque sans délire.

Les erreurs de jugement qu'ils commettent comme conclusion de leurs raisonnements, les erreurs dans les principes qui servent de point de départ sont déraisonnables, mais ne constituent pas le délire.

Les incidences, les digressions nombreuses qui rendent leur conversation fatigante et empêchent parfois de les comprendre ne sont pas du délire ; leur incohérence n'est qu'apparente. Quand un aliéné raisonnant soutient énergiquement deux opinions qui se contredisent, il ne délire pas ; alors, dans ce cas, il ne sait pas raisonner mais croit raisonner. Je le répète encore, il déraisonne et ne délire pas.

Le vrai persécuté-persécuteur avec troubles de la sensibilité et hallucination, le mégalomane, ceux-là sont susceptibles tour à tour de raisonner et de délirer ; les aliénés de nos trois groupes ne délirent jamais, sauf dans les cas pathologiques, érysipèle, etc., et sauf aussi

©BIUM

lorsque apparaissent les troubles de la démence, mais celle-ci, encore là, n'est pas une démence propre à ces trois groupes de folie.

RÉSUMÉ. — En résumé, dans les folies liées aux vices de caractère, nous trouvons :

L'association fréquente chez un même sujet des trois formes de folie, avec prépondérance de l'une d'elles.

La subordination volontaire des facultés intellectuelles aux émotions de nature agréable pour eux, résultant de leurs sentiments ou penchants mauvais.

Le discernement dans leurs actes.

Le développement fréquent, l'entretien des facultés intellectuelles sous l'influence de leurs sentiments, de leurs penchants et de leurs vices de caractère.

L'indifférence et l'affaissement de ces mêmes facultés en l'absence des mêmes excitants.

La disparition graduelle des bons sentiments qui pouvaient encore leur rester.

L'apparition graduelle de nouveaux vices de caractère et de nouveaux penchants mauvais.

La lente évolution de ces vices de caractère depuis l'enfance; leur caractère ne change pas, il ne fait que s'accentuer dans son expression vicieuse.

Leur conduite dans l'asile, qui les distingue nettement des autres fous. Leur conduite à l'état libre dans la société, ce qui les distingue des gens sains d'esprit.

La rareté de leur mort et de leur séjour très prolongé dans les asiles, la rareté de la démence, à moins de cause pathologique particulière ; ils finissent toujours par sortir.

Leur rôle capital dans les accusations de séquestration arbitraire.

Leur absence de délire contrastant avec leurs propos déraisonnables.

Tels sont les signes nombreux qui nous ont autorisé à réunir ces trois groupes en un seul plus synthétique. Ces signes vont nous permettre d'apprécier les rapports de ces sujets avec les asiles spéciaux, ce qui sera l'objet de notre prochaine communication.

©BIUM

Des questions à mettre à l'étude, relatives au délire de persécution.

M. FALRET prend la parole à propos du délire de persécution. La discussion qui s'est ouverte au sein de la Société sur le délire de persécution a permis d'élucider beaucoup de points, tels que la question du délire de grandeur, qui est plus fréquent qu'on ne croyait autrefois, ce qui tient en partie à ce que les persécutés avouent beaucoup plus facilement leurs idées de persécution que leurs idées de grandeur. On a reconnu aussi que la vraie démence n'existe pas, ou est du moins très rare, dans le délire de persécution. Nos discussions ont donc été utiles. Mais il est d'autres questions sur lesquelles il serait intéressant de revenir et que je ne veux que signaler aujourd'hui.

1° Il y a d'abord celle du début. Est-ce dans l'enfance, comme je le crois, ou plus tard, qu'il a lieu? Presque toujours il remonte aux années de collège. Dès cette époque, les persécutés étaient différents de leurs camarades, ne participaient pas aux jeux, n'avaient pas d'amis. Peu à peu leur défiance se développe et ils en arrivent au délire de persécution. Il en est cependant qui n'y entrent que plus tard, à une époque qu'on peut fixer. Il y a eu, comme dit Lasègue, un vertige mental, à partir duquel le délire s'établit, ou bien, surtout chez les femmes, il se produit à l'âge critique. Il y a donc trois espèces de début : puberté, âge adulte, âge critique. Il y aurait à étudier ces variétés de début.

2° La seconde question concerne l'hérédité. Il y a à cet égard deux opinions : les uns considèrent ce délire comme des plus héréditaires, les autres excluent complètement l'hérédité. Or, on ne peut nier que la plupart des persécutés ont des aliénés dans leur famille. D'autre part, on voit tous les jours des persécutés ayant des stigmates de dégénérescence. Les auteurs allemands ont déjà placé le délire de persécution parmi les délires de dégénérés.

3° Les persécuteurs raisonnants n'ont pas d'hallucinations de l'ouïe. Mais en dehors d'eux tous les persé-

©BIUM

cutés ont-ils des hallucinations de l'ouïe ? Il semble que certains d'entre eux n'ont que des interprétations délirantes. C'est un point intéressant à élucider.

4° Nous avons dit, Lasègue et moi, que l'hallucination de la vue était incompatible avec le délire de persécution. Cependant on observe quelques malades présentant des phénomènes du côté de la vue. Mais, tantôt ce sont des illusions, des interprétations délirantes ; tantôt il y a des phénomènes subjectifs, par le fait d'affections oculaires, qui sont transformés en hallucinations. C'est encore là une interprétation délirante à propos de perceptions subjectives et l'on voit des malades croyant à leurs persécutions et qui font la différence entre les deux et jugent ces phénomènes comme un état extérieur à eux. Il y a donc une étude intéressante à faire sur les pseudo-hallucinations de la vue. Du reste, il faut tenir compte aussi des erreurs de diagnostic.

5° A quelle période commencent à se montrer les hallucinations de la sensibilité générale ? Chez certains persécutés à début hypocondriaque, elles servent de base au délire. Mais, dans d'autres cas, c'est après ou en même temps que l'hallucination de l'ouïe que paraissent celles de la sensibilité générale. Elles n'arrivent qu'à la période d'état de la maladie.

6° Les hallucinations génitales sont très fréquentes, surtout chez les femmes, mais aussi chez les hommes. On a établi un rapport entre les idées de grandeur et les hallucinations génitales. Il serait intéressant d'élucider si elles s'excluent ou peuvent coïncider.

Ces différentes questions n'ont pas seulement un intérêt clinique ; elles en ont un théorique. La divergence qui existe entre nous sur le délire de persécution et le délire chronique ne réside guère que dans la délimitation de l'affection. Du reste, il est à remarquer que la tendance des partisans du délire chronique est de le restreindre de plus en plus, et d'admettre de plus en plus des formes de délires de persécution en dehors du délire chronique, puisque M. Magnan est arrivé à en établir cinq types. De sorte que plus on étudie ce délire, plus on découvre de difficultés dans son étude. En dehors de la question de doctrine, il y a la clinique des

©BIUM

malades; je crois donc qu'il serait utile de continuer la discussion sur les différents points que je viens de signaler.

La séance est levée à 5 h. 1/2.

PAUL SOLLIER.

SÉANCE DU 28 NOVEMBRE 1892

Présidence de M. CHRISTIAN.

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

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le Dr Henry Coutagne, de Lyon, sollicitant le titre de membre correspondant. — Commission ; MM. Motet, Ritti et Christian, rapporteur.

2° Une lettre de M. le Dr Rouby, médecin de la maison de santé dite des Capucins de Dôle, sollicitant le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Roussel, Bouchereau et Moreau (de Tours), rapporteur.

3° Une lettre de M. le Dr Lwoff, médecin-adjoint de l'asile d'Auxerre, sollicitant le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Garnier, Marandon de Montyel et Briand, rapporteur.

4° Une lettre de M. le Dr Urquhart, superintendant du James Murray's Royal Asylum, à Perth, sollicitant le titre de membre associé étranger. — Commission ; MM. Falret, Christian et René Semelaigne, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1° Un ouvrage du Dr Hack Tuke sur la Retraite d'York. (Le Dr D. Hack Tuke est l'arrière petit-fils de William Tuke, le fondateur de la Retraite.)

2° Une étude sur Philippe Pinel, par le Dr Dedicker, du Danemark.

3° Le numéro de novembre de la *Revue de l'hypnotisme*.

©BIUM

M. FALRET appelle l'attention de la Société sur l'Œuvre du patronage des aliénés indigents et dépose un exemplaire du rapport sur le dernier exercice de cette œuvre.

Il demande en même temps la mise à l'ordre du jour de la discussion sur les variétés cliniques du délire de persécution. C'est une des questions les plus importantes à élucider et à traiter. Tous ces délires ont-ils le même début, la même marche, en un mot la même évolution? La distinction est loin d'être établie d'une manière scientifique.

M. AUGUSTE VOISIN insiste sur les services rendus par l'Œuvre du patronage des aliénés, fondée par MM. Baillarger et Falret père, et à laquelle s'est dévoué M. Jules Falret. Les religieuses attachées à la maison de Grenelle font preuve d'un dévouement digne des plus grands éloges.

M. SOLLIER présente à la Société deux brochures de M. le Dr Klippel, ancien interne des hôpitaux, chef de laboratoire de la Faculté, à la clinique des maladies mentales. Ces brochures, remarquables à plus d'un titre, sont extraites des numéros de juillet et d'août des *Archives générales de médecine*. Elles ont pour titre :

1° Lésions des poumons, du cœur, du foie et des reins dans la paralysie générale.

2° De l'insuffisance hépatique des maladies mentales. De la folie hépatique.

M. RITTI. — Messieurs, je viens de recevoir une lettre chargée, dont je suis heureux de vous donner lecture :

Paris, le 10 novembre 1892.

Monsieur,

Ayant par hasard, appris qu'on avait ouvert une souscription pour l'érection d'un monument, au regretté docteur Baillarger, je m'empresse de vous faire parvenir ma modeste contribution à ce dernier hommage, rendu à l'excellent ami de mon pauvre père.

J'espère que je n'arriverai pas trop tard.

Veuillez agréer, etc.

Signé : G. CERISE.

©BIUM

A cette lettre est jointe la somme de 100 francs, que je ferai parvenir à M. Mitivié, le trésorier de la souscription. J'adresserai à M. Cerise une lettre de remerciements, dans laquelle je me ferai l'interprète des sentiments de la Société pour sa délicate et touchante attention.

Rapport sur l'ouvrage du Dr Clark Bell : « Etudes médico-légales ».

M René Semelaigne. — La Société médico-psychologique, dans sa séance du 31 octobre dernier, m'a confié le soin de lui présenter un compte rendu des *Etudes médico-légales du Dr Clark Bell.* Cet intéressant ouvrage se compose d'une série d'articles plus ou moins étendus, qui traitent de sujets variés et ont paru à diverses années d'intervalle. En donner une vue d'ensemble est malaisé ; c'est pourquoi, Messieurs, je réclame toute votre indulgence.

L'auteur a déjà fait imprimer, en juin 1889, un livre portant le même titre, tiré à cent exemplaires seulement et réservé à ses amis. Le présent travail a été tiré à cinq cents exemplaires, et le volume offert en hommage à la Société porte le n° 42.

Il est des articles que je me bornerai à vous citer, par exemple les discours d'ouverture de la Société de médecine légale de New-York, dont le Dr Clark Bell est le président, discours roulant de préférence sur la liste des membres nommés dans le courant de l'année, sur la perte douloureuse de ceux qui, par leurs décès, ont fait place aux nouveaux collègues, enfin sur l'énumération des plus récents travaux. Je passerai encore certains articles qui sont déjà connus de vous, tel celui sur la *Monomanie* lu au Congrès de médecine mentale de Paris, en 1889, et traduit de l'anglais par M. le Dr Parant. D'autres enfin n'ont pas de rapport avec la médecine mentale ; ainsi un long article sur l'*Utilité de la suppression de la fonction des Coroners* et la désignation, en leur lieu et place, de médecins compétents, question purement légale ; ainsi encore le mémoire traitant de l'*exécution par l'électricité des condamnés à mort en Amérique*, mémoire qui a, de plus, été présenté

©BIUM

au Congrès international de médecine légale de Paris en 1889.

Dans un article intitulé : *Spiritisme et capacité testamentaire*, le Dr Clark Bell nous cite une récente décision judiciaire, concernant un testament argué de nullité. Les dernières volontés du testateur émanaient, à son dire, de sa femme défunte, et lui avaient été communiquées par l'intermédiaire d'un médium. Le jugement, admettant la valeur de l'acte incriminé, se base sur les principes suivants :

« Un testament, contraire aux principes de la justice et de l'humanité, doit quand même être valable, lorsqu'on ne se trouve en présence, ni d'une incapacité de tester, ni d'une fraude, ni d'une influence illicite.

« Croire une chose, sur une évidence fausse ou insuffsante, n'est pas un fait d'aliénation mentale.

« Il y a aliénation mentale, toutes les fois qu'une personne croit à la réalité d'une chose insensée, non existante, qui lui jaillit spontanément dans l'esprit, et n'est point le résultat de l'évidence.

« La folie, par elle-même, ne suffit pas à vicier un acte, la question consistant uniquement à savoir si ledit acte a été influencé par la folie.

« Croire au spiritisme, et admettre que les esprits communiquent avec les vivants, ne constitue pas une aliénation mentale. »

Le Dr Clark Bell ne goûte guère, et avec raison selon moi, cette définition judiciaire de la folie. Nombre de personnes, dit-il, et plus d'un magistrat parmi elles, tiendraient pour suspecte cette soi-disant déclaration d'une femme décédée ; beaucoup verraient là un état délirant. Mais en admettant qu'il n'y ait pas aliénation mentale au sens strict du mot, un esprit influencé et dominé de la sorte ne saurait être considéré comme jouissant de la plénitude de sa liberté. Il y aurait également lieu de suspecter ce que le jugement qualifie élément de fraude ou influence illicite, et le devoir de la Cour était de s'enquérir des antécédents, du genre de vie, des ressources et des intérêts du médium. Cela valait mieux évidemment que de poser des définitions erronées de la folie.

Dans un mémoire sur l'*Hypnotisme* lu à la réunion

©BIUM

annuelle de la Société de médecine légale, le 18 décembre 1889, le Dr Clark Bell fait remarquer que les médecins américains ne donnent pas à ce sujet toute l'attention qu'il mérite.

Il s'étonne que peu d'hommes, parmi les membres éminents de la profession, se soient jusqu'ici livrés à ces recherches qui passionnent les notabilités scientifiques des autres pays.

Le Dr Wm. A. Hammond a pourtant tâché d'éveiller l'intérêt national, grâce à des expériences publiques, pratiquées devant la Société de médecine légale. Il a montré chez ses sujets l'insensibilité à la douleur, l'annihilation de la volonté et l'obéissance absolue.

Le Dr Jes. M. Beard, mort depuis peu, s'est également livré à l'étude de ces phénomènes.

Le Dr Clark Bell a déjà lui-même appelé l'attention, à diverses reprises, sur l'étrange abandon où ses concitoyens laissent une science partout si prônée. Il a fait désigner, en janvier 1889, un comité de recherches chargé d'étudier la question ; mais le comité n'a fait qu'ébaucher ses travaux, et les a presque de suite abandonnés. L'auteur, dans son mémoire, fait ressortir cette négligence, qu'il combat avec ardeur. Il adjure ses confrères de réparer un long oubli.

Tout en m'associant aux légitimes désirs du Dr Clark Bell, je fais des vœux pour que les médecins américains, une fois engagés sur la pente suggestive, se souviennent de l'antique sentence : *Ne quid nimis.* Il est bon d'user de l'hypnotisme, il ne faut pas en abuser.

Passons maintenant à un autre chapitre : *Les médecins placés à la tête des asiles privés.*

Le bureau d'aliénation de l'état de New-York a récemment adopté les résolutions suivantes : « Les licences pour l'établissement et la direction de maisons destinées à recevoir, soigner et traiter, moyennant une rétribution quelconque, des aliénés ou personnes atteintes de troubles mentaux, ne seront dorénavant accordées qu'à des praticiens d'une habileté professionnelle dûment reconnue ; ils devront avoir acquis leurs grades dans un collège médical légalement constitué et fait preuve d'une expérience spéciale dans les soins à donner aux aliénés. »

©BIUM

Il paraît que le besoin d'une législation se faisait vivement sentir en Amérique, puisque le Dr Clark Bell déclare que « près de la moitié des médecins actuels sont incapables de diriger un asile ».

On ne saurait qu'approuver le Bureau d'aliénation de l'Etat de New-York, au nom de l'humanité et de la science. S'il est un droit pour les aliénés d'être traités par des hommes doctes et probes, il est aussi un droit pour les aliénistes d'être protégés contre les ignorants et les charlatans. « Jésus étant entré dans le temple, dit l'Evangile, il se mit à chasser ceux qui y vendaient et y achetaient. » Nous avons tout intérêt à voir chasser les vendeurs du temple.

Un autre sujet envisagé par le Dr Clark Bell est celui des *hôpitaux spéciaux pour les aliénés condamnés*. Les médecins, les législateurs, déplorent la situation actuelle, et y réclament un prompt remède ; mais on se heurte dans quelques Etats, lorsqu'il s'agit de mettre en pratique une idée généreuse, à des difficultés insurmontables : « C'est une honte, remarque l'auteur, de forcer un aliéné à cohabiter avec des condamnés, et nul ne le sent plus vivement que le malade lui-même. Cet outrage qu'on lui inflige est d'autant plus inexcusable que le malheureux est sans défense, et ne peut pas même protester, car il n'a pas d'organes pour faire entendre ses plaintes, pas d'oreilles pour les recueillir. »

En 1880, il y avait trois cent cinquante condamnés aliénés détenus dans les différents hôpitaux des Etats-Unis. Le Dr Clark Bell pense que tout Etat de l'Union, où le nombre des aliénés criminels est suffisant pour nécessiter la construction d'un hôpital séparé, avec personnel spécial, n'a pas d'excuse dans son inaction. Il suffit souvent d'un établissement avec un superintendant, un adjoint et trois ou quatre gardiens. Au besoin, un médecin compétent pourrait se charger, moyennant une rémunération convenable, d'installer une maison appropriée. L'union de plusieurs Etats, l'admission, par les principaux, des malades de ceux d'importance moindre, sont des questions successivement étudiées par l'auteur, qui termine en réclamant un vote du Congrès, décrétant l'érection d'un hôpital dans le genre de Broadmoor.

©BIUM

Je me garderai bien de soulever la question si débattue des aliénés criminels ; mais il me semble que, sans fonder un vaste asile comme Broadmoor, ou même des hôpitaux de minime importance, il est toujours facile, en n'importe quel endroit, de séparer les aliénés ordinaires des condamnés.

Je ne fais que signaler un article intitulé la *Belgique et ses institutions pour les aliénés*. Je passe rapidement sur le mémoire où le Dr Clark Bell rend compte d'un travail de George S. Graham, attorney du district de Pennsylvanie, sur les lois de cet État concernant les aliénés, travail où sont consignées les décisions judiciaires dans plusieurs procès retentissants. Le Dr Clark Bell, tout en louant sans restriction les mérites de cet ouvrage, y relève certaines inexactitudes et injustices, par exemple les vives attaques que l'auteur dirige contre les médecins experts : « Assurer l'acquittement du prévenu, dit-il, est leur principal but. »

Laissant l'attorney Graham à ses rancunes, je m'efforcerai de résumer, le plus brièvement possible, un assez long mémoire sur les aliénés devant les tribunaux.

Le Dr Clark Bell débute par un historique de la question en Angleterre. Dans les anciennes lois, la folie n'était pas une défense ; l'accusé reconnu aliéné faisait l'objet d'un verdict spécial, et la couronne pouvait le gracier. Jusqu'au commencement du siècle, on ne trouve pas de décision judiciaire faisant autorité. La juridiction actuelle est due, en grande partie, à la surexcitation produite, en 1843, par l'acquittement de Mac Naghter, poursuivi pour le meurtre de Drummond, qu'il avait tué d'un coup de feu, le prenant pour sir Robert Peel. Les questions posées au jury étaient les suivantes : « Au moment où le crime a été commis, l'accusé avait-il, oui ou non, l'usage de la raison, de manière à discerner le bien et le mal? Comprenait-il, en ce même moment, qu'il violait les lois divines et humaines? »

Après l'acquittement, la Chambre des Lords soumit aux juges un certain nombre de questions, auxquelles il fut répondu au mois de juin de la même année. « Il faut, en toute circonstance, y était-il dit, déclarer aux jurés que le prévenu est présumé être sain d'esprit, et posséder un degré suffisant de raison pour porter la responsabilité

©BIUM

de ses crimes, tant que la preuve contraire n'a pas été nettement établie. Pour baser la défense sur le terrain de la folie, il importe de prouver pertinemment qu'au moment de l'acte criminel, l'accusé ne jouissait pas de la plénitude de ses facultés intellectuelles, et était incapable, soit de concevoir la nature et la qualité de cet acte, soit de comprendre qu'il agissait mal en l'accomplissant. »

Ces réponses firent désormais autorité de deux côtés de l'Atlantique, et les juges, anglais ou américains, continuèrent, jusqu'à une époque toute récente, à baser la responsabilité sur le discernement du bien et du mal.

C'est en Angleterre qu'eut lieu la première réforme ; sous la pression de l'opinion publique, le secrétaire de l'Intérieur prescrivit au Conseil du gouvernement, dans les cours criminelles, de décider une enquête dans tous les cas où il y aurait lieu de suspecter ou de plaider la folie ; les juges chargés de l'enquête devaient provoquer l'examen du malade par des médecins experts d'une compétence reconnue. Mais en Amérique, dans la plupart des Etats, la distinction du bien et du mal, comme critérium de la responsabilité, est toujours en honneur, et plus d'un aliéné avéré continue à subir le dernier supplice. « Ainsi, dit le Dr Clark Bell, Guiteau, Beach, Taylor et bien d'autres ont été exécutés, les autorités refusant d'instituer l'enquête médicale, après condamnation. Dans le cas de Beach, que les médecins les plus compétents déclaraient aliéné, et probablement totalement inconscient au moment du crime, le gouverneur de Pennsylvanie refusa de laisser procéder à l'examen, malgré des réclamations ardentes. » Le président des Etats-Unis n'autorisa pas davantage l'enquête dans le cas de Guiteau, à l'autopsie duquel on trouva des lésions caractéristiques. Durant le cours des débats, l'auteur a vu l'accusé, s'adressant aux jurés, parsemer son discours de rires, de pleurs et de chants.

En terminant, le Dr Clark Bell expose les questions posées au jury dans deux procès récents, devant les cours suprêmes d'Alabama et de Washington. Les accusés, reconnus aliénés, ont été acquittés, et, au lieu d'être pendus, confiés à des établissements spéciaux. On ne saurait trop se réjouir d'un pareil résultat. « Les

©BIUM

aliénés, disait le grand Pinel, loin d'être des coupables qu'il faut punir, sont des malades dont l'état pénible mérite tous les égards dus à l'humanité souffrante et dont on doit chercher, par les moyens les plus simples, à rétablir la raison égarée. » Puissent les magistrats et les jurés, tant en Amérique qu'en Europe, s'inspirer toujours de ce principe.

Contribution à l'étude clinique des hallucinations verbales psycho-motrices.

M. Roubinovitch. — J'ai l'intention de communiquer aujourd'hui à la Société une observation qui a trait à l'histoire clinique des hallucinations verbales psycho-motrices.

M. G. Ballet les a décrites avec beaucoup de détails très intéressants, dans un cas de délire de persécution à évolution chronique (1).

M. Séglas, dont les travaux antérieurs ont si largement contribué à l'étude pathogénique de ces hallucinations, a démontré dernièrement, en collaboration avec M. Londe, qu'elles sont très fréquentes chez les mélancoliques (2). Ces deux auteurs pensent même qu'elles constituent un des caractères importants de l'état mental de ces malades chez qui, pourtant, elles se produisent à un faible degré, ce qui a été cause ou qu'on n'y a pris garde, ou qu'on les a confondues avec les hallucinations verbales auditives, si rares dans la mélancolie pure.

MM. Séglas et Londe font ressortir ainsi un fait qui a une grande importance au point de vue de l'évolution de la mélancolie, à savoir que, dans cette affection, l'hallucination verbale psycho-motrice, à l'inverse de ce qui se passe dans le délire de persécution à marche progressive, paraît être le phénomène primordial et occuper une place presque exclusive.

---

(1) G. Ballet. Leçon à l'hôpital Saint-Antoine. *Semaine médicale*, 1891.

(2) J. Séglas et P. Londe. Sur les hallucinations, et en particulier sur les hallucinations verbales psycho-motrices dans la mélancolie. *Arch. de neur.* 1892, nos 68 et 69.

©BIUM

Quoiqu'il soit encore difficile, croyons-nous, de se prononcer dans un sens ou dans l'autre, sur cette manière de voir, la question de la valeur clinique de ce genre d'hallucinations étant à l'ordre du jour, nous avons cru utile d'appeler l'attention sur un cas dont l'analyse peut contribuer à la solution du problème.

Il s'agit d'une femme, d'un niveau intellectuel faible, descendante d'alcoolique, qui, après quelques accidents mentaux très fugaces, a d'abord présenté un véritable accès de délire mélancolique avec idées de culpabilité et plusieurs tentatives de suicide, et plus tard, un délire de persécution à évolution chronique. Or, pendant son délire mélancolique, la malade n'a pas présenté d'hallucinations verbales psycho-motrices, et ce n'est qu'à une certaine période de son délire de persécution qu'on les voit apparaître et prendre une place tout à fait prépondérante.

Voici d'ailleurs cette observation que nous avons recueillie en collaboration, avec M. Zuber, interne des hôpitaux :

La nommée D..., âgée de trente-deux ans, domestique, est entrée à la Salpêtrière (service de M. Auguste Voisin), le 2 mars 1892.

Antécédents héréditaires. — Elle est fille unique d'une femme âgée actuellement de cinquante-cinq ans, ancienne marchande de vins, cuisinière entachée d'alcoolisme chronique. Du côté de la mère, on signale une *tante* morte à trois ans de convulsions et un *cousin germain* paralysé (?) depuis quinze ans. La malade est *enfant naturel*. Son *père*, marchand de vins, était de caractère violent. Du côté paternel, les antécédents héréditaires sont inconnus.

Antécédents personnels. — L'enfant est née à terme. Sa dentition a été régulière. Elle n'a jamais eu de convulsions. Elle a marché à quinze mois, parlé à dix-huit mois. Elle n'a pas fait de maladies graves. On constate seulement quelques petites particularités dans son enfance. Elle était un peu peureuse, n'aimait pas à coucher seule sans lumière dans la chambre, et au moment de s'endormir elle avait parfois des illusions hypnagogiques caractérisées par ce fait qu'elle voyait grossir les objets qui l'entouraient, ainsi que ses mains et ses pieds, qui lui semblaient devenir énormes.

La menstruation s'établit à dix-sept ans, assez mal, s'inter-

©BIUM

rompant au bout de trois mois, remplacée par une leucorrhée abondante.

Premier accès délirant. — Elle se place à cette époque comme domestique dans une maison bourgeoise. C'est à l'âge de vingt-quatre ans, après sept ans passés dans cette maison, à la fin de l'année 1884, que s'est manifesté le premier accès délirant, à la suite d'une scène de famille. Elle fut prise soudainement d'une crise d'excitation ; elle croyait qu'on l'avait empoisonnée, qu'on lui avait mis quelque chose dans ses aliments et dans sa boisson. Cette bouffée de conceptions délirantes à début si brusque, composée d'idées et d'actes de persécution, n'était accompagnée d'aucune espèce d'hallucination, d'aucune voix intérieure. Au bout de quinze jours, elle redevient très calme. Ce fut, en somme, un de ces accès à début et à terminaison brusques, qui se rencontrent couramment dans ce qu'on appelle la dégénérescence mentale.

Second accès délirant. — Peu de temps après, elle entre en place chez un boulanger, à Boulogne. Elle s'attache beaucoup aux deux enfants de la maison et lorsque, un an environ après son entrée, les deux enfants meurent de la rougeole, elle tombe tout à coup dans un état de profonde dépression; puis, elle déclare à ses maîtres que c'est elle qui leur a porté malheur. La nuit suivante, elle est prise d'une anxiété très vive, elle se précipite dans la boutique pour y chercher de l'eau de Javel qu'elle avale, puis essaie de s'ouvrir les veines du cou et songe à aller se jeter dans le puits. On l'arrête à temps et on la rend à sa mère, qui la garde chez elle plusieurs mois. Pendant toute la durée de ce délire mélancolique, si bien caractérisé par des idées de culpabilité, une dépression profonde, plusieurs tentatives de suicide, la malade n'a pas eu la moindre hallucination psycho-sensorielle ; justement, elle qui connaît si bien aujourd'hui les voix intérieures, affirme qu'à cette époque rien de semblable n'existait chez elle. Sa mère, dans un interrogatoire pratiqué aussi minutieusement que possible, nous a dit qu'au cours de son délire mélancolique elle ne voulait voir personne, surtout les hommes, elle dormait mal, s'accusait d'avoir été la cause de la mort des deux enfants du boulanger, avait souvent envie de pleurer ; mais elle n'a jamais été vue marmottant ou se parlant à elle-même. Cet accès de délire mélancolique a duré six mois environ et a fini vers le milieu de 1886.

A partir de ce moment, débute le délire actuel par une période assez longue d'inquiétude.

Délire actuel. — Phase d'inquiétude. — Elle fait successivement plusieurs places, ne restant guère plus de quatre, cinq mois dans la même maison. « Les places où j'allais, nous dit-elle, étaient préparées. » Tout l'irrite et elle prend le travail en

©BIUM

dégoût. Elle éprouve des malaises qu'elle s'explique par l'idée très vague que ses aliments et sa boisson sont « probablement » empoisonnés exprès pour la rendre malade.

Phase de persécution. — Deux ans après, son délire entre dans une nouvelle phase. Sous l'influence de ses préoccupations délirantes, elle quitte, vers le milieu de 1888, sa dernière place, pour rentrer chez sa mère. Elle raconte à cette époque pour la première fois qu'il y a un « individu », un inconnu, qui vient parler à sa mère contre elle. Quand on venait frapper, elle n'ouvrait pas, croyant que c'étaient des envoyés de son persécuteur. Dans la rue, certains passants avaient l'air de lui faire des propositions galantes au moyen de gestes, de regards et de ces « pst, pst » qu'on entend si fréquemment dans les rues de Paris. Tout cela est fait par « ses envoyés ». Elle va trouver le commissaire de police pour lui demander qui est-ce qui la suit et pourquoi. Puis arrivent les craintes d'empoisonnement; elle cache le sucre, elle va chercher ses provisions dans des quartiers éloignés de celui qu'elle habite. Elle interprète les bruits qu'elle entend dans le logement voisin, comme étant des paroles obscènes prononcées par des hommes et des femmes, avec l'intention de l'exciter à la débauche.

Associations niaises d'idées et de mots. — Elle systématise toutes ces idées de persécution d'une façon tellement singulière et au moyen d'associations tellement niaises que nous croyons nécessaire de rapporter l'exemple suivant. Un jour, elle va au Cirque Fernando où devait avoir lieu un ballet de danseuses *espagnoles*. A l'entrée, on lui remet la moitié de son billet, un morceau de papier vert, sur lequel sont imprimés les mots : *à conserver*. Elle associe les deux mots : *espagnole* et *à conserver* et baptise le morceau de papier du nom fantaisiste de « la conserve d'Espagne ». Elle le retrouve quelques jours plus tard avec quatre morceaux de sucre dans les objets de sa mère et aussitôt elle conclut que ce papier a dû être remis à sa mère par l'individu qui la poursuit; elle se met en colère à ce propos, détruit son acte de naissance, des photographies, l'acte mortuaire de son père, des reçus, parce que « tout cela la compromettrait ».

Cette incohérence et cette niaiserie dans les associations d'idées démontrent bien qu'on se trouve en présence d'un cerveau singulièrement débile.

Elle n'accuse pas sa mère de la persécuter, d'être la cause de tout ce qui lui arrive. Mais elle lui en veut de lui cacher ce qu'elle sait de son persécuteur.

En février 1890, et vous remarquerez bien, messieurs, que nous sommes à quatre ans du début de ce délire, survient un incident qui a motivé son premier internement. A cette époque,

©BIUM

sous prétexte de fuir son persécuteur imaginaire, elle se sauve à Epernay. Elle y passe huit jours, puis revient pour emporter tous ses effets et s'en aller définitivement. Sa mère lui ayant refusé les clefs, elle court acheter un revolver et, *sans le charger*, revient en menacer sa mère qui lui refusait les clefs, dit-elle, « sur l'ordre de l'individu ».

Internée à Sainte-Anne, puis à Vaucluse, elle est transférée trois mois après à Saint-Lizier.

Hallucinations auditives. — Dans ce dernier asile, elle a manifestement des *hallucinations auditives.* Elle entend la voix de sa mère et celle des personnes chez qui elle a été à Boulogne. Elle entend distinctement la phrase suivante, comme se rapportant à elle : « Ah ! le délire, ça ne dure pas toujours. » Elle n'a pas d'hallucinations des autres sens.

En décembre 1891, elle s'évade de l'asile de Saint-Lizier par une cellule en partie démolie et arrive, après des pérégrinations nombreuses, à Paris, où de nouveau on la suit, dit-elle, « au vu et au su de tout le monde ». Elle va habiter seule dans un logement et c'est là qu'apparaissent brusquement, en février 1892, les *hallucinations verbales psycho-motrices.*

Hallucinations verbales psycho-motrices. — Elle s'était couchée un soir, lorsque tout à coup, sans préparation aucune, elle sent en elle une voix, comme si on parlait tout bas en elle ; cette voix disait : « Je suis ton maître, ton seigneur et ton roi ; adorable enfant, je t'adore. » Le lendemain, dès son réveil, elle sent cette voix en elle qui lui parle, lui demande à manger.

Elle commence par être effrayée de tous ces phénomènes et se demande si l'être qui lui parle est bien *en elle* ou *au-dessus d'elle.*

« Je ne tendais pas l'oreille pour l'écouter », nous dit-elle. Les voisins et la concierge qui l'entendaient crier et causer toute seule prévinrent le commissaire de police, qui la fit conduire à l'infirmerie du Dépôt, d'où elle passa, le 1er mars 1892, à Sainte-Anne et de là, le 2 du même mois, à la Salpêtrière. A la Préfecture, M. le Dr Garnier rédigea le certificat suivant :

« Dégénérescence mentale. Idées étranges de persécution. Troubles sensoriels multiples. Sensation d'un être qui est comme un dieu ou comme un ver et qui lui parle, lui communique des choses très savantes. C'est lui qui parle par sa voix. Elle procède surtout dans sa conversation par demandes et réponses que lui fournit celui qui cohabite avec elle, lui fait prononcer des mots obscènes.

« C'est comme une voix intérieure qu'elle entend, qui murmure en elle. On recueille tous les bruits qu'elle fait à l'aide du Panostro. Troubles très marqués de la sensibilité génésique lui donnant la sensation de la copulation. »

©BIUM

M. le Dr Magnan a délivré, à Sainte-Anne, le certificat ainsi résumé :

« Dégénérescence mentale avec hallucinations, troubles de la sensibilité générale, idées de persécution, excitation passagère. »

Au moment de son entrée à la Salpêtrière, elle est très déprimée. Elle déclare qu'elle sent quelqu'un qui lui parle, qui répond pour elle. Au même moment, elle met sa main au cou pour nous montrer que cela remue intérieurement à ce niveau, et elle sent au bout de la langue quelque chose qu'elle définit en disant que c'est comme une résonance, une vibration ; sa langue et ses lèvres remuent malgré elle. Le timbre de la voix qu'elle entend ressemble tantôt à celui de sa mère, tantôt à celui de sa tante ou de l'infirmière. Elle a imaginé deux moyens pour empêcher momentanément la voix de parler : le premier consiste à retenir la respiration ; le second, à dire plusieurs fois de suite et à haute voix le mot de Cambronne ; aussitôt sa voix se tait. Son aspect extérieur, au moment où elle cause avec sa voix, est caractéristique ; elle a les yeux fixes, ne tend nullement l'oreille, ne bouge ni la tête, ni le corps ; mais, par contre, sa bouche, bien que fermée, s'avance comme si elle allait parler et ses lèvres sont animées d'un léger frémissement.

Voici un exemple des conversations qu'elle avait à son entrée à la Salpêtrière, avec l'être qui habite en elle :

Lui. — Fais-moi f... une pilule ; je me f... de toi ; je me f... d'eux; n... de D..., je veux que tu m'obéisses. Je suis ton Dieu, ton maître, je suis ton assassin, tu auras tes règles.

Elle. — Mais vous n'êtes pas trop poli pour un dieu.

Lui. — Un Dieu qui s'est fait homme.

Elle. — Mais qui vous a instruit ?

Lui. — C'est Dieu, mon enfant.

Elle. — Comment se fait-il que vous êtes avec moi ?

R. — Je ne sais pas.

D. — Votre nom ?

R. — Je ne peux vous le dire. Conserve-la, cette urine.

D. — Pourquoi ?

R. — C'est précieux ; c'est de deux.

Dédoublement de la personnalité. — Le doute sur le dédoublement de sa personnalité existait encore les premiers jours de son internement à la Salpêtrière ; elle nous disait en effet qu'elle ne savait pas si c'était un ver qui était en elle ou si c'était Dieu qui était au-dessus d'elle.

Phase mégalomaniaque. — Mais bientôt elle acquiert la conviction que cette voix est bien en elle. Depuis lors, elle devient calme et, chose curieuse, le caractère de ses dialogues intérieurs devient à son tour aimable : on se dit des tendresses,

©BIUM

on se fait les compliments les plus admiratifs. Petit exemple:

Lui. — Pourquoi ne t'a-t-on pas donné une couronne, tu mérites le ciel. L'encens que l'on encense à l'église, n'est pas trop beau pour toi.

Elle.— Qu'ai-je fait au bon Dieu pour avoir tant de bonheur?

Lui. — Femme de talent qui n'en possède pas, mais qui en possèdera. Femme de génie, femme de mérite.

Elle. — Pourquoi ne suis-je pas reine de toutes celles qui sont ici, pourquoi ne suis-je pas libre, puisque c'est moi qui possède les splendeurs du ciel et de la terre.

Lui. — Noble amie, le moment n'est pas encore venu; attendez et vous serez femme aimée qui soupire de savoir qui est en elle.

Elle. — Es-tu un homme, es-tu un monstre?

Lui. — Je ne suis qu'une petite bête.

Elle. — O mon ami, laissez-moi vous appeler mon époux. Moi qui me croyais si peu de chose et qui serai peut être une de celles qui fera le plus parler. Si j'ai un ennemi, et *je crois en avoir un*, il sera le plus rejeté des hommes, il perdrait toutes ses dignités; malgré le rang qu'il tient et l'or qu'il peut posséder, tout le monde lui crachera à la face en lui criant : « Vil manant, tu n'as pas connu les souffrances de cette femme, méfie-toi avec tes écrits et tes journaux, *nous sommes deux*, nous serons plus que toi, Dieu nous a unis. Oui, je me crois supérieure à d'autres femmes, du trésor qui se cache en ma personne.

Au moment où la malade écrit tout ce qu'elle entend en elle, elle n'éprouve aucune sensation subjective dans la main, elle n'écrit pas automatiquement.

Elle indique le siège de l'être qui habite en elle, dans son ventre, dans la région ombilicale. Elle le sent courir de droite à gauche à ce niveau. Elle lui attribue la plupart de ses sensations internes, battements au creux épigastrique, mal de dents, diarrhée. Il avance l'époque de ses règles et irrite ses organes génitaux sans qu'elle ait cependant la sensation d'intromission.

Quand elle regarde quelque chose, il lui semble qu'il y a avec les siens d'autres yeux qui regardent en même temps. Elle nous cite à l'appui de son dire l'exemple suivant, qui démontre l'existence, chez le même sujet, de deux espèces d'impressions visuelles, les unes conscientes, les autres inconscientes. « Je regarde, dit-elle, sans penser à ce que je regarde et je lui demande alors ce que je regarde; il me le dit, et pourtant j'ai évité de penser à ce que je regardais. De la sorte, il ne lui a pas suffi de deviner ma pensée, il a bien fallu qu'il regardât comme moi.»

La science de son hôte la remplit d'admiration; il lui dit qu'il étudie la mythologie, la théologie (la pauvre femme ignore

©BIUM

d'ailleurs le sens de ces mots) ; il lui a appris que la morphine est une « plante végétale ». Mais en même temps qu'elle le couvre de gloire, elle manifeste, comme nous l'avons vu, de véritables idées de grandeur, déclarant qu'elle a mérité de posséder un palais, d'être reine, puisqu'elle a en elle les splendeurs du ciel et de la terre. Et pendant que ce délire mégalomaniaque s'installe, ses idées de persécution persistent toujours ; nous avons vu dans ses dialogues qu'elle n'a pas renoncé à l'idée qu'un individu la suivait. Dans le service, à l'heure qu'il est, c'est encore lui qui est cause des querelles qu'elle a avec ses compagnes. Mais elle s'en préoccupe bien moins, car l'être qui est en elle la protège. Rappelons-nous ses paroles : « Si j'ai un ennemi, et je crois en avoir un, il sera le plus rejeté des hommes. — Méfie-toi, avec tes journaux, *nous sommes deux*. »

Notons qu'il n'existe chez la malade aucune idée, soit hypocondriaque, soit mélancolique.

Hallucinations visuelles provoquées par les hallucinations verbales psycho-motrices. — Pour être complet, nous devons ajouter que son « être » lui fait voir souvent certaines choses, comme par exemple des têtes de personnages inconnus qui défilent devant ses yeux, ou bien des têtes de chiens, de vipères, etc... D'autres fois, il lui annonce qu'elle verra la Vierge, et elle voit, dit-elle, réellement la Vierge, les anges et les splendeurs du ciel. Aux hallucinations verbales psycho-motrices viennent ainsi s'ajouter des *hallucinations visuelles*, par un mécanisme encore difficile à saisir, à moins qu'on ne les attribue à une interprétation délirante.

Hallucinations autoscopiques. — Elle présente aussi parfois des *hallucinations autoscopiques*, et une fois, notamment, depuis qu'elle est dans le service, étant dans la cour, elle s'est vue tout à coup comme dans un miroir à trois volets.

Examen physique. — L'examen physique de la malade ne révèle rien de particulier. Pas de tremblement des mains. La parole est facile, nette, précise. Les pupilles sont égales et réagissent très bien à la lumière. Le crâne, la face, le corps et les membres ne présentent aucune malformation. Pas de zones d'anesthésie ni à la piqûre, ni au contact, ni aux excitants thermiques. Il existe un peu d'hyperesthésie sous-mammaire à droite et à gauche et une zone sensible à la pression dans le flanc gauche.

Pas de rétrécissement du champ visuel.

Menstruation régulière.

Réflexions. — Après cette analyse succincte de tous les éléments constitutifs de ce cas dans lequel, comme nous voyons, les hallucinations verbales psycho-motrices

©BIUM

jouent un rôle si considérable, il nous reste à en étudier la nosologie.

Un fait important se dégage tout d'abord, ce sont les accès délirants qui se manifestèrent sous forme d'accès isolés, à plusieurs reprises différentes. A lui seul, ce fait suffit pour affirmer que nous avons affaire à un terrain intellectuel faible, à une véritable invalidité mentale.

Puis, un jour, on voit se greffer sur ce fond de débilité psychique, un accès de délire mélancolique de durée assez longue, très caractéristique par les idées de culpabilité imaginaire et les tentatives de suicide, mais remarquable par l'absence de toute hallucination, aussi bien psycho-sensorielle que psycho-motrice.

Quand le délire mélancolique s'éteint et disparaît, la scène est envahie par un délire de persécution à allures systématiques, progressives et à évolution très probablement chronique. Il est vrai de dire qu'il est rare de rencontrer une systématisation qui porte si exactement le cachet de la débilité mentale du sujet ; c'est une systématisation pauvre, souvent niaise, mais toujours fidèle et tenace quant à son point de départ, c'est-à-dire à l'idée même d'un persécuteur imaginaire.

L'évolution de ce délire de persécution est presque calquée sur la description classique ; on y trouve la période du début qui a duré à peu près deux ans, et pendant laquelle la malade était seulement inquiète ; puis elle nous donne le spectacle de a phase de persécutions avec hallucinations auditives très nettes ; cette phase dure quatre ans, de février 1888 à février 1892. Ensuite, viennent s'installer *subitement* les hallucinations verbales psycho-motrices, dont la netteté et l'ampleur sont frappantes dès le début. Et alors, sous l'influence du dédoublement de la personnalité subjective, qui résulte de ces hallucinations, on voit paraître une nouvelle phase de délire où les idées de grandeur se produisent avec une facilité surprenante, et la malade entre de plain pied dans la troisième période de son délire systématique et progressif, la période mégalomaniaque. L'analyse de ce délire nous montre, une fois de plus, la débilité mentale de D... En effet, non seulement ses idées délirantes s'associent d'une façon niaise, mais elles sont encore très

©BIUM

pauvres, se rattachant toujours à ce « ver » ou à ce « Dieu » qu'elle possède dans son ventre, et si nous ajoutons à ce subjectivisme morbide auquel elle est en proie, l'idée de son persécuteur imaginaire, son bilan délirant se trouve réglé au complet.

Pour nous résumer, disons que notre observation représente à nos yeux un cas typique de ce que Krafft-Ebing a décrit sous le nom de « paranoïa », ou de ce qui, en France, est connu sous le nom de délire de persécution systématisé et progressif des dégénérés.

Au point de vue spécial qui nous occupe, cette malade présente, à un très haut degré, le phénomène d'hallucinations verbales psycho-motrices et le dédoublement de la personnalité qui en est la conséquence naturelle. Ces hallucinations ont apparu à la période mégalomaniaque de son délire de persécution et elles étaient totalement absentes au cours d'un délire mélancolique, que la même malade a eu auparavant.

Leur apparition au début de la phase mégalomaniaque, est-elle une simple coïncidence ou est-elle plus intimement liée à l'évolution du délire de persécution? Là est la question.

Mais cette seule observation ne nous donne pas le droit d'y répondre avec certitude. Toutefois, ajoutée aux observations déjà publiées par nos maîtres, MM. Gilbert Ballet et Séglas, elle pourra, espérons-nous, contribuer à élucider la valeur séméiologique et clinique de ces hallucinations.

M. Falret. — La communication de M. Roubinovitch vient à l'appui de la proposition que j'ai faite au début de la séance. Il est urgent d'établir une distinction entre les divers délires de persécution.

M. Paul Garnier. — Je demanderai à M. Roubinovitch sur quelle base il fonde son diagnostic de délire systématisé à évolution progressive. Sa malade a présenté, par bouffées, des idées de persécution, des idées mégalomaniaques, mais elle n'est pas atteinte de délire chronique. Il y a de tout dans cette observation. J'admets volontiers que c'est une dégénérée ayant offert une certaine persistance dans ses idées de persécution ; mais de là à en faire une forme de délire systématisé à évolution progressive, on n'y saurait songer.

©BIUM

M. ARNAUD. — Je demanderai à M. Roubinovitch quel est actuellement l'âge de sa malade ?

M. ROUBINOVITCH. — Trente-deux ans.

M. ARNAUD. — Aux termes mêmes de l'observation, nous nous trouvons donc en présence d'un état délirant, d'une psychose à progression continue, assez fortement systématisée, ayant passé par une période d'inquiétude, par des idées de persécution, puis de grandeur, accompagnées d'hallucinations psycho-sensorielles multiples et d'hallucinations psycho-motrices ; cette psychose dure encore aujourd'hui depuis plus de sept ans.

Dans ces conditions, je me demande sur quoi se fonde M. Garnier pour nous dire que la seconde partie de l'observation a été composée de « bouffées délirantes » ; il y aurait eu, suivant lui, des bouffées d'idées de persécution, d'idées de grandeurs, etc., comme il y avait eu, au début, une « bouffée » de délire mélancolique.

Cette interprétation me semble contraire aux données de l'observation. Je serai plutôt disposé à considérer l'accès de mélancolie survenu à l'âge de vingt-quatre ans, non pas comme une « bouffée » délirante, indépendante des troubles ultérieurs, mais bien comme le début réel de la maladie actuelle, début particulier et un peu anormal. Cet accès aurait été suivi non de guérison, mais d'une période de calme qui a duré six mois environ et après laquelle le délire a reparu modifié et aggravé.

Il se produit, d'ailleurs, quelque chose d'analogue dans les cas les plus rares de délire de persécution à évolution systématisée, ce délire n'étant pas régulièrement continu d'un jour à l'autre, mais évoluant suivant des paroxysmes séparés par des périodes de calme d'une durée variable.

L'observation de M. Roubinovitch nous montre, je le répète, une série continuée *pendant plus de sept ans* de troubles nettement reliés les uns aux autres. Il ne me semble pas légitime de les considérer comme une succession de « bouffées délirantes » distinctes, et, par suite, d'affirmer la dégénérescence mentale, car c'est précisément ce qui est en question.

M. RITTI. — Un accès de mélancolie de six mois n'est pas une bouffée délirante.

©BIUM

M. CHARPENTIER. — Comme M. Garnier, je ne crois pas que le délire de persécution dont il s'agit dans l'observation de M. Roubinovitch corresponde au type de délire de persécution chronique et systématisé ; si des illusions sensorielles, accompagnées d'interprétations délirantes, ont précédé la systématisation, les hallucinations psycho-motrices verbales ont été consécutives à la systématisation ; les hallucinations visuelles, l'absence de symptômes hypocondriaques viennent confirmer cette opinion.

Mais je ne crois pas non plus qu'il s'agisse de délire de persécution chez une dégénérée, car je ne vois pas dans cette observation d'autres signes attribuables à la dégénérescence que les illusions nocturnes, dans l'adolescence, et des délires transitoires ; si les terreurs nocturnes et les délires transitoires suffisent pour constituer des dégénérés, nous n'aurons bientôt plus en médecine mentale qu'une seule maladie, la dégénérescence; tous les délires de persécution chroniques et anormaux ne peuvent être considérés comme des délires de dégénérés, parce qu'ils ne ressemblent pas au délire de persécution chronique et systématisé typique ; il y a bien d'autres délires de persécution chroniques et systématisés que dans ces deux formes, et on ne pourra jamais les connaître ni les étudier tant qu'on persistera à les faire entrer de force dans les folies des dégénérés; d'ailleurs l'expression de folie des dégénérés est un terme dont je ne me sers jamais.

M. RITTI. — Ne s'agirait-il pas plutôt d'un cas de paranoïa secondaire des Allemands?

M. VALLON. — M. Roubinovitch a-t-il suivi la malade depuis le jour où elle a été soi-disant guérie, jusqu'à celui de la rechute?

M. J. SÉGLAS. — Au point de vue séméiologique et considérées seulement dans les délires de persécution, les hallucinations verbales psychomotrices peuvent avoir une importance différente, suivant la forme clinique même qu'affectent ces délires.

Tantôt (et c'est le cas dans le délire des persécutions à évolution systématique), si elles viennent à se montrer, ce n'est que tardivement, après une longue période de délire et à la suite des hallucinations sensorielles, si

©BIUM

bien que l'évolution des troubles hallucinatoires intéressant la fonction langage suit alors, ainsi que je l'ai fait remarquer dans mon premier travail (*Progrès médical*, 1888), les mêmes étapes que le développement de cette fonction chez l'enfant. D'un autre côté, ces hallucinations verbales motrices peuvent rester ici à une place effacée dans le tableau symptomatologique.

Parfois même, chez d'autres persécutés, elles peuvent n'être qu'épisodiques ; ou encore, ce qui n'est pas rare, faire totalement défaut.

En revanche, il est des cas, encore fréquents, où elles peuvent se montrer d'une façon précoce et, une fois apparues, dominer complètement la scène (1). Elles sont alors associées à d'autres symptômes qui donnent à la maladie un aspect clinique très particulier, et ces cas sont très difficiles à classer dans les catégories habituelles. Je crois même que, par leur physionomie quelque peu spéciale, ils *méritent une description à part.*

J'en ai, pour mon compte, observé déjà un certain nombre d'exemples qui ont attiré mon attention par leur allure spéciale et, sans prétendre ni les décrire ici, ni les classer, voici les points qui m'ont surtout frappé.

Un fait capital est la *prédominance excessive des troubles psycho-moteurs*, et *les altérations de la personnalité* qui en résultent.

Le symptôme le plus saillant de la maladie est souvent, comme je viens de le dire, les hallucinations verbales motrices, qui dirigent absolument la scène pathologique. Il peut y avoir aussi des hallucinations verbales auditives, mais plus effacées ; parfois même, elles manquent complètement. On peut rencontrer aussi les hallucinations visuelles, simples et même verbales. En revanche, à côté des hallucinations verbales motrices prédominantes, se manifestent des hallucinations motrices communes, également très accentuées, telles

(1) En se plaçant à ce point de vue particulier, on pourrait peut-être, en regard des variétés de délire des persécutions sans hallucinations ou avec hallucinations sensorielles aujourd'hui bien connus, ranger les faits que nous signalons, dans lesquels prédominent les troubles psycho-moteurs avec leurs conséquences exposées ci-dessus, sous le nom de *Variété psycho-motrice du délire des persécutions*.

©BIUM

que sensations de déplacement d'une partie du corps ou du corps tout entier, de mouvements imaginaires dans certaines parties du corps, et même des impulsions diverses, verbales ou portant seulement sur des mouvements que le malade accomplit malgré lui ; on peut noter aussi des phénomènes inverses d'inhibition (obstacles à l'accomplissement de certains actes volontaires), des troubles de la sensibilité profonde (sensations de pesanteur, de légèreté, de vide, de rapetissement, de gonflement), des troubles de la sensibilité viscérale, des hallucinations génitales. Ce sont souvent ces différents symptômes qui marquent le début de la maladie, les hallucinations verbales ne se montrant qu'un peu plus tard.

Ces désordres hallucinatoires ne laissent pas que d'être interprétés par le malade, et ils le sont d'une façon assez spéciale. Au premier abord, on peut croire que l'on a affaire à de simples idées de persécution, en général assez systématisées. Mais il est à remarquer que ces idées de persécution ont une teinte spéciale, *mystique*, comme la phraséologie qu'affectionnent ces malades, et traduisant en quelque sorte la contrainte qu'ils éprouvent, les troubles de leur personnalité. Ils attribuent leurs tourments aux sorciers, aux prêtres, à la théologie sacrée ou démoniaque, s'en prennent aux esprits, au spiritisme, à la suggestion, se disent « ensabbatés », si bien que, par leur teneur et leur fondement psychologique, constitué par les différents troubles psycho-moteurs énumérés tout à l'heure, ces idées s'éloignent des idées de persécution habituelles, et, en tenant compte de la différence due à l'éducation, au milieu social, se rapprochent au contraire beaucoup des *idées de possession*, d'observation fréquente autrefois.

A côté de ces idées de persécution, ou plutôt de possession, peuvent se rencontrer quelquefois des idées *hypocondriaques* (animaux dans le corps) et plus rarement des *idées habituelles aux délirants mélancoliques* (culpabilité, indignité, etc.), sans que pour cela le malade ait jamais été un mélancolique à proprement parler. Il est à noter même que les troubles émotionnels « primordiaux », qui constituent le fond de la mélancolie, ont manqué chez eux et, lorsqu'on les observe, ne se

©BIUM

présentent que sous forme de réactions passagères et déterminées par les idées délirantes, à l'inverse de ce qui se passe dans la mélancolie vraie.

Plus tard apparaissent de nouvelles idées délirantes, et, à ce moment, les malades peuvent suivre deux voies très différentes. Les uns regardent comme une faveur les symptômes de possession qu'ils accusaient précédemment; ils formulent des *idées de grandeur*. Dieu, les esprits parlent par leur bouche, ils sont inspirés, ils prophétisent. C'est, il me semble, le cas de la malade de M. Roubinovitch. Les autres, au contraire, accusant de plus en plus les atteintes portées à leur personnalité individuelle, en arrivent à un véritable *délire de négation* systématisé, différant d'ailleurs, comme symptômes et comme évolution, des cas envisagés par Cotard. Ils n'ont plus rien, plus de sentiments, plus de pensées, plus même d'organes. J'ai rapporté, au dernier Congrès de Blois, un fait de ce genre et que je crois des plus typiques.

Cette variété d'affection mentale se rencontre, d'après mes observations, *dans deux circonstances*.

Tantôt il s'agit de sujets jeunes, arrivés à l'âge adulte et l'on a affaire alors, comme pour la malade de M. Roubinovitch, à ces individus que l'on range aujourd'hui dans le cadre si peu précis de la dégénérescence mentale. Il est à remarquer toutefois que dans ces cas, au lieu d'une évolution anormale de la personnalité toujours dans le même sens comme chez certains dégénérés, l'anomalie intellectuelle se traduit ici par une dissociation rapide, un dédoublement progressif de la personnalité.

D'autres fois, et c'est peut-être le cas le plus fréquent, les troubles psychiques se présentent à un âge assez avancé, par exemple, à la ménopause. Au lieu d'un vice d'évolution, ils semblent alors marquer comme le début d'une involution précoce, qui se traduit à la fois et par la dissociation de la personnalité et par certains des caractères physiques de la sénilité (athérome, cataractes, gérontoxon, etc...).

Bien qu'offrant parfois des idées mélancoliques, ces faits, comme je le disais tout à l'heure, diffèrent, par l'évolution et la physionomie des symptômes, des cas

©BIUM

de mélancolie vraie. Ils se distinguent aussi par de nombreuses particularités des différents délires de persécution que l'on observe habituellement. Ils constituent peut-être entre ces deux formes d'affections mentales, mélancolie et délires variés des persécutions, comme un groupe *mixte*, *de transition*, et me paraissent assez comparables à quelques-uns de ceux que Kræpelin semble avoir eu en vue dans la description de ce qu'il appelle le *depressiver Warnsinn*. Il est à remarquer toutefois que, par l'absence des troubles émotionnels primordiaux et aussi par les caractères généraux du délire (1), ces faits se rapprochent beaucoup plus des délires de persécution que de la mélancolie.

M. Roubinovitch. — Je suis heureux de l'intéressante discussion que soulève mon observation, et répondrai brièvement aux objections qui me sont adressées. Je n'ai pas, comme on semble me le reprocher, insisté sur une systématisation idéale. Il s'agit d'un délire chez une débile, évoluant d'une façon singulière. La troisième phase, chez ma malade, semble résulter de son dédoublement de la personnalité. Quant à en faire un délire chronique type, je n'en ai pas la prétention. Si j'ai employée l'expression de dégénéré, c'est pour me servir d'un terme nouveau, ayant cours en médecine mentale. M. Ritti a émis l'opinion qu'il s'agissait peut-être d'une paranoia secondaire ; j'y verrai plus volontiers un cas de paranoia primaire.

M. Christian. — L'hypothèse d'une paranoia primitive me semble loin d'être démontrée. Je pense que la maladie s'est continuée sans interruption depuis l'accès que M. Roubinovitch appelle « bouffée ». Cette malade n'a jamais guéri, et son délire est resté à l'état latent.

Elle a présenté des hallucinations de la vue, ce qu'on ne rencontre que bien rarement dans le délire chronique. Existe-t-il chez elle un fond hystérique? C'est peu probable. Pour moi, je suis plutôt porté, comme M. Séglas, à rapprocher cette observation d'un de ces délires mystiques de possédés, si fréquents au moyen âge.

---

(1) Voir J. Séglas. — *Semaine médicale* n° 50, 1890 et Congrès de Blois, *Progrès médical*, 1892. 6 août.

©BIUM

M. ROUBINOVITCH. — La première bouffée délirante a duré quinze jours, puis la malade est redevenue calme, et rien n'a pu, pendant longtemps, attirer l'attention de son entourage. Puis est survenue la « bouffée » mélancolique, qui a duré six mois. La question reste à débattre sur la continuité entre le délire mélancolique et le délire de persécution. Les hallucinations visuelles sont assez récentes, et consécutives aux hallucinations verbales psycho-motrices, qui paraissent les avoir provoquées.

La séance est levée à six heures.

RENÉ SEMELAIGNE.

©BIUM

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ANGLAIS

The Journal of mental Science.

ANNÉE 1889

I. — *L'asile des aliénés du Caire;* par M. le Dr Sandwith (numéro de janvier). — Il y a un rapprochement intéressant à faire entre la relation du Dr Urquhart (1877) et celle qui paraît aujourd'hui. On ne peut nier que le contact des européens n'ait influé sérieusement sur le sort des aliénés en Egypte. Lorsque M. Urquhart les a visités, ils occupaient un local exigu et infect sur le Nil, dans le quartier Boulak. En 1880, on les a installés dans un palais princier délaissé par ses hôtes, dans la banlieue du Caire, sur les confins du désert. Cette construction, en bois, avait été dévorée par un incendie en 1878. La partie respectée par le feu est celle qui servait d'habitation aux esclaves noirs; les aliénés en ont pris possession. En 1884, les chefs du département sanitaire ont résigné leur mandat et ont été remplacés par un pacha indigène et l'auteur de ce mémoire.

A l'époque de son entrée en fonctions, M. Sandwith a trouvé les aliénés dans une condition misérable et il a dû vaincre, pour accomplir les premières réformes, de sérieuses difficultés.

Le grand obstacle était la gêne pécuniaire, car il n'avait à sa disposition qu'un budget annuel de 7,800 livres. Cependant l'asile de Boulak a subi une véritable transformation, grâce aux efforts de ce médecin et à ceux de son successeur, le Dr Greene. Aux chaînes et aux appareils de torture a été substitué la simple camisole. Plus tard, l'asile a été pourvu de cellules capitonnées.

Le Dr Greene a su s'adjoindre un personnel intelligent et d'une aptitude éprouvée, composé comme il suit : deux médecins indigènes, dont l'un, docteur de la Faculté de Paris, a étudiée les aliénés à la Salpêtrière et à Sainte-Anne, un économe, une sage-femme, un dépensier, un commis aux écritures, deux surveillants en chef, trente-deux gardiens, treize employés divers.

©BIUM

Trente-deux gardiens pour trois cents aliénés représentent un personnel de surveillance largement suffisant. La statistique récente de l'asile est d'ailleurs on ne peut plus favorable. La voici :

Malades présents au 31 décembre 1886. . . .	233
Admis en 1887.	457
Décédés.	67
Guéris.	310
Sortis non guéris	49
Présents au 31 décembre 1887.	264

Le chiffre des guérisons est même si élevé qu'il inspirerait des doutes.

L'entrée des aliénés est aujourd'hui soumise à des formalités légales. La police ou la famille du malade adresse une demande au médecin du gouvernement de la Province qui procède à une première enquête et ordonne, s'il y a lieu, que le malade soit soumis séparément à l'examen de deux médecins qui rédigent un rapport en vue de l'admission.

M. Sandwith entre dans des développements intéressants sur les faits cliniques qu'il a observés.

Nous regrettons de ne pouvoir le suivre dans cette partie de son travail. Il faut noter néanmoins son opinion sur la question si controversée de l'étiologie de la paralysie générale. Cette affection est inconnue, d'après lui, chez les indigènes mangeurs de grains, quoique syphilitiques. On l'observe d'autre part, chez les Orientaux qui s'adonnent au régime de la viande, au travail cérébral et ne sont pas strictement sobres.

II. — *Description du nouvel hôpital annexe de l'asile royal de Montrose;* par M. le Dr James Howden (numéro de janvier). — Tous les asiles d'aliénés devraient être pourvus d'une annexe pour l'isolement et le traitement des maladies contagieuses.

L'hôpital de Montrose a une affectation plus étendue puisqu'il admet tous les aliénés qui réclament des soins d'infirmerie.

Il contient cent lits ; cinquante pour chaque sexe.

Situés au nord-ouest de l'asile principal, dont il sont entièrement séparés, ses bâtiments sont orientés au midi et font face à la mer et à un beau paysage. Ils se composent d'un pavillon central d'où partent deux galeries latérales aboutissant à deux pavillons.

La maison du centre a trois étages et contient la chambre de l'inspecteur et les logements des employés et domestiques.

©BIUM

On y trouve encore les services généraux, la cuisine et un spacieux réfectoire qui est au centre même de l'hôpital. Sur le réfectoire s'ouvrent de chaque côté les deux corridors qui n'ont pas moins de quatorze pieds de longueur.

Eclairés au sud par des glaces donnant sur une véranda, ces corridors communiquent au nord avec des salles de bains, des magasins de lingerie et un dortoir au premier étage. A leur extrémité, comme il est dit plus haut, est, à droite et à gauche, un pavillon qui présente au nord une série de chambres d'isolement; au sud, un dortoir éclairé par une large baie vitrée. La partie septentrionale du pavillon est disposée de manière à pouvoir être entièrement séparée du reste de l'édifice. Le prix de cet hôpital est de 13,000 livres (352,000 francs) en y comprenant les frais accessoires de peinture et de mobilier.

III. — *Assistance extérieure des aliénés pauvres en Ecosse;* par M. le Dr Daniel H. Tuke (numéro de janvier). — Il n'y a pas bien longtemps, nous avons fait connaître, d'après le même auteur, le côté économique de cette assistance aujourd'hui célèbre. M. Hack Tuke est un explorateur vaillant, d'une compétence incontestée, et on ne lira pas sans intérêt les impressions qu'il a rapportées d'une excursion à Kennovay, le pays du *board-out system*.

Les gardiens d'aliénés sont des petits cultivateurs habitant des chaumières à un étage. Ils reçoivent d'ordinaire six shellings par semaine pour les femmes, sept pour les hommes. Les malades sont habillés par la commune. La plupart sont tranquilles; ce sont des débiles. Ils paraissent aimer leur toit et sont laissés libres. Ils prennent leurs repas avec la famille et partagent l'existence de leurs hôtes.

Les cottages écossais offrent une physionomie particulière avec leurs rangées de lits en bois rapprochés les uns des autres, dans la cuisine ou dans d'autres pièces. Dans la première ferme qu'il a visitée, M. Tuke a vu un pensionnaire imbécile occuper une de ces couches à côté de l'homme et de la femme chargés de le garder. Les inspecteurs avaient autorisé, paraît-il, cette promiscuité.

Dans une autre maison, deux femmes aliénées avaient été confiées à un ménage ayant des enfants. Ailleurs deux aliénés, dont un âgé de soixante-dix ans, habitaient avec un homme, une femme et leur petit-fils, un jeune enfant.

Sur un autre point, notre confrère a vu une femme seule, non mariée, chargée de la surveillance de quatre aliénées. Trois

©BIUM

de ces malades occupaient une chambre, la quatrième dormait dans une mansarde.

Il nous montre enfin dans une chaumière, deux aliénés dont un épileptique, auquel est confiée la tâche de bercer un enfant. Cet épileptique est une source de bien-être pour ceux qui le possèdent. Son mal caduc rapporte à la maison la somme importante de 8 shellings par semaine.

Ces renseignements sont peu favorables au système de l'assistance extérieure, et l'on ne sera pas surpris que M. Tuke prétende lui imposer une réglementation plus sévère, qui s'étende au choix des malades, des gardiens, à l'accommodation des locaux, au contrôle des inspecteurs, etc.

Les aliénés admis à l'assistance extérieure, sont divisés en deux catégories. Les uns sont placés isolément dans leurs familles ou chez des étrangers. Il y a aussi des groupes de deux à quatre malades traités ensemble dans des maisons autorisées. Dans toute l'Écosse, 66 p. 100 des aliénés sont confiés isolément à des familles ; 34 p. 100 sont assistés par groupes.

Les formalités du placement sont les suivantes :

1° Un certificat médical constatant les faits d'aliénation mentale et l'aptitude du sujet à être admis à cette assistance spéciale. Cette pièce mentionne, s'il y a lieu, le degré de parenté du gardien; l'âge, le sexe, la profession de celui-ci. Elle indique enfin les particularités concernant les êtres de la maison que doit habiter l'aliéné et le montant de la contribution paroissiale ;

2° Une demande au sheriff ou à la commission générale des aliénés.

Les malades sont visités tous les trois mois par le médecin de la paroisse qui consigne ses notes sur un registre spécial. Les inspecteurs de l'aliénation mentale font des tournées semestrielles. Il y a enfin la visite annuelle de l'inspecteur paroissial. Le contrôle de ce service est plus complet en Écosse qu'en Angleterre.

IV. — *L'antifébrine dans les pyrexies*, par le Dr Julius Mickle (numéro de janvier). — Ce médicament est un hypothermique puissant. Il a produit des résultats remarquables dans les états fébriles que ce médecin a eu à combattre chez les aliénés. Son efficacité s'est montrée surtout dans les affections suivantes :

1° Le catarrhe vésical, l'hémiplégie, les affections cérébrales organiques, les scléroses médullaires (dose, 5 grains).

©BIUM

2° La méningite, le trouble hallucinatoire avec hyperthermie (dose, 8 à 12 grains).

L'abaissement de la température a été constant. Après neuf et dix heures, il était encore de 2 à 3 degrés Farenheit. Le délire persiste avec l'action du médicament.

3° La paralysie générale à la période ultime. L'antifébrine a été administrée dans la congestion hypostatique, la pneumonie, le marasme. Les doses et les effets ont varié. Chez un malade, 4 grammes ont abaissé en deux heures et demie la température de 6 degrés Farenheit.

Dans une autre expérience, 3 grammes ont produit en deux heures trois quart un abaissement de 2°,2. La même dose a produit ailleurs une chute de 2°,8 en cinq heures.

V. — *Cas de maladies du cerveau chez des imbéciles;* par M. Fletcher Beach (numéro de janvier). — L'imbécillité peut résulter d'un arrêt de développement ou d'un état pathologique du cerveau. Dans un mémoire qu'il a lu à l'Association médicale anglaise, M. Fletcher Beach étudie les imbéciles de la seconde catégorie. L'hydrocéphalie, l'hypertrophie et l'atrophie cérébrales, dont il a observé de nombreux cas, lui ont fourni matière à des remarques instructives.

L'hydrocéphalie résulte probablement de l'hérédité nervosique. La forme de la tête chez les hydrocéphales est caractéristique. Elle est globuleuse; ses diamètres antéro-postérieurs et transversaux sont sensiblement égaux. La fontanelle est saillante. La plus grande circonférence correspond à la région temporale. L'imbécillité n'est pas toujours congénitale et peut se montrer plusieurs années après la naissance. Quant à l'abondance de liquide, elle est parfois excessive. Chez un homme de trente ans, on a trouvé 36 onces de sérosité. M. Beach en a vu jusqu'à 7 ou 8 pintes.

C'est Laënnec qui a découvert l'hypertrophie cérébrale des enfants. Notre auteur se range à l'opinion de Rokitanski, qui fait dépendre cette affection de la prolifération de la substance granuleuse interstitielle. Le changement se complique d'une néoformation vasculaire et de l'apparition de leucocytes abondants. La lésion atteint surtout la substance blanche des hémisphères, parfois le corps strié et la couche optique, rarement la moelle allongée. L'encéphalite survient dans la première et deuxième année et s'accompagne d'imbécillité. Les principaux symptômes sont : la céphalée exacerbante, l'excitation suivie de coma, l'obtusion intellectuelle, l'embarras de la démarche, les convul-

©BIUM

sions. Andral admet deux périodes. La première est la période chronique, aux allures bénignes, la seconde correspond à la compression cérébrale. Elle est de forme essentiellement aiguë et d'un pronostic fatal. L'autopsie permet de constater le poids énorme de certains cerveaux. Dans les observations publiées par notre confrère, on voit le cerveau d'un enfant de quinze ans peser 62 onces (1,757 grammes).

Le diagnostic différentiel de l'hypertrophie et de l'hydrocéphalie est délicat à établir. Dans la première affection, les dimensions de la tête sont moins exagérées ; l'accroissement se montre, dans l'hydrocéphalie au niveau des tempes, dans l'hypertrophie au-dessus de la la ligne sourcilière. La forme de la tête est carrée dans cette dernière affection et les fontanelles sont marquées par un enfoncement au lieu de la saillie qu'offrent les hydrocéphales. Notons enfin cet écartement des yeux qui donne aux hydrocéphales cette physionomie si particulière.

L'atrophie cérébrale a pour cause un arrêt de développement, ou la disparition d'éléments nerveux préexistants. Au premier cas correspond la microcéphalie. Elle peut être générale ou partielle. Cependant la généralité de la lésion est la règle.

Les observations contenues dans ce travail mentionnent des cerveaux d'une petitesse extrême pesant 7 onces, 20 onces 1/2. Ces encéphales sont normalement conformés au point de vue du nombre des circonvolutions, du développement des nerfs spéciaux, de l'aspect des ganglions de la base et de la moelle épinière. Le cervelet est relativement plus gros ; son volume est avec celui du cerveau dans le rapport de 1 à 3 ou 4, le rapport normal étant de 1 à 8.

La deuxième forme d'atrophie cérébrale est celle où les éléments nerveux ont disparu. Les cas les plus intéressants sont ceux où l'on observe, en même temps que l'atrophie unilatérale du cerveau, l'atrophie correspondante du côté opposé du corps. L'imbécillité ne la complique pas toujours, si le côté du cerveau demeuré indemne a conservé ses fonctions.

L'atrophie cérébrale est souvent causée par l'inflammation du cerveau, des méninges ou du crâne pendant la vie fœtale. La lésion peut se produire après la naissance. Le processus est facile à interpréter. L'inflammation des méninges ou de la substance corticale détermine l'atrophie d'un côté du cerveau. En même temps le crâne s'épaissit et du liquide s'épanche dans l'arachnoïde et les ventricules. Enfin les muscles des membres

©BIUM

qui sont en rapport avec les cellules motrices ont leur nutrition altérée et s'atrophient.

VI. — *Aliénation mentale consécutive aux opérations chirurgicales;* par le Dr T. Dent (numéro d'avril). — Dans les hôpitaux, l'observation est peu portée vers les troubles mentaux d'origine chirurgicale. Ces accidents y sont néanmoins plus communs qu'on ne croit. M. Dent en rapporte un petit nombre qu'il a tirés de sa pratique personnelle et de celle de médecins connus. Nous résumerons brièvement ces faits cliniques.

La première malade est hystérique, bien qu'on ne lui connaisse aucune tare héréditaire. Dans l'intervalle d'une quinzaine, elle subit deux opérations assez graves, sur la nature desquelles nous ne sommes pas renseigné et qui n'ont été suivies, d'ailleurs, d'aucune complication. Avant d'être opérée, elle présentait de la dépression mentale. La convalescence a été marquée par des attaques d'hystérie. Dans la huitième semaine s'est produite une autre attaque beaucoup plus violente et compliquée d'un état mental, consistant dans la perte du contrôle des actes, l'altération des sentiments affectifs, une agitation avec cris et plaintes pour les causes les plus légères. La malade avait conscience de son désordre mental qui a disparu rapidement, en même temps que la guérison des plaies a été obtenue.

Le second cas est relatif à un enfant de dix ans, qui ne présente aucune prédisposition originelle, aucune tendance héréditaire. Cet enfant a subi la résection du genou avec raclage des os. L'éther est l'anesthésique employé. Les pansements ont été faits au sublimé. Un accès de manie subaiguë s'est déclaré huit jours après l'opération. Le jour, le petit malade dort d'un sommeil incomplet, consistant dans la simple suspension des facultés. La nuit est agitée. La température s'est élevée, bien que la blessure n'offrît alors aucune complication. Les cheveux étaient devenus secs et durs, l'enfant était maussade, montrait une perversion des sentiments naturels. Plus tard, un petit abcès, causé par le contact d'une pièce de pansement mal placée, a été ouvert par le chirurgien. Le malade avait alors des idées de persécution ; il se montrait anxieux, croyant qu'on allait le tuer...

Il s'est amélioré graduellement. On fait la remarque que l'iodoforme n'a pas été administré avant l'invasion de la folie.

La troisième malade observée par le Dr Dent est une femme

©BIUM

de soixante-cinq ans, atteinte d'un épithélioma volumineux qui a nécessité l'amputation de la cuisse. Elle a été éthérisée. Le trouble mental a débuté le onzième jour, il avait la forme de la mélancolie anxieuse. La malade poussait des gémissements et a fini par être frappée d'une déchéance mentale graduelle et, finalement, de démence sénile avec gâtisme et escarres. L'état du moignon était peu satisfaisant. Huit semaines après l'opération, la blessure n'était pas guérie.

Le fait suivant est rapporté par le Dr Bennett. Le malade, âgé de quarante-trois ans, est un alcoolique opéré d'une hernie scrotale volumineuse. L'éther a été administré pendant l'opération. Trois jours après, il s'agite, se montre turbulent et bruyant. L'aspect de la blessure est sale et la température s'est élevée. Le malade est irritable, soupçonneux, parle de ses affaires avec véhémence. Plus tard (quatrième semaine), il est inconscient et tombe dans la démence. Il a été transféré à Bedlam. La plaie a été guérie, cependant, neuf semaines après l'opération.

On notera avec intérêt, dans ces cas cliniques, la marche indépendante des troubles mentaux et de l'affection chirurgicale.

A l'hôpital Saint-Georges, l'ovariotomie a été pratiquée chez une femme de quarante-huit ans, mère de huit enfants, absolument indemne de tout vice héréditaire. Le sixième jour après l'opération, l'état général étant satisfaisant, la physionomie de cette femme change ; elle devient anxieuse, accuse des conceptions délirantes de nature pénibles. Le huitième jour, éclate un accès de manie aiguë. La malade a succombé à l'agitation le onzième jour, sans qu'on ait pu incriminer l'état de la blessure, qui n'a cessé d'être excellent. L'iodoforme ni l'acide phénique n'ont été employés dans les pansements. A l'autopsie, on n'a pas trouvé trace de péritonite.

M. Dent emprunte plusieurs cas à ses confrères, de malades ovariotomisées et devenues délirantes. La prédisposition héréditaire existe chez quelques-unes, fait défaut le plus souvent et ne paraît pas, en somme, jouer un rôle prépondérant dans l'éclosion de cette espèce de vésanie. Les formes mentales ont varié ; mais il faut noter le pronostic fâcheux qui s'attache à la forme maniaque aiguë, même avec un aspect rassurant de la plaie.

Des observations ont été publiées par le Dr Collins (*Lancet*), Stepherd (*American Journal of the med. Sc.*), Davidson

©BIUM

(*Lancet*). Les désordres mentaux peuvent se manifester avant l'opération. Ils sont l'effet de la perturbation morale et leur gravité varie du simple trouble émotif à la conception délirante et à la manie. Ils peuvent être le fruit de l'opération elle-même (douleur, choc traumatique, soulagement brusque apporté par l'action chirurgicale). Les anesthésiques ont pu quelquefois être incriminés, leur action a été alors immédiate. Enfin, ils peuvent se produire quelque temps après et sont compris alors dans les suites de l'opération.

VII. — *Réflexions sur les théories criminalistes;* par le Rev. W. D. Morrisson (numéro d'avril). — L'auteur démontre l'excellence du précepte formulé par M. Maudsley sur l'importance de l'étude séparée et minutieuse de chaque individualité criminelle.

Un homme vient d'être condamné à mort pour le meurtre de son enfant. M. Morrisson soumet le cas criminel à un examen approfondi; les investigations se portent tour à tour sur le drame sanglant, la vie du meurtrier, l'histoire de sa famille. Il recherche ensuite les caractères anthropologiques de l'homme, ses attributs psychologiques (qui sont, d'après Bain, les sens, l'intelligence, les émotions, la volonté); les facteurs directs du crime ou circonstances déterminantes; ses facteurs potentiels, dont les uns appartiennent à l'organisme, les autres au milieu extérieur.

Il arrive à cette conclusion que le crime devait fatalement s'accomplir, faisant partie de cet ordre de faits soumis à la loi immuable de l'effet et de la cause. Cette analyse, dont le mérite est d'être absolument rigoureuse, est favorable aux conceptions modernes des criminalistes italiens. L'expiation suprême, d'après eux, n'est utile qu'en s'opposant à la propagation de la race qui fait le crime; elle ne détruit pas les causes du crime, que le châtiment ne saurait atteindre.

Les sources de la criminalité sont anthropologiques, sociales et cosmiques (Ferri). Il appartient à l'homme d'État, aidé du philanthrope, d'améliorer, dans la mesure du possible, les conditions sociales de l'existence; au savant, au médecin, de découvrir, dans l'évolution anthropologique, la genèse du crime et d'en prévenir l'éclosion. Telle est, pour l'humanité, la véritable voie à suivre, celle du progrès dans l'avenir.

VIII.— *Mouvements musculaires chez l'homme et leur évolution chez l'enfant. Étude du mouvement chez l'homme et son évolution, avec des remarques sur les propriétés des centres nerveux*

©BIUM

et leur rôle dans l'expression de la pensée ; par le Dr Francis Warner (numéro d'avril). — Ce curieux travail se prête peu à l'analyse. Il est présenté sous forme d'apophtegmes sentencieux qui veulent être reproduits intégralement, sous peine d'être altérés. Mais le lecteur ne suivra pas sans intérêt le développement de la fonction musculaire chez l'enfant, tel qu'il est exposé par M. Warner; c'est à cette partie de son mémoire que nous nous permettrons de faire quelques emprunts. Il donne le nom de *microkinèse* à l'énergie musculaire qui se manifeste sans l'intervention des centres supérieurs chez l'enfant éveillé, aussitôt après sa naissance. La fonction respiratoire s'établit pour se maintenir pendant toute la durée de la vie. L'enfant pousse des cris sous l'impression de la température, s'il est laissé sans nourriture pendant plus de deux heures. Le contact d'un corps étranger avec la muqueuse des lèvres provoque chez lui des mouvements de succion. La lumière produit l'occlusion de la paupière et la contraction de la pupille. Le sphincter anal paraît avoir un commencement d'action. Si on veut produire l'extension de l'avant-bras sur le bras, on constate une résistance des muscles.

En outre, l'enfant présente des mouvements spontanés qui ont leur siège à l'extrémité des doigts. Ces mouvements sont lents, non interrompus, irréguliers, sans ordre apparent, suspendus pendant le sommeil. La lumière et le son ne les modifient pas encore.

Dans la première semaine, des mouvements apparaissent à la face, autour de la bouche, puis au front. Les membres se déplacent avec plus de force. Un objet placé dans la main, détermine la flexion des doigts. L'avant-bras ébauche le mouvement pour approcher les objets de la bouche, mais cet acte ne peut encore s'accomplir; l'enfant laisse échapper l'objet qui tombe à terre.

A trois mois, les sens commencent à exercer leur contrôle : la tête se tourne vers la lumière. Cependant, la main ne s'étend pas encore vers les objets placés dans le champ de la vision. Elle ne se porte pas vers les parties du corps qui sont le siège d'une douleur. Les mouvements combinés et raisonnés n'ont pas encore fait leur apparition. La microkinèse existe toujours à la tête et aux yeux et s'y révèle par la mobilité des traits.

A quatre mois, l'enfant donne des signes d'impressionnabilité et le rôle des sens s'affirme. Les mouvements microkinétiques s'interrompent sous l'action d'une vive lumière, par

©BIUM

l'audition d'un son éclatant. A ce moment se montrent les mouvements combinés. La tête, les yeux, les mains sont attirés vers le point lumineux, vers l'endroit où retentit le son. L'activité microkinétique est alors momentanément suspendue pour reparaître un instant après, lorsque l'excitation sensorielle a cessé. Les noms se fixent dans la mémoire et leur aud ition détermine des mouvements spéciaux.

A trois ans, le rôle des centres supérieurs s'impose. La microkinèse continue, mais elle est contrôlée par les sens. La fonction nerveuse se perfectionne et l'on constate des phénomènes nouveaux : l'expression retardée, la cérébration combinée avec ou sans ce fait étrange qu'on a désigné du nom de renforcement de l'activité nerveuse (série croissante de mouvements succédant à une stimulation très faible non en rapport avec l'effet produit). La mémoire des centres est bien établie et démontrée par la production des mêmes actes succédant à la même stimulation. Le phénomène de l'imitation apparaît à son tour.

A dix ans, il n'y a presque plus de traces de microkinèse. On constate chez l'enfant des périodes prolongées d'inhibition cérébrale suivies de manifestations bien nettes de mémoire, d'expression retardée, de cérébration combinée. L'évolution cérébrale a fait un pas décisif et l'énergie mentale s'est enfin établie.

IX. — *Cas de pyromanie avec remarques;* par M. John Baker (numéro d'avril). — Le crime d'incendie commis par des individus responsables résulte d'un nombre restreint de mobiles. Le plus commun est le désir de toucher une prime d'assurances. La vengeance en est un autre et elle est toujours associée à l'alcoolisme, souvent à la débilité mentale.

Mais l'incendie est fréquemment l'œuvre d'un imbécile, d'un épileptique, il peut être le fruit d'une conception délirante. Dans tous ces cas, l'aliénation mentale doit être recherchée. M. Baker critique l'expression de pyromanie qui implique une lésion des instincts, une folie spéciale, plutôt qu'une forme raisonnante du délire. Son mémoire abonde en observations cliniques. Il contient aussi des détails intéressants sur Broadmoor que nous résumons à cette place.

En vingt-deux ans, de 1864 à 1886, le nombre des aliénés incendiaires admis à Broadmoor (107) est seulement dépassé par les homicides et les voleurs (avec ou sans effraction). Sur les 107 malades on compte 99 hommes et 8 femmes ; mais, comme il y a 4 hommes récidivistes, le nombre des cas se trouve réduit à un total de 103 pour les deux sexes. Les incendiaires

©BIUM

sont avec les autres aliénés criminels dans un rapport de 6.2 p. 100, savoir 7.5 p. 100, pour les hommes, et 2 p. 100 pour les femmes. L'incendie est commis par des jeunes femmes, de douzeà dix-huit ans; il est parfois en rapport avec un trouble de la fonction génésique. La plupart des malades sont des servantes qui ont eu dans la maison le feu à leur portée. Comme on peut le voir par les chiffres ci-dessus, les aliénés incendiaires sont rares en Angleterre. Le tableau statistique suivant peut être utile à consulter.

Affections mentales des incendiaires.	Hommes.	Femmes	Total.
Imbécillité.	35	1	36
Epilepsie	4	0	4
Paralysie générale	6	0	6
Manie aiguë.	5	1	6
— périodique.	4	0	4
— chronique.	6	1	7
Mélancolie	17	4	21
Monomanie.	8	1	9
Démence	10	0	10
Total. . .	95	8	103

X. *Note sur un cas de folie à deux chez cinq membres d'une famille;* par le Dr Oscar Woods. (numéro d'avril). — Le premier fait attire l'attention par le drame épouvantable qu'il représente. En réalité, il ne s'agit pas seulement de cinq aliénés, car on compte dans cette famille le père, la mère, deux garçons et trois filles, tous adultes et aliénés; elle comprend encore un enfant imbécile, un idiot épileptique, qui a été horriblement massacré par sa mère, et deux autres garçons sains d'esprit. Le père, quoique halluciné, n'a pas été séquestré, et l'asile n'a reçu par ordre des magistrats que la mère, trois filles et un garçon. Le meurtre qui a motivé leur internement s'est accompli dans les circonstances suivantes : Le délire s'est emparé simultanément des divers membres de la famille. La prédisposition héréditaire, la superstition, l'ignorance, avaient préparé son éclosion. D'après les renseignements, il remontait à une semaine et consistait dans une exaltation religieuse avec des hallucinations mystiques. Ses conséquences ont été terribles, la mère ayant mutilé à coups de hachette son propre enfant qu'elle a pris pour le démon. Toute sa famille aliénée l'entoure en chantant des prières et se livrant à des actes désordonnés.

©BIUM

A l'asile, ces malheureux ont été séparés les uns des autres et leur agitation s'est graduellement apaisée.

Après six mois de traitement, ils ont tous été guéris, moins une fille dont l'aliénation mentale était, paraît-il, de date plus ancienne. Elle est tombée dans une démence incurable.

L'observation de M. Nolan est relative à deux frères, fils de père et mère aliénés.

Le père est mort, laissant sa femme et ses enfants aux prises avec une misère noire. Plus tard, la famille s'est dispersée et deux enfants sont restés seuls avec leur mère infirme. Cette vieille femme a vécu jusqu'à quatre-vingts ans, et ses deux fils l'ont soignée jusqu'à la mort avec un dévouement touchant. Elle tenait de son mari un délire de persécution et de grandeur qu'elle a transmis à l'aîné de ses fils, qui à son tour l'a communiqué à son frère. Ils croient tous deux être d'extraction noble, propriétaires légitimes de biens immenses dont on les a dépouillés.

Après la mort de leur mère, les deux frères donnent une forme active à leur délire et commettent des déprédations chez leurs voisins. Ils ont été internés à l'asile.

Un fait bien remarquable dans cette observation, c'est que l'isolement des deux aliénés n'a pas modifié leurs conceptions délirantes. L'affection mentale a suivi, chez l'un et l'autre, une marche parallèle et semblable.

Bien plus, et la chose est digne de mention, ils ont présenté à distance et simultanément des troubles sensoriels identiques. Le même jour, ils accusaient la même prévention, touchant une tante dont ils se croyaient les victimes. Ils ont eu, une nuit, la même hallucination, la vision de leur mère défunte.

XI. — *Discours sur la médecine psychologique prononcé au Congrès international de Melbourne, le* 11 *janvier* 1888, par M. le Dr Manning, inspecteur général des aliénés dans la Nouvelle-Galles du Sud (numéro de juillet). — On a pu lire, dans les chroniques du *Mental*, une mention flatteuse de ce morceau oratoire; son importance lui mérite aujourd'hui l'honneur d'une reproduction intégrale. C'est qu'il abonde, en effet, en documents utiles, en déductions instructives, en aperçus pleins de justesse. Nous lui emprunterons d'abord quelques chiffres sur la statistique de l'aliénation mentale en Australie.

Au 31 décembre 1887, la population de l'Australie était de 2,951,590 habitants. On y comptait alors 8,434 aliénés, soit 1 aliéné pour 349 habitants ou 2.86 p. 100.

©BIUM

Ces aliénés sont inégalement répartis dans les diverses provinces. Celle de Victoria tient la tête avec 1 aliéné sur 294 habitants. Cette prédominance paraît imputable à un enregistrement plus rigoureux des cas de folie.

La statistique de l'Australie est plus favorable que celle de l'Angleterre. A la même époque, en effet, il y avait dans le Royaume-Uni 1 aliéné sur 342 habitants et une proportion de 2.92 pour 1,000 âmes de population. Cependant, le nombre des aliénés s'est accru légèrement depuis le 31 décembre 1877. Il n'y avait alors en Australie que 1 aliéné sur 356 habitants ou 2.80 p. 1.000. M. Manning croit que cette différence est due à l'accumulation des cas chroniques dans les asiles.

La nationalité des malades est assez curieuse à noter. Parmi les aliénés inscrits, une proportion de 23,12 p. 100 seulement appartient à l'Australie. Puis on compte 26 p. 100 d'Irlandais, 23 p. 100 d'Anglais, 6 p. 100 d'Écossais, 2 p. 100 d'Allemands, 2 p. 100 de Chinois, 14 et demi p. 100 de nationalité inconnue. Les Australiens seraient donc moins éprouvés par la folie que les étrangers.

La statistique de la guérison et de la mortalité n'est pas moins à l'honneur du pays. Pendant la période décennale 1878-1887, le pourcentage des guérisons n'a pas été moindre de 42.09 et encore sont compris dans les admissions les idiots qui viennent augmenter le chiffre des cas incurables. Les décès, pendant la première période, représentent une proportion de 7.09 p. 100 et sont moins nombreux par conséquent qu'en Angleterre à la même époque (9.58). Cette faible mortalité reconnaît pour cause la douceur du climat australien. Si l'on examine les catégories d'aliénés, on voit que la folie ordinaire existe dans un rapport de 86.50 p. 100; les autres malades admis sont des idiots ou des criminels dégénérés.

Sur les 8,435 pensionnaires des asiles, 1.888 ou 14.08 p. 100 sont réputés incurables.

La paralysie générale paraît faire des progrès dans les anciennes provinces. Dans les asiles de la Nouvelle-Galles du Sud, le pourcentage des paralysés généraux admis pendant la période 1883-1880 est de 3.4.

Dans son discours, M. Manning touche, on peut le dire, à toutes les questions qui intéressent la vie des asiles, depuis la législation, l'hospitalisation des aliénés jusqu'à l'enseignement de la psychiâtrie. Nous regrettons d'avoir à passer sans les reproduire bien des détails instructifs et nous indiquerons seu-

©BIUM

lement une excellente page où le savant aliéniste a consigné ses idées sur la disposition et la forme à donner aux asiles des aliénés.

S'il faut en croire certains bruits de presse, le gouvernement de Victoria aurait l'intention de substituer aux asiles actuels des habitations isolées. Le système du « Cottage » serait appliqué aux 1,500 aliénés de la province, et cette *Cité des simples* s'élèverait à peu de distance de la métropole. M. Manning raille fort agréablement ce projet d'aliéniste amateur. Il soutient avec raison que le cottage, qu'il ne rejette pas absolument, ne convient qu'à une infime minorité de malades : les convalescents, les chroniques et les travailleurs. Il doit être rejeté pour les cas aigus et les aliénés qui réclament des soins d'infirmerie. Il est évident que les malades gâteux, grabataires, les paralytiques doivent s'en trouver fort mal. L'application du cottage à la généralité des aliénés est donc une faute.

L'asile recommandé par l'orateur doit être varié dans sa forme, dans le groupement de ses parties. M. Manning préconise un hôpital central pour les infirmeries et le traitement des cas aigus, entouré de pavillons diversement aménagés pour les nombreuses catégories d'aliénés ; extérieurement, quelques cottages pour les convalescents et les chroniques tranquilles.

L'assiette du terrain sera largement établie, l'air et la lumière seront prodigués à profusion dans les salles de jour et de nuit. Les chambres d'isolement auront une large place, occupant en étendue le quart de l'asile. Toutes les salles de jour seront au rez-de-chaussée. Les habitations collectives n'admettront chacune qu'un petit nombre d'aliénés et seront assez multipliées pour permettre une classification complète. Enfin, on n'accordera qu'une importance secondaire au style architectural et à l'ornementation du dehors qui n'est souvent qu'une ironie à côté de la misère intérieure.

XII. — *Cure du morphinisme et des habitudes alcooliques;* par M. W. G. Playfair (numéro de juillet). — Le traitement qui a donné de si brillants résultats entre les mains de l'auteur de cette note consiste dans : 1° l'isolement absolu du sujet ; 2° le repos au lit ; 3° le massage ; 4° la suralimentation.

La grande difficulté que rencontre le médecin quand il traite un morphinomane est l'appétence irrésistible du malade et les souffrances qu'occasionne la suppression lente ou brusque de la drogue. M. Playfair affirme que les individus soignés d'après sa méthode ont pu renoncer sans effort à leur funeste passion.

©BIUM

La première partie (isolement, repos et massage) les prépare très heureusement à la seconde et ils acceptent sans peine l'alimentation intensive, qui relève rapidement leurs forces et les arme contre le choc nerveux, résultat de la privation de morphine. Les malades se calment d'abord, puis ils prennent de l'embonpoint et recouvrent en quelques semaines leur énergie mentale.

Deux observations d'alcooliques que le même traitement a tiré d'un état misérable démontrent l'excellence de ce procédé thérapeutique chez une autre catégorie d'aliénés.

XIII. — *Notes sur dix ans d'expérience dans l'usage des bains turcs appliqués au traitement des maladies mentales;* par le Dr Robert Baker (numéro de juillet). — Une observation prolongée de ce mode de traitement à York Retreat, où les bains turcs sont installés depuis dix ans, a permis à M. Robert Baker de formuler quelques préceptes utiles.

Au point de vue thérapeutique, il faut considérer le bain turc comme un agent curatif et palliatif. Son effet curatif est démontré dans les diverses formes de folie alcoolique, où il facilite l'élimination du poison. Il fait disparaître chez les buveurs l'irritabilité de caractère qui leur est propre et les porte à la violence. Il trouve encore son emploi dans les intoxications par les narcotiques. La paralysie générale saturnine est heureusement modifiée par son usage. On recommande le bain turc dans les cas de démence partielle survenant à l'âge moyen de la vie et simulant une sénilité précoce. Ces troubles mentaux sont sous la dépendance de la diathèse goutteuse. Son indication est encore formelle quand on veut combattre des congestions internes, par exemple dans ces formes de mélancolie où s'observe la sécheresse de la peau et un mauvais état de la fonction hépatique. Enfin, M. Baker l'applique avec succès au traitement de la folie puerpérale.

D'autre part, le bain turc est un élément important de la thérapeutique palliative. A York Retreat, il est d'un emploi fréquent chez les épileptiques. Aucun moyen n'est plus propre à calmer chez ces malades l'agitation violente et agressive dont ils sont coutumiers. Les épileptiques aiment leur bain, ils redoutent d'en être privés et cette circonstance met aux mains du médecin un instrument des plus utiles pour leur direction morale.

L'action sédative signalée chez les épileptiques est encore plus remarquable chez les paralysés généraux, principalement

©BIUM

dans la première période de l'affection, où les malades se montrent irritables et dangereux.

Enfin, le bain turc est utile à la grande masse des aliénés chroniques, n'aurait-il que l'avantage de les occuper et de rompre la monotonie de la vie d'asile. Mais sa valeur hygiénique est encore inappréciable. Les malades s'y nettoient et leur peau s'y débarrasse de cette odeur fétide si répugnante qu'exhalent la plupart des individus atteints de démence.

XIV. — *Notes sur l'emploi du sulfonal;* par M. W.-R. Watson (numéro de juillet). — Le médicament a été administré à trente-six malades et, chez trente et un, le succès a été complet. Ils étaient atteints d'affections diverses : épilepsie avec démence, épilepsie avec manie, mélancolie, démence simple, démence sénile, manie chronique, paralysie générale, hémiplégie, affection strumeuse des articulations, ulcères variqueux de la jambe, épithélioma, affection cardiaque, rhumatisme chronique. La multiplicité de ces applications donne lieu à une remarque originale, c'est que le sulfonal n'est pas seulement hypnotique, mais qu'il est encore analgésique. Il a une influence réelle, incontestable, sur l'élément douleur et procure le sommeil après le calme. La dose prescrite habituellement a été de 30 grains, et le sommeil a été obtenu après une durée moyenne de deux heures; il a persisté entre deux et onze heures. Parfois l'action s'est prolongée après le réveil et le malade a été calme la nuit d'après, sans qu'une nouvelle médication ait été nécessaire. Le sulfonal paraît sans effet sur la respiration, le pouls et la digestion.

XV. — *Tumeur du corps pituitaire;* par M. James Whitwell (numéro de juillet). — Observation complète et très détaillée dont il convient de retenir les traits saillants, en raison de la rareté du cas clinique. La tumeur appartient au groupe des myxosarcomes et mesure 0,029 millimètres de long sur 0,013 de large. Elle est tassée dans la selle turcique et comprime à gauche la carotide interne et le nerf de la sixième paire.

La forme mentale était la dépression mélancolique. La malade, âgée de trente ans, était sombre, silencieuse, affaissée, pleurarde, réfractaire à toute stimulation. L'intelligence et la mémoire étaient frappées d'inertie. Cette femme était profondément anémique et se plaignait depuis longtemps de maux de tête. Elle avait eu sept grossesses, deux avortements et avait dû interrompre l'allaitement de son dernier enfant, un an avant son admission à l'asile. La menstruation n'avait pas reparu depuis l'accouchement.

©BIUM

Six jours avant la mort, elle a été prise de vomissements, puis d'attaques convulsives avec prédominance des mouvements à droite. Au cours de cet ictus cérébral, les symptômes principaux ont été la rigidité tétanique généralisée, la parésie de la paupière droite et du côté droit de la face, un léger strabisme interne de l'œil gauche, une sialorrhée abondante, un grincement rappelant celui de la paralysie générale.

XVI. — *Discours présidentiel prononcé à la séance annuelle de l'Association médico-psychologique, le 25 juillet* 1889; par M. Hayes Newington (numéro d'octobre). — L'accroissement du nombre des aliénés, l'encombrement toujours plus grand des asiles, l'augmentation des charges qui en résulte pour le pays sont des questions à l'ordre du jour parmi les aliénistes d'Angleterre. L'organisation d'une assistance moins coûteuse, quelle que soit sa forme, a pour corollaire la création d'asiles spéciaux pour les aliénés récents et curables, pourvus de tous les perfectionnements qui doivent en faire des instruments de guérison. Les conditions que doit remplir un établissement de ce genre fournissent à M. Newington le sujet de son discours présidentiel.

Quelles dimensions devra-t-on lui donner? On prendra pour base la proportion des cas curables admis à l'asile, qui est, d'après l'orateur, de 60 p. 100. Les cas simples auront à séjourner trois mois environ, après lesquels la guérison est généralement obtenue. Pour les cas douteux, la durée extrême du traitement ne devra pas dépasser un an. En tenant compte du rapport entre le chiffre des aliénés et celui de la population, il entre annuellement, dans un asile de 1,000 malades, 285 cas nouveaux ; 170 guérisons sont obtenues. La population du petit asile de traitement devra se renouveler trois fois environ et, dès lors, le nombre de ses lits devra être de soixante. Pour bien faire, M. Newington en admet soixante-dix et dicte finalement la formule suivante : L'asile de traitement devra être emménagé pour une population qui sera le quinzième de celle de l'asile de comté. Cet hôpital n'est pas divisé en pavillons comme les asiles ordinaires. La réunion des aliénés n'y est tolérée que pour les mélancoliques tranquilles (dortoirs de six places au maximum) et les maniaques y sont rigoureusement isolés. Aussi le nombre des cellules est considérable et celui des gardiens est en proportion.

L'ameublement et la décoration doivent être ceux d'une maison ordinaire.

©BIUM

L'exercice corporel et le travail sont plus difficiles à organiser avec ces malades. Il sera néanmoins utile d'avoir dans l'établissement un ou deux ateliers, un jardin, une buanderie...

Enfin, l'asile sera pourvu des annexes obligées de tout hôpital ; bains médicinaux, bains turcs, laboratoire, salle d'autopsie, etc., etc.

A la tête du personnel médical sera placé le directeur du grand asile auquel l'hôpital est annexé. Nul mieux que lui n'a qualité pour régler le mouvement de la population, ordonner le déplacement des malades, leur transfèrement d'un asile dans l'autre, diriger les infirmiers, etc.

Il est bon qu'il puisse s'assurer le concours d'un médecin étranger. Il sera assisté par un ou deux médecins adjoints logés dans l'asile clinique et par des étudiants en médecine dont les services seront assimilés au stage obligatoire. Les infirmiers et gardiens, choisis avec un soin tout particulier, seront recrutés, partie au dehors, partie dans le grand asile. Dans ce dernier cas, ils recevront une augmentation de gages et le passage d'un asile à l'autre sera considéré comme un avancement.

L'orateur s'intéresse ensuite à un autre genre d'établissements dont il voudrait voir la création dans l'avenir : les asiles d'instruction pour les élèves en médecine. Ils devront s'élever, comme de raison, à proximité des grands centres d'éducation, Londres, Edimbourg, Glascow, Dublin, etc., ils seront construits pour cent cinquante malades environ.

Le choix des malades suggère à notre confrère quelques remarques judicieuses. Il estime qu'il faut écarter les cas extraordinaires, qui peuvent fournir au professeur le sujet d'une leçon fantaisiste et brillante, mais sont impropres à initier les élèves à l'étude méthodique de la psychiâtrie.

En première ligne seront admis les cas simples : démence aiguë, manie, mélancolie simple dénuée de conceptions délirantes et surtout de délire systématisé.

Après viendront les vésanies compliquant des lésions physiques (état puerpéral, syphilis, goutte). En dernier lieu, le professeur abordera l'étude des systèmes délirants, des formes chroniques de l'aliénation mentale, des divers aspects de la paralysie générale.

Une question brûlante se pose (burning), celle du recrutement du personnel médical. Il doit se composer à la fois, dit l'orateur, de médecins aliénistes et de médecins voués à la

©BIUM

pratique ordinaire. Aux premiers, qui résident à l'asile et en ont toute la responsabilité, revient l'autorité et par suite une prépondérance absolue sur les autres qui sont étrangers à l'asile et n'y viennent que pour faire des cours.

Les aliénistes dirigent la vie matérielle et morale des malades. Le premier d'entre eux a des attributions très étendues. Il choisit les malades pour l'enseignement, les désigne pour les diverses cliniques, et il est chargé seul d'appliquer la loi. Tandis que les professeurs auront qualité pour diriger le traitement des aliénés, ils ne pourront provoquer une sortie sans en référer au directeur aliéniste. M. Newington n'est pas sans reconnaître que cette organisation ouvre la porte à des conflits, mais il compte sur la sagesse des médecins pour maintenir l'harmonie dans l'asile clinique.

XVII. — *Sur les mesures d'assistance à prendre dans l'avenir touchant les aliénés pauvres;* par M. le Dr H. Tuke (numéro d'octobre). — L'éminent directeur du « Mental science » passe en revue les divers procédés susceptibles de désencombrer les asiles, en diminuant les charges que l'entretien des aliénés, fait peser sur les contribuables. L'assistance extérieure des aliénés pratiquée avec le concours des amis ou de mercenaires étrangers, le Workhouse, les asiles réservés aux cas aigus, tous ces différents points, sont examinés dans le travail de M. Tuke avec ce sens critique, ce jugement clairvoyant qu'on retrouve dans tous ses écrits. Il est d'avis que le placement des aliénés chroniques chez des étrangers ne peut être pratiqué, dans le comté d'Yoskshire tout au moins, que dans une mesure très restreinte. Le traitement au domicile des malades ou chez leurs amis (qui devront recevoir une indemnité pécuniaire) pourra être encouragé, sous la réserve d'un contrôle officiel. La nouvelle loi a, du reste, prévu ce mode d'assistance et l'on peut en attendre des résultats heureux.

Mais le véritable moyen d'allègement qui s'impose actuellement est le Workhouse. Son emploi est favorisé de la sanction de nombre d'aliénistes distingués. Le Workhouse devra être pourvu, naturellement, d'aménagements spéciaux et complets ; les aliénés y occuperont des quartiers séparés et surveillés efficacement. Ces établissements de pauvres, outillés convenablement, donnent aux aliénés la plus grande somme de confort et de bien-être : l'expérience en est faite.

M. Tuke s'arrête, en la déplorant, à l'influence fâcheuse exercée par le *capitation grant* sur l'assistance des aliénés pau-

©BIUM

vres. L'indemnité de quatre shellings par semaine, allouée aux « guardians » par tête d'aliéné placé à l'asile, a porté ces administrateurs à remplir les asiles d'aliénés inoffensifs et d'idiots pour exonérer la province de leurs frais d'entretien. Il n'y a qu'un moyen d'en finir avec cet abus, c'est l'extension aux Workhouses et à l'assistance extérieure de l'allocation gouvernementale. Mais cette mesure doit être ordonnée par le Parlement.

Notre confrère estime que 65 p. 100 des aliénés ne peuvent recevoir des soins qu'à l'asile. Parmi ceux qui restent, 25 p. 100 se prêtent à l'hospitalisation du Workhouse ; l'infime proportion de 10 p. 100 peut bénéficier de l'assistance extérieure, et encore le chiffre lui paraît excessif. Les cas aigus et curables devront être traités à part, soit dans des pavillons annexés à l'asile, soit dans un hôpital construit à une certaine distance.

XVIII. — *Remarques sur l'urine et la température dans la paralysie générale des aliénés;* par M. le Dr John Turner (numéro d'octobre). — Les observations ont été faites sur vingt-sept paralysés généraux, parvenus à diverses périodes de la maladie. Ils ont donné lieu à soixante-cinq analyses dont nous mentionnerons les résultats les plus importants.

La miction totale des vingt-quatre heures a varié entre 625 et 2,669 centimètres cubes. Chez presque tous les malades, la quantité d'urine a dépassé le chiffre normal (1500 c. c.). L'urine a été rarement albumineuse.

La recherche de l'acide phosphorique a permis de faire quelques remarques intéressantes. Son excrétion est généralement moindre qu'à l'état normal. La quantité normale la plus faible étant 2 gr. 50 dans les vingt-quatre heures, ce poids n'a été dépassé que chez un malade qui, à deux reprises, a présenté des accidents congestifs. Chez cet individu, l'augmentation de l'acide phosphorique a été en rapport avec celle de l'urée et ce phénomène paraît dépendre d'une désintégration de tissus correspondant avec l'excitation cérébrale. Mais on peut admettre que la diminution de l'acide phosphorique est la règle dans la paralysie générale.

L'acide existe, combiné aux bases alcalines et terreuses. Il ne se comporte pas sous les deux formes d'une manière identique. Tandis que la quantité des phosphates alcalins est peu modifiée, la diminution porte principalement sur les phosphates terreux.

Comme l'acide phosphorique, l'urée diminue dans la paralysie générale. La quantité normale excrétée dans les vingt-quatre

©BIUM

heures étant de 30 à 40 grammes, M. Turner l'a trouvée chez ses malades :

17	fois	inférieure	à	20 grammes.
17	—	—		25 —
14	—	—		30 —
11	—	—		35 —
2	fois	supérieure	à	40 —

En résumé, la diminution a été constatée 48 fois, l'état normal 11, l'accroissement 2.

Dans ces deux derniers cas, il y a eu d'une part agitation extrême, marasme physique et terminaison rapide, de l'autre des accidents congestifs graves. Les analyses paraissent donc démontrer l'excrétion moindre de l'urée à toutes les périodes de la paralysie générale. Ce phénomène pathologique n'a aucun rapport avec la consommation alimentaire de l'azote. En effet, ces malades sont soumis à une alimentation fortement azotée, surtout au déclin de leur affection, alors que l'urée est en pleine décroissance dans l'urine.

On admet généralement que la température s'élève dans la paralysie générale, l'hyperthermie étant indépendante de toute action inflammatoire. Nombre de médecins distingués, Mickle, Crichton Browne, Savage professent cette opinion. Eh bien, les observations de M. Turner sont loin, à cet égard d'être concluantes. Si, en effet, l'élévation de la température est la règle, il est des paralysés généraux à température basse, inférieure à la normale. Ce sont des aliénés tranquilles, apathiques, à réaction délirante peu accusée. La véritable formule de la répartition du calorique dans la paralysie générale est l'*instabilité*. Les observations thermométriques offrent, en effet, des fluctuations journalières provoquées par des causes, parfois futiles, souvent inconnues. On a même vu des accès congestifs avec température très basse et l'auteur en donne un exemple dans lequel l'hypothermie (32°,5) a persisté jusqu'à la mort. Les faits rapportés par M. Turner s'accordent mal avec la théorie inflammatoire de la paralysie générale.

XIX. — *Etude sur la stupeur*; par M. James Whitwell (numéro d'octobre). — Il existe un certain nombre d'affections mentales qu'on peut désigner par l'appellation collective de « distrophonévroses ». La démence aiguë d'Esquirol fait partie de ce groupe. Cette vésanie a de nombreux points de contact avec l'inanition. Elles offrent comme traits communs : l'irrita-

©BIUM

bilité du caractère au début, des périodes d'inertie mentale, interrompues par des phénomènes d'excitation. L'inanition et la stupeur sont l'expression d'une nutrition incomplète du système nerveux, qui peut dépendre d'une altération de la valeur nutritive du sang, ou d'un apport insuffisant de ce liquide dans les cellules cérébrales. C'est ce dernier mécanisme que M. Whitwell a cherché à mettre en évidence chez les stupides à l'aide d'observations délicates.

Il a mesuré chez quarante cadavres d'aliénés pris au hasard les diamètres des deux carotides et de la basilaire, et constaté que les dimensions de ces vaisseaux étaient remarquablement réduites chez les stupides. La sténose vasculaire produit l'anémie cérébrale. Elle est démontrée d'ailleurs par l'examen ophtalmoscopique. Dans la mélancolie avec stupeur, en effet, la papille est décolorée, la teinte de la choroïde est affaiblie, le calibre des vaisseaux rétiniens est diminué, sans offrir cet aspect tortueux qu'ils ont dans l'atrophie. Dans certains cas, la papille est œdémateuse.

Le centre circulatoire est aussi profondément troublé dans son fonctionnement. Le cœur est parfois hypertrophié ; dans ce cas, la tendance à la compensation est le point de départ d'une amélioration mentale. Mais l'atrophie cardiaque existe le plus souvent et le pronostic est fatal si elle coïncide avec la tuberculose ou une affection rénale.

L'auteur rapporte l'observation intéressante d'un malade, chez lequel les troubles cardiaques ont été suivis depuis le début jusqu'à la guérison. On a noté d'abord un état d'éréthisme marqué par des palpitations, la rapidité et l'irrégularité du pouls, un certain degré de dilatation du cœur. Sous l'action du traitement, cette condition a fait place à une compensation hypertrophique. Le tracé donné par le sphygmographe est bien celui d'une sténose aortique : ligne d'ascension peu élevée et oblique, plateau plus ou moins accusé.

Enfin, l'hérédité paraît jouer un rôle important dans la genèse de cette affection et l'on doit remarquer que l'âge auquel elle apparaît est précisément celui où la sténose vasculaire se produit le plus aisément, la puberté. C'est à cette période de la vie, en effet, que le travail mental et physique prend une intensité plus grande, en même temps que le développement du cœur devient moins rapide.

XX. — *Cinquante ans à l'hôpital de Bethlem, cas de « Mo »;* par le Dr Percy Smith (numéro d'octobre). — Le

©BIUM

grand asile de Londres vient de perdre un intéressant pensionnaire dans la personne d'Edward H..., que tous les visiteurs désignaient par le sobriquet de « Mo ». Cet aliéné, qui vient de mourir à l'âge de quatre-vingt-deux ans, avait eu son jour de célébrité. En 1839, il avait arrêté dans le Parc le cheval de la Reine. Mo était un dégénéré mégalomane. Né à Sainte-Hélène, il avait passé ses premières années dans l'île, à l'époque de l'exil de Napoléon ; et il avait puisé à ce contact ses premières conceptions délirantes. Il s'était cru appelé, comme l'illustre proscrit, à jouer un rôle important dans son pays, et la mort de Georges III lui était apparue comme un présage. A l'avènement de Victoria, il avait élevé son ambition jusqu'à sa souveraine, qu'il prétendait épouser, non par amour, mais pour accomplir sa destinée politique.

Ce système délirant n'était pas compliqué d'hallucinations. Son évolution s'était complétée dans la période pubère et avait fait de cet homme un aliéné dangereux et incurable. Mo n'a jamais versé dans la démence. Il a même laissé des écrits, remarquables par la netteté du style et l'originalité des vues. Les questions qui intéressent les aliénés et les asiles y sont traitées avec une certaine compétence. Malgré la forme de son aliénation, l'hérédité n'a pu être mise en évidence chez cet homme. Mo a passé soixante ans dans les asiles, dont cinquante et un à Bethlem. Dans ce dernier établissement, il jouissait d'une liberté relative et il paraissait heureux dans les dernières années de sa vie.

XXI. — *La paraldéhyde employée comme hypnotique. Notes sur quelques cas ;* par le Dr Morgan Finucane (numéro d'octobre). — La paraldéhyde aurait sur les autres hypnotiques l'avantage de pouvoir être prescrite sans inconvénient aux malades atteints de maladies physiques, telles que les affections cliniques du poumon, les maladies du rein, les affections cardiaques. Ces dernières sont même heureusement modifiées par cet agent qui est, comme on sait, un stimulant précieux. Il en va de même pour la bronchite chronique avec emphysème, l'asthme. L'action hypnotique est constante ; elle ne s'épuise pas par l'usage ; il n'est donc pas nécessaire de recourir à des doses croissantes. Mais on doit être prévenu, d'autre part, que le médicament doit être donné d'emblée à des doses assez massives. Six observations sont jointes à ce travail.

Dr Pons.

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE

A Dictionary of psychological medicine (Dictionnaire de médecine mentale), publié par le Dr Hack Tuke, 2 vol. in-8°. London, Churchill, 1892.

Le nom du Dr Hack Tuke, inscrit en tête de l'ouvrage que nous présentons ici, est à lui seul gros de promesses. L'éminent aliéniste s'est fait en effet, non seulement dans son pays, mais aussi partout ailleurs, une haute réputation scientifique; parmi ses nombreux travaux il en est, notamment son *Traité de médecine mentale*, qui sont classiques en Angleterre. Tout cela indique d'avance ce que peut être une œuvre qui, non seulement paraît sous son patronage, mais dont l'idée et le plan ont été conçus par lui, et que son impulsion a réussi à mener à bonne fin.

Un dictionnaire de médecine mentale est chose toute nouvelle; il n'y en avait jusqu'ici dans aucune langue. Les dictionnaires de médecine ordinaires ont tous, il est vrai, consacré des articles à la psychiâtrie; mais aucun ne pouvait le faire en donnant à cette branche de la science médicale les développements spéciaux qu'elle comporte. En prenant l'initiative du dictionnaire en question, le Dr Hack Tuke a donc réalisé une œuvre grandement utile. Le résultat auquel il est arrivé en justifie pleinement l'importance.

L'ouvrage, en deux gros volumes, donne, dans la forme habituelle des dictionnaires, tout ce qui concerne la médecine mentale : définition, étymologie, synonymes des termes qui y sont employés; symptômes, traitement, anatomie pathologique des diverses formes morbides dont elle s'occupe. Il convient de donner une mention particulière au soin qu'on a mis d'exposer, soit au cours des descriptions nosologiques, soit dans des articles spéciaux, les progrès réalisés par les recherches physiologiques dans leurs rapports avec la médecine mentale.

Comme entrée en matière il y a deux articles d'un grand

©BIUM

intérêt : l'un est du Dr Hack Tuke, et traite de l'histoire de la médecine mentale; c'est un exposé magistral de tout ce qu concerne les aliénés jusqu'au moment des grandes réformes de William Tuke et de Pinel; l'histoire moderne des aliénés fait, au cours de l'ouvrage, l'objet de chapitres différents pour chaque pays.

L'autre article, signé W. C. Coupland, est un excellent abrégé de psychologie pure. C'est avec raison que le Dr Hack Tuke a cru devoir faire précéder l'ouvrage d'un abrégé de ce genre; il a estimé à bon droit que des notions élémentaires de philosophie, en ce qui concerne l'intelligence, les sens et la volonté, sont indispensables à quiconque s'occupe de médecine mentale. Toutefois il a bien pris garde de faire observer que l'une ne doit point être subordonnée à l'autre, et que, pour des médecins, c'est la pathologie qui doit avant tout être considérée; c'est elle avant tout, par conséquent, dont s'occupe le dictionnaire.

Nous ne pouvons entrer dans le détail de chacun des articles en particulier; il faudrait tout mentionner. Ce que nous pouvons dire de mieux, c'est que la pathologie mentale y est bien traitée à fond, et tout entière.

Le Dr Hack Tuke a écrit lui-même près de quatre-vingts de ces articles. Pour les autres il a groupé autour de lui cent vingt-huit collaborateurs, appartenant à tous les pays du monde où les études de médecine mentale sont le mieux cultivées, et, de cette façon, il s'est assuré le profit de tous les progrès qui ont été réalisés partout en médecine mentale. La France y est largement représentée : Adam, Ball, Bernheim, P. Blocq, Bouchereau, Charcot, H. Collin, P. Garnier, Legrain, P. Marie, Motet, Pons, Régis, Ribot, Ritti, G. de la Tourette, y ont donné les fruits de leurs travaux, de leur expérience, et la consécration de leur autorité scientifique. Nous considérons comme un très grand honneur d'avoir été invité nous-même, par le Dr Hack Tuke, pour lequel nous professons une estime profonde, à prendre rang parmi ces distingués confrères.

L'Angleterre, comme il était naturel, fournit le plus grand nombre des collaborateurs; mais aussi le nombre de ceux qui, dans ce pays, ont acquis en médecine mentale une haute renommée scientifique, est très grand. Les autres appartiennent principalement à l'Allemagne, à la Belgique, à l'Italie, à la Russie, à la Suisse, aux États-Unis d'Amérique.

Si, en terminant, nous avions un regret à exprimer, c'est

©BIUM

qu'une œuvre de ce genre n'ait pas vu le jour en France plutôt qu'en Angleterre. Mais la science est de tous les pays; elle appartient à tout le monde; et ce qui est bien certain, c'est que le Dr Hack Tuke, en produisant le dictionnaire de médecine mentale, aura rendu à la science médico-psychiâtrique un signalé service. Ce dictionnaire, qui est tout à fait au courant de la science, peut tenir lieu des meilleurs traités, en même temps qu'il permet de se renseigner aisément et avec promptitude sur n'importe quelle particularité nosologique.

VICTOR PARANT.

Des troubles du langage chez les aliénés; par le Dr Séglas, médecin suppléant de la Salpêtrière. 1 vol. in-12. *Bibliothèque médicale Charcot-Debove.* J. Rueff, éditeur, Paris, 1892.

Les troubles du langage, que l'on observe si fréquents et si divers chez les aliénés, n'avaient jusqu'à présent été étudiés que d'une façon éparse, à propos des diverses manifestations de la folie, mais n'avaient pas donné lieu à un travail d'ensemble. C'est cette étude que M. Séglas a entreprise dans la bibliothèque médicale Charcot-Debove. On conçoit facilement l'intérêt que peut avoir une telle étude, si l'on considère que c'est à l'aide du langage que l'on pénètre la plus grande partie des manifestations symptomatiques de la folie, et qu'en outre nombre de celles-ci et des plus importantes, telles que certaines hallucinations et impulsions, ont les rapports les plus étroits avec la fonction langage, comme M. Séglas l'a déjà montré dans des travaux antérieurs.

Après un exposé succinct de nos connaissances actuelles sur la nature du langage, dues en grande partie aux travaux du professeur Charcot et de l'École de la Salpêtrière, M. Séglas rappelle brièvement le mode de développement du langage chez les individus normaux, puis son développement imparfait, ou nul chez les imbéciles et les idiots, et aborde ensuite l'étude du langage chez les aliénés.

Les troubles du langage se divisent naturellement en troubles du langage parlé, du langage écrit et du langage mimique, qui sont étudiés dans autant de parties distinctes.

Les modifications du langage parlé peuvent dépendre direc-

©BIUM

tement de troubles intellectuels, la fonction langage conservant son intégrité ; ce sont les *dyslogies*. Elles consistent dans des modifications de la rapidité de l'élocution, accélérée jusqu'au point parfois où le langage devient elliptique, ou au contraire diminuée jusqu'au mutisme ; dans des modifications de la forme, de l'accentuation du discours, de la diction ; des modifications de la syntaxe et de la construction grammaticale, et des modifications du contenu même. A ce groupe de troubles du langage se rattachent aussi quelques dyslogies particulières, telles que le langage émotionnel, certaines variétés d'onomatomanie et le langage réflexe.

Un second groupe de troubles du langage parlé résulte des troubles de la fonction langage. Ce sont les *dysphasies :* les unes sont organiques et sont constituées par les formes diverses de l'aphasie ; les autres sont fonctionnelles. Ces dernières comprennent les amnésies verbales, telles que celles que l'on observe dans les intoxications, la migraine ophtalmique ; l'hystérie, certaines variétés d'onomatomanie, la mélancolie ; elles comprennent encore les hallucinations verbales auditives, visuelles, et motrices d'articulation ; celles-ci correspondent aux hallucinations psychiques de Baillarger, dont le mécanisme se trouve expliqué par cette conception pathogénique. De ces hallucinations se rapprochent les impulsions verbales qui sont l'expression de troubles analogues, mais d'un degré plus élevé, et la parole involontaire et inconsciente. Considérées au point de vue clinique, les hallucinations restent conscientes et deviennent parfois obsédantes, ou sont inconscientes et confondues par les malades avec leurs autres manifestations délirantes. A juste titre, M. Séglas étudie à cette place les diverses formes d'onomatomanie, dont l'origine reconnaît, pour la plus grande partie, des troubles de la fonction langage.

Un troisième groupe de troubles du langage parlé est constitué par les troubles de la parole : *dyslalies*, dues à un exercice défectueux de la parole, tels que le balbutiement et la blésité ; à des malformations congénitales ou accidentelles ; à des maladies organiques ou fonctionnelles du système nerveux, comme la paralysie générale ; ou à des états spasmodiques, comme ceux qui produisent le bégaiement.

Les troubles du langage écrit sont susceptibles de la même division que ceux du langage parlé ; les uns dépendent des troubles intellectuels, la fonction langage restant indemne ; les autres résultent des troubles mêmes de la fonction langage ; les

©BIUM

autres enfin sont constitués par les troubles de l'écriture Comme appendice aux troubles du langage écrit sont étudiés les dessins des aliénés. L'examen des écrits des aliénés devient parfois d'une très grande importance; dans certains cas, il fournit un appui utile au diagnostic; dans d'autres, c'est la seule manifestation objective qui reste de leur affection, lorsque, par exemple, après leur mort, il y a lieu à expertise médico-légale au sujet de testaments contestés; malheureusement ces écrits ont une valeur très variable, suivant les cas et suivant les formes d'aliénation; parfois, ils ne laissent aucun doute et rendent possible un diagnostic rétrospectif, mais d'autres fois ils ne présentent pas de caractères suffisants pour que l'on puisse rien affirmer, ou conservent toutes les apparences de la raison, alors cependant que leur auteur était aliéné.

En dernier lieu sont étudiés les troubles de la mimique, qui, eux aussi, restent indépendants des troubles intellectuels ou sont au contraire directement en rapport avec eux.

Dans cette courte analyse nous n'avons pu donner qu'un résumé très incomplet des nombreux troubles du langage exposés dans ce travail; parmi ceux qui nous paraissent y devoir attirer plus spécialement l'attention, nous signalerons : le mutisme vésanique, les néologismes, le langage réflexe, les amnésies verbales, les hallucinations verbales auditives, visuelles et psycho-motrices, les impulsions verbales, la parole involontaire et inconsciente, les diverses variétés d'onomatomanie, la pseudo-crampe des écrivains, les hallucinations verbales motrices graphiques et les impulsions graphiques, l'écriture involontaire et inconsciente, les dessins des aliénés, etc.

Ces divers troubles du langage sont étudiés surtout au double point de vue de leur pathogénie et de leur valeur séméiologique, et leur description est appuyée de nombreux exemples, heureusement choisis, tirés presque tous de la pratique personnelle de l'auteur, qui éclairent et justifient ses interprétations dont plus d'une est nouvelle et originale. Aussi estimons-nous que par cette étude d'ensemble sur les troubles du langage chez les aliénés, M. Séglas a fait une œuvre utile et de progrès qui sera consultée avec fruit.

E. Huet.

©BIUM

Contribution à l'étude de la sclérose cérébrale (Travail du laboratoire d'Histologie du Collège de France) ; par le Dr Ph. Chaslin, médecin-adjoint de Bicêtre. Extrait des *Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique.*

La sclérose cérébrale a été l'objet de nombreux travaux, et cependant cette partie de l'anatomie pathologique est encore un véritable chaos, selon l'expression même de M. Chaslin, qui s'est proposé de mettre un certain ordre dans cette confusion. Ce but, il l'a, semble-t-il, complètement atteint dans le travail actuel, et en même temps il a décrit et fait connaître une de ces scléroses cérébrales les plus intéressantes, celle qui se rattache à l'épilepsie.

Son travail, très concentré, très sobre, renferme en réalité deux parties. La première est consacrée à l'étude de la sclérose liée à l'épilepsie dite *essentielle*, la deuxième est consacrée à une revue analytique complète de toutes les études sur les scléroses cérébrales, et à l'exposé d'une classification de ces dernières.

Depuis longtemps M. Chaslin s'occupait de la sclérose cérébrale des épileptiques. En 1889, il faisait déjà une communication à la Société de Biologie sur ce sujet. C'était la description des circonvolutions altérées de trois épileptiques. Il rappelle cette communication dans son nouveau travail, et les résultats auxquels il était arrivé en 1889 ont été confirmés depuis par des nouvelles recherches.

Mais je tiens à bien faire remarquer qu'il ne s'agit pas des rapports de l'épilepsie avec la sclérose cérébrale. La sclérose cérébrale, cause de l'épilepsie, est un sujet réservé, sur lequel l'auteur reviendra plus tard, du moins il faut l'espérer. Pour le moment, il se contente de faire la description histologique de l'induration cérébrale qu'on observe souvent dans l'épilepsie, et encore il borne son étude à la seule induration cérébrale corticale, ne s'occupant ni de l'induration du bulbe, ni de celle de la corne d'Ammon. A la vérité, il note qu'il a trouvé, chez des épileptiques, les lésions histologiques dans des circonvolutions qui paraissaient saines à l'œil nu ; mais, enfin, il n'affirme pas que l'épilepsie idiopathique, essentielle, soit nécessairement la conséquence de la sclérose cérébrale spéciale qu'il décrit. Encore une fois, c'est là une question qu'il réserve. Je me permets cependant de supposer qu'il finira par la résoudre plus tard par l'affimative.

©BIUM

Il est bien difficile d'analyser rigoureusement un travail d'histologie ; on est amené à le copier textuellement en voulant être complet. Je vais donc seulement m'efforcer d'indiquer les résultats des recherches anatomiques de M. Chaslin, sans entrer dans les détails.

On trouve dans la sclérose corticale liée à l'épilepsie des lésions macroscopiques : atrophie, induration et déformation des circonvolutions. Au microscope, on voit, non seulement dans les circonvolutions qui paraissent lésées à l'œil nu, mais encore souvent dans celles qui paraissent saines, des modifications spéciales de la structure intime.

Ces modifications sont en principe constituées par un réticulum fibrillaire, et même, dans les points où le processus pathologique est très accentué, par de véritables faisceaux de fibrilles. Ces faisceaux sont disposés comme seraient disposés deux éventails opposés par le sommet. Dans le réticule et entre les faisceaux, on trouve de nombreux noyaux qui ne se colorent pas par le picro-carmin. — C'est là le caractère spécial de la sclérose de l'épilepsie. — Ces faisceaux, ce réticule fibrillaire sont des modifications pathologiques de la névroglie. On peut suivre le développement progressif de ces fibrilles depuis la cellule névroglique. D'abord une cellule araignée, à un ou plusieurs noyaux entourés d'un protoplasme granuleux. Des prolongements traversent le protoplasme et se terminent à une distance plus ou moins grande de la cellule. Puis ces prolongements se multiplient et s'allongent, et en même temps le protoplasme granuleux diminue. Ce dernier finit par disparaître et alors les fibrilles sont constituées et disposées en réticule ou en faisceaux, et les noyaux apparaissent libres. — C'est donc le protaplasme cellulaire qui a donné naissance aux fibrilles.

Ici se présente une question d'anatomie générale. La névroglie, différenciation particulière des cellules de l'ectoderme, n'est donc pas un tissu conjonctif. M. Ranvier a établi le fait, il y a plusieurs années, par l'anatomie, en étudiant la moelle épinière du chat. Eh bien, M. Chaslin donne une démonstration d'ordre pathologique à la proposition de M. Ranvier. En effet, les fibrilles conjonctives ne proviennent pas du protoplasme des cellules conjonctives.

Il en donne encore une autre preuve d'ordre chimique. L'action des alcalis et de l'acide acétique sur les fibrilles de la névroglie est toute différente de celles des mêmes agents sur

©BIUM

les fibrilles conjonctives. On sait que, soumises à ces réactifs, celles-ci s'épaississent, s'éclaircissent et se dissocient, etc.

Les autres lésions de la sclérose de l'épilepsie sont d'une importance moindre, et, dans l'esprit de l'auteur, elles sont même consécutives aux premières ; ainsi, la diminution et l'altération des éléments nobles, la disposition des capillaires dans les régions les plus atteintes. Ailleurs, les capillaires sont sains presque toujours. Jamais, enfin, on ne trouve ces lésions inflammatoires si remarquables dans la paralysie générale : prolifération nucléaire des vaisseaux, sclérose de leurs parois... sclérose conjonctive, celle-là.

Je n'entre pas dans d'autres détails; j'espère que ce qui précède suffit pour faire saisir l'histologie pathologique de la sclérose cérébrale de l'épilepsie.

Quelle est, maintenant, la nature de ce processus pathologique de la névroglie? M. Chaslin n'admet pas qu'il s'agisse d'une inflammation éteinte. On ne trouve au microscope aucun reliquat d'une inflammation ancienne. Il prétend qu'il existe plutôt une lésion de développement ou d'évolution de la névroglie, et il se rattache à l'hypothèse suivante : la névroglie se développe primitivement plus que les éléments nobles et les étouffe peu à peu.

On voit qu'on aborde précisément ici une question à l'ordre du jour, à propos de la paralysie générale. Sont-ce les éléments nobles qui primitivement atteints laissent la place à la névroglie, qui alors s'hypertrophie ? Est-ce le tissu de soutènement qui prolifère primitivement et fait ainsi disparaître les cellules et les fibres nerveuses ?

Quoi qu'il en soit, la sclérose de l'épilepsie, *gliose*, comme l'appelle M. Chaslin, n'est pas une inflammation, elle a quelque chose de spécial, de constitutionnel et sous la dépendance ordinaire de l'hérédité.

La deuxième partie de ce travail comprend d'abord, ai-je dit, un exposé critique des travaux antérieurs sur la sclérose cérébrale. Je ne puis malheureusement pas, dans un article comme celui-ci, suivre l'auteur à travers ce chapitre ; mais je veux au moins indiquer le principe de la classification proposée, à titre provisoire, pour « essayer de se retrouver au milieu du chaos que présentent les descriptions des auteurs. »

La prolifération de la névroglie dans l'écorce du cerveau est: 1° inflammatoire ; 2° non inflammatoire ; 3° mixte.

La sclérose inflammatoire est primitive (disséminée ou dif-

©BIUM

fuse), secondaire (partielle ou diffuse), et mixte, c'est-à-dire formée des combinaisons des variétés précédentes.

La sclérose non inflammatoire est primitive : exemple, *la gliose*; ou secondaire : exemple, les troubles de la nutrition.

La sclérose mixte comprend les combinaisons diverses de processus inflammatoires et non inflammatoires.

Je termine ici mon article sur le travail de M. Chaslin, dont l'intérêt au point de vue spéculatif est très grand dès maintenant, mais qui est certainement destiné à être largement utilisé plus tard au point de vue pratique.

CAMUSET.

Valore terapeutico dell' idroclorato d'ioscina nelle malattie mentali (Valeur thérapeutique du chlorhydrate d'hyoscine dans le traitement des maladies mentales); par le Dr G. Sanna Salaris, directeur du Manicome de Cagliari. — Brochure in-8°, 1891.

Comment agit le chlorhydrate d'hyoscine sur l'organisme? Est-il indiqué dans toutes les affections mentales? A quelle dose peut-on l'administrer? Pendant combien de temps? Présente-t-il des contre-indications? Offre-t-il des inconvénients? Telles sont quelques-unes des questions, — les citer au complet serait trop long, — qu'a tenté de résoudre M. Sanna-Salaris dans son article des *Annali di Freniatria* qu'il nous adresse sous forme de brochure. Ses expériences ont porté sur vingt-trois malades, dont il donne les observations détaillées au jour le jour avec tableaux synoptiques complémentaires; les formes mentales les plus variées figurent au nombre des cas en traitement. Ces vingt-trois relations constituent à elles seules tout l'ouvrage, dont voici les conclusions définitives.

1° Le chlorhydrate d'hyoscine, administré par la voie hypodermique, agit surtout, et à un degré remarquable, comme dépressif de l'énergie motrice pathologique; en second lieu, c'est un hypnotique.

2° Il produit constamment une action identique dans les différentes affections mentales; celles à type exubérant réclament une plus forte dose du produit; mais, par compensation, les effets de celui-ci sont, dans ce cas, plus durables que dans les formes dépressives;

©BIUM

3° Le sommeil provoqué par ce remède est pesant, en général, et, souvent, laisse après lui une pénible céphalée ;

4° Par la voie hypodermique, le chlorhydrate d'hyoscine peut être administré à la dose de deux à trois dixièmes de milligramme et, graduellement, atteindre celle de deux milligrammes, mais à la condition d'user d'une extrême prudence ; l'ingestion du médicament permet d'en augmenter la quantité journalière dès le début même du traitement, et de prolonger celui-ci pendant des mois entiers. (La dose initiale prescrite par l'auteur est communément de deux milligrammes, d'après les observations.)

5° Ce médicament produit son effet, peu de minutes après l'injection ; son action se fait sentir durant deux à sept heures, selon la quantité injectée et le nombre des injections précédemment faites : l'heure du jour, l'âge, le sexe, la constitution du sujet ne la modifient en rien ; cette action est moins efficace et quelquefois insignifiante, quand le produit a été donné par la voie stomacale ;

6° Introduit sous la peau, le chlorhydrate d'hyoscine détermine constamment la sécheresse de la gorge, l'embarras de la langue et la mydriase, celle-ci parfois assez intense pour obscurcir la vue ;

7° L'organisme s'habitue graduellement à ce médicament ;

8° L'usage simultané du bromure de potassium accentue et prolonge les effets de l'hyoscine, de telle sorte que celle-ci peut alors être donnée à doses plus faibles ;

9° L'administration de cette substance est contre-indiquée dans les cas de délire hallucinatoire, et cela à cause des hallucinations qu'elle détermine ;

10° Le chlorhydrate d'hyoscine a été prescrit avec succès par la voie stomacale dans un cas d'hystérie ;

11° Appliqué en injections hypodermiques, il n'a donné aucun résultat dans un cas de tremblement alcoolique ;

12° Administré par la bouche, il prévient les attaques d'épilepsie ou les atténue ;

13° Introduit sous la peau, à petites doses, ce médicament augmente la pression sanguine, le nombre des battements cardiaques et celui des mouvements respiratoires ; à hautes doses, se produisent des effets contraires : il diminue la tension artérielle et le nombre des pulsations ;

14° La température du corps n'est ni beaucoup, ni constamment modifiée ;

©BIUM

15° Les fonctions de l'estomac ne sont pas troublées, même après des mois d'usage de ce médicament à hautes doses;

16° La sécrétion salivaire pathologique ne paraît nullement diminuée par l'administration de ce produit;

17° Son action analgésique est nulle, ou tout au moins douteuse.

Dr Nicoulau.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Eloge 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, suivi du tableau chronologique des travaux de J. Baillarger; par le Dr A Dureau, bibliothécaire de l'Académie de médecine. Broch. in-8° de 60 pages. Paris, typ. G. Née, 1892.

— Asile de Blois. Compte moral et administratif pour 1891; par le Dr Doutrebente, directeur-médecin. Broch, in-8° de 72 pages. Blois, 1892.

— Troisième congrès d'anthropologie criminelle. Rapports. Trois fascicules, in-8° de 174 pages. Bruxelles, 1892.

— Festschrift zur Feier des fünfzigjæhrigen Jubilœum des Anstalt Illenau (Écrits commémoratifs pour la fête du jubilé cinquantenaire de l'asile d'Illenau); par des médecins actuels et précédents de l'établissement, Schüle, V. Krafft-Ebing, Kirn, Neumann, Fr. Fischer, Eickholt, Wilserer, Landerer, Dietz. 1 vol. in-4° de 219 pages avec planche. Heidelberg, Carl Winter, 1892.

— Note sur l'énergie et la vitesse des mouvements volontaires considérés dans l'hémiplégie par lésion cérébrale, dans l'amyosthénie hystérique et en particulier dans la surdi-mutité; par Ch. Féré et P. Ouvry. 7 pages in-8°. Extrait du *Journal de l'anatomie et de la physiologie*, 1892.

— Sur 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. Broch. in-8° de 52 pages. Extrait des *Annales médico-psychologiques*, 1892.

— Syphilis et paralysie générale; par le Dr E. Régis. Broch. in-8° de 50 pages. Extrait des *Archives cliniques de Bordeaux*, 1892.

— De la transfusion nerveuse chez les aliénés; par le Dr A.

©BIUM

Cullerre. Broch. in-8° de 15 pages. Extrait de la *Gazette médicale de Paris*, 1892, n° 35.

— Les troubles de la marche dans les maladies nerveuses ; par Paul Blocq, chef des travaux anatomiques à la Salpêtrière. 1 vol. in-12 (60 pages) de la *Bibliothèque médicale Charcot-Debove*. Paris, Rueff et Cie.

— Paranoïa affettiva, ruminazione erotica, sitofobia grave. Nota clinica (Paranoïa affective, rumination érotique, sitiophobie grave. Note clinique) ; par le Dr Antonini, médecin du Manicome de Bergame. Broch. in-8° de 8 pages. Extrait de la *Gazzetta medica di Torino*, 1892, n° 41.

— La thérapeutique suggestive et ses applications aux maladies nerveuses et mentales, à la chirurgie, à l'obstétrique, et à la pédagogie ; par le Dr A. Cullerre. 1 vol. in-16 (918 pages) de la *Bibliothèque scientifique contemporaine*. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1893.

— Thirty-fourth annual Report of the general Board of Commissionners in Lunacy for Scotland (Trente-quatrième rapport annuel du Comité général des « Commissionners in Lunacy » d'Ecosse). 1 vol. in-8° de 118 pages, Edimbourg, 1892.

— Un caso di paramioclono multiplo e atrofia muscolare progressiva (Un cas de paramyoclonus multiplex et d'atrophie musculaire progressive) ; par les Drs Tambroni et A. Pieraccini. Broch. in-8° de 10 pages. Extrait des *Annali di nevrologia*, Naples, 1892.

— Ninth Report of the Committe on Lunacy of the Board of the Commonwealth of Pennsylvania (Neuvième rapport de la commission des aliénés du Comité de l'Assistance publique de l'Etat de Pennsylvanie). 1 vol. in-8° de 234 pages. Harrisburg, 1891.

— Azione del somnalio nelle psicopatie (Action du somnal dans les psychopathies) ; par les Drs F. Aveta et P. de Angelis. Broch. in-8° de 19 pages. Extrait du *Bollettino del Manicomio Fleurent*, Aversa, 1892.

— Les applications de l'anthropologie criminelle ; par Cesare Lombroso. 1 vol. in-18° (224 pages) de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*. Paris, Félix Alcan, 1892.

— Sul delirio da Influenza. Nota clinica (Du délire dans l'influenza. Note clinique) ; par le Dr Raffaele Canger. Broch. in-8° de 17 pages. Extrait d'*Il Manicomio moderno*. Nocera-inferiore, 1892.

— De la responsabilité criminelle, par le Dr E. Cabadé. 1 vol. in-12 de 350 pages. Paris, G. Masson, 1893.

— In causa di ferimento per epilessia sensoriale. Perizia frenitrica (Etude médico-psychologique sur un cas de meurtre

©BIUM

commis dans l'épilepsie sensorielle) ; par le Dr Francesco Cascella, médecin du manicome d'Aversa. Broch. in-8° de 41 pages. Aversa, 1892.

— Generi fisiologica dell'epilessia (Genèse physiologique de l'épilepsie) ; par le Dr Luigi Roncoroni. Broch. in-8° de 32 pages. Extrait de l'*Archivio di psichiatria, scienze penali*, etc. Turin, 1893.

— Influenza del sesso sulla criminalita in Italia (Influence du sexe sur la criminalité en Italie) ; par le Dr L. Roncoroni. Broch. in-8° de 14 pages. Extrait de l'*Archivio di psichiatria*, etc. Vol. XIV, fasc. 1.

— Note sur un nouveau cas d'asphyxie locale des extrémités avec lésions congénitales de la peau chez un épileptique ; par Ch. Féré et P. Batigne. Broch. in-8° de 7 pages. Extrait de la *Revue de médecine*, 1892.

— Il campo visivo negli alienati e i suoi rapporti colle altre sensibilita (Le champ visuel chez les aliénés et ses rapports avec les autres sensibilités) ; par le Dr L. Roncoroni. Broch. in-8° de 25 pages. Extrait du *Giorn. della R. Acc. di medicina di Torino*, 1892.

— Asile de Maréville. Rapport médical sur le service des femmes ; par le Dr Pâris, médecin en chef. Broch. in-8° de 24 pages. Nancy, 1892.

— La philosophie de Hobbes ; par Georges Lyon, maître de conférences à l'Ecole normale supérieure. 1 vol. in-18° (220 pages) de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*. Paris, Félix Alcan, 1893.

— Report of the Board of Trustees of the eastern Michigan Asylum at Pontiac for the biennal period ending june 30, 1892 (Rapport du bureau des administrateurs de l'asile de l'Est-Michigan à Pontiac pour la période biennale finissant le 30 juin 1892). 1 vol. in-8° de 154 pages. Lansing, 1892.

— Les transformations du droit ; par G. Tarde. 1 vol. in-18 (212 pages) de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*. Paris. Félix Alcan, 1893.

— Contribution à l'étude de l'état mental des hystériques, dénonciation de crimes imaginaires. Chromhydrose simulée ; par le Dr Longbois (de Joigny). Broch. in-8° de 25 pages avec figures. Paris, Ollier-Henry, 1892.

— Le problème de la mort. Les solutions imaginaires et la science positive ; par L. Bourdeau. 1 vol. in-8° (354 pages) de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*. Paris, Félix Alcan, 1893.

©BIUM

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Arrêté du 30 *août* 1892 : Sont promus, pour prendre rang à partir du 1er juillet 1892, M. le Dr Marandon de Montyel, médecin en chef à l'asile de Ville-Evrard, à la classe exceptionnelle de son grade (8,000 fr.) ; M. le Dr Dagonet, médecin-adjoint de l'asile Sainte-Anne, à la classe exceptionnelle de son grade (4,000 fr.); M. Balet, directeur de l'asile de Ville-Evrard, à la 2e classe de son grade (6,000 fr.).

— *Arrêté du* 1er *novembre* 1892 : M. le Dr Pagès, directeur-médecin de l'asile d'Alençon (Orne), est promu à la 2e classe de son grade (6,000 fr.).

— *Arrêté du* 5 *novembre* 1892 : M. le Dr Anglade, interne à l'asile d'aliénées de Bordeaux, est nommé médecin-adjoint à l'asile de Bassens (Savoie) et compris dans la 2e classe de son grade (2,500 fr.).

— *Arrêté du* 25 *novembre* 1892 : M. Tondu, directeur de l'asile de Bron (Rhône), est nommé aux mêmes fonctions à l'asile Saint-Pierre, à Marseille.

— *Arrêté du* 14 *décembre* 1892 : M. le Dr Dupain, médecin-adjoint de l'asile de Bailleul, est nommé médecin-adjoint à l'asile d'Alençon, et maintenu dans la 2e classe de son grade (2,500 fr.).

— *Arrêté du* 19 *décembre* 1892 : M. Bresson, directeur de l'asile de Montdevergues (Vaucluse), est promu à la 1re classe de son grade (7,000 fr.).

— *Arrêté du* 16 *décembre* 1892 : M. Dubief, directeur de l'asile Saint-Pierre de Marseille, est nommé aux mêmes fonctions à l'asile de Bron (Rhône), et maintenu dans la 1re classe de son grade (7,000 fr.).

PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie de médecine a tenu sa séance publique annuelle, le 13 décembre 1892, sous la présidence de M. Regnauld.

Parmi les prix décernés, nous relevons ceux qui ont été accordés à des travaux sur la pathologie mentale et nerveuse :

Prix Alvarenga de Piauhy (*Brésil*). — 800 francs. (Annuel.)

©BIUM

— L'Académie partage le prix ; l'un des trois lauréats, **M.** le Dr Courmont, de Paris, auteur d'un ouvrage intitulé : *Le cervelet et ses fonctions*, obtient un prix de 400 francs.

Une mention honorable est accordée à MM. les Drs Arthaud et Butte pour leur ouvrage intitulé : *Du nerfs pneumogastrique (physiologie normale et pathologique)*.

Prix Barbier. — 2,500 francs. (Annuel.) — Une mention honorable, avec une somme de 1,000 francs, est accordée à MM. C. Cadéac et A. Meunier, de Lyon, auteurs d'un mémoire intitulé : *Recherches sur les essences, sur l'eau de mélisse des Carmes. Contribution à l'étude de l'alcoolisme.*

Prix Henri Buignet. — 1,500 francs. (Annuel.) — Le prix est décerné à MM. Debierre et Doumer, de Lille, auteurs d'un *Album stéréoscopique des centres nerveux.*

Prix Adrien Buisson. — 10,500 francs. (Triennal.) — Le prix est partagé ; 4,500 francs sont accordés à MM. les Drs Paul Blocq et Albert Londe pour leur ouvrage sur l'*Anatomie pathologique de la moelle épinière.*

Prix Civrieux. — 900 francs. (Annuel.) — Question : *Etablir, par des recherches cliniqnes et anatomo-pathologiques, la nature des pseudo-paralysies saturnine et alcoolique.*

Deux concurrents se sont présentés. L'Académie décerne le prix à M. le Dr Ch. Vallon, médecin en chef à l'asile de Villejuif (Seine), auteur du mémoire inscrit sous le n° 2. Une mention honorable est en outre accordée à M. le Dr A. Paris, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Meurthe-et-Moselle, à Maréville, mémoire n° 1.

Prix Falret. — 1,000 francs. (Bisannuel.) — Question : *Accidents nerveux de l'urémie.*

Deux mémoires sur ce sujet ont été adressés à l'Académie. Le prix est décerné à M. le Dr Bernard, de Dinard-les-Bains (Ille-et-Vilaine), auteur du mémoire inscrit sous le n° 2. Une mention honorable est, en outre, accordée à M. le Dr A. Courtade, de Thiers (Puy-de-Dôme), pour son mémoire portant le n° 1.

Prix Vernois. — 700 francs. (Annuel.) — Une mention honorable est accordée à M. le Dr Villard, médecin à l'Hôtel-Dieu de Marseille, pour ses *Leçons sur l'alcoolisme.*

Dans la même séance, l'Académie a fait connaître les prix proposés pour les années 1893, 1894 et 1895. Les *Annales* ont déjà publié (V. numéros de janvier 1891, p. 152 et de janvier 1892, p. 167) les questions relatives à la pathologie mentale et nerveuse, proposées pour les deux premières années; voici celle proposée pour l'année 1895 :

Prix Civrieux. — 800 francs. (Annuel.) — Question : *Des obsessions en pathologie mentale.*

©BIUM

A la liste des prix à decerner en 1894, il faut ajouter le suivant :

Prix Baillarger. — 2,000 francs. (Bisannuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics ou privés consacrés aux aliénés.

NOTA. — Les concours des prix de l'Académie de médecine sont clos, tous les ans, fin février. Les ouvrages adressés pour ces concours doivent être écrits lisiblement, en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les nom et adresse des auteurs.

PRIX DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

L'Académie des sciences a tenu sa séance publique annuelle le lundi 19 décembre 1891, sous la présidence de M. d'Abbadie. Parmi les récompenses proclamées, nous relevons les suivantes, décernées à des travaux sur la physiologie et la pathologie de système nerveux :

Prix Montyon de médecine et de chirurgie. — Une mention honorable est accordée à M. le professeur PITRES (de Bordeaux), pour ses *Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme.*

Prix Barbier. — 2,000 francs. — Le prix est partagé entre : 1° M. le Dr LABORDE (de Paris), pour son travail intitulé : *Du mécanisme physiologique des accidents et de la mort par le chloroforme;* et 2° MM. CADÉAC et ALBIN MEUNIER (de Lyon), pour un volume intitulé : *Contribution à l'étude de l'alcoolisme ; étude sur l'eau d'arquebuse ou vulnéraire. Recherches physiologiques sur l'eau de mélisse des Carmes.*

Prix Bellion. — 1,400 francs. — Ce prix est décerné à M. le Dr THÉODORE COTELLE (d'Angers), pour un travail intitulé : *Education des sens; éducation de la vue chez le soldat.*

Prix Lallemand. — 1,800 francs. — L'Académie partage le prix entre : 1° M. ALFRED BINET (de Paris), auteur d'un livre intitulé : *Les altérations de la personnalité* ; et 2° M. DURAND (de Gros), pour ses nombreuses publications relatives aux fonctions du système nerveux chez l'homme et les animaux.

Prix Pourat. — 1,800 francs. — La question mise au concours était : *Recherches expérimentales cliniques sur les phénomènes inhibitoires du choc nerveux.* Le prix est décerné à M. H. ROGER (de Paris).

©BIUM

LES CONCOURS POUR LES PLACES DE MÉDECINS ALIÉNISTES EN ITALIE

Nous trouvons dans le dernier numéro de la *Cronaca del Regio Manicomio di Alessandria*, l'annonce d'un concours pour les places de médecin et de médecins-adjoints de l'asile de Santa Maria della Pieta, à Rome. Il nous paraît intéressant de reproduire le programme, afin qu'on puisse le comparer avec les concours de Bicêtre, et les concours de médecins-adjoints des asiles.

A la place de médecin (*medico primario*), est attribué le traitement de 2,000 francs, outre le logement et la nourriture. Le concours est sur titres (1) ou sur épreuves, suivant la loi du 13 novembre 1859, sur l'instruction publique. La durée des fonctions est de dix ans ; au bout de ce temps le médecin peut être nommé de cinq ans en cinq ans, avec l'approbation obligatoire de l'administration.

Tous les candidats doivent présenter leur acte de naissance, afin de montrer qu'ils n'ont pas dépassé quarante-cinq ans ; en outre, ils doivent faire la preuve qu'ils ont passé deux ans en qualité de médecin, dans un des asiles publics ou privés du royaume. On doit joindre à ces pièces un certificat de moralité, délivré par le maire.

Le concours sur titre consiste en la production de documents et de publications qui prouvent la compétence scientifique et pratique du candidat en médecine mentale, et dans la pratique des asiles.

Le concours par épreuves se compose : 1° de l'examen clinique d'un malade à propos duquel on doit faire le diagnostic, le pronostic et le traitement ; 2° de l'examen anatomique et anatomo-pathologique d'organes appartenant au système nerveux.

Les candidats peuvent choisir, entre les deux modes de concours, ou bien se présenter à la fois pour les deux. Le jury est composé du commissaire royal, président sans droit de vote, de deux professeurs de la faculté de médecine de l'Université de Rome et de trois médecins (professori), choisis parmi les aliénistes. La forme du concours est soumise aux prescriptions du règlement pour la nomination du personnel médical des hôpitaux de Rome, du 19 juillet 1892.

---

(1) En Italie, pour les nominations de professeurs, cette façon de procéder est adoptée. Si le concours sur titres seul ne donne pas de résultats, c'est-à-dire si personne ne s'impose par ses travaux, on ouvre un concours avec épreuves. Ce système a l'avantage d'encourager le travail personnel, et d'éviter que des hommes de valeur soient éliminés parce qu'ils *ne savent pas concourir*.

©BIUM

Quant aux postes de médecins assistants, il y en a deux de vacants. Le traitement est de 960 francs, avec la nourriture les jours de garde. Le médecin assistant est nommé pour trois ans, et il peut être renommé de nouveau pour la même période. Le candidat doit être docteur, n'avoir pas dépassé trente-cinq ans et présenter un certificat de moralité.

Le concours consiste en épreuves : 1° examen d'un malade, et exposé du diagnostic ; 2° description d'une pièce pathologique ; 3° épreuves pratiques dans un laboratoire servant à établir un diagnostic.

A mérite égal, il sera donné la préférence à ceux qui prouveront avoir servi dans un asile public ou privé. La composition du jury est la même que pour celui de médecin.

TRIBUNAUX

Dénonciations calomnieuses et faux témoignages d'une persécutée. — On écrit de Londre au *Temps* (numéro du 19 septembre 1891) :

« La cour des divorces vient de rendre son jugement sur une demande en séparation intentée par lady Abdy contre son mari, sir William Abdy qu'elle accusait d'adultère avec Mme de Benitez, riche Sud-Américaine dont la résidence est Buenos-Ayres, mais qui a longtemps habité Paris. C'est à Paris que les faits incriminés se seraient passés, et lady Abdy a fait défiler devant le tribunal une série de témoins, tailleurs, coiffeurs, cuisinières et concierges, qui ont déposé en français. Ils ont prétendu reconnaître en sir William Abdy un visiteur assidu de Mme de Benitez, à l'époque où celle-ci venait de perdre son mari. Il se présentait comme médecin, s'enfermait, sous ce prétexte, avec elle dans un boudoir et affectait une légère claudication — il n'ont pas dit qu'il eût des lunettes bleues. Enfin, Mme de Benitez, qui n'avait pas l'air très riche, s'est trouvée tout à coup dans l'opulence, ce qui ne leur a pas paru naturel.

Sir William Abdy a démontré qu'aux différents moments où on prétendait l'avoir vu à Paris, il était à Spa ou à Londres. Quant à Mme de Benitez, devenue riche par l'héritage d'un proche parent et qui a fait, expressément pour se défendre, le voyage de Buenos-Ayres, elle a déclaré qu'elle était, depuis huit ans, en butte aux attaques de lady Abdy, attaques auxquelles elle n'a jamais rien compris ; elle n'avait jamais vu sir William avant d'avoir le coûteux honneur de le rencontrer à la barre du tribunal. Elle a fait donner, par son avocat, lecture d'une lettre de lady Abdy, et qui semble que celle-ci est possédée du délire de la persécution. Lady Abdy lui reproche, en effet, « d'avoir rendu son mari malade, de s'être fait donner

©BIUM

par lui tous les bijoux à elle appartenant, et aussi sa belle dentelle noire de Chantilly, unique au monde, ses tableaux des vieux maîtres, son velours de Gênes, ses meubles et ses tapisseries des Gobelins, plus 800,000 francs de bel argent vivant. De ce non contente, Mme de Benitez, qui a fait des études de toxicologie approfondies, a essayé, à plusieurs reprises, de la faire empoisonner ».

Le juge Barmes a repoussé la demande en séparation et condamné lady Abdy à tous les frais du procès ».

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ

Un aliéné parricide. — On écrit de Lourdes au *Temps* (n° du 19 novembre 1892): « Un nommé Jacques Pène, âgé de trente-neuf ans, cultivateur à Luz, qui, depuis trois ans, avait perdu la raison à la suite d'un violent chagrin et vivait retiré dans la montagne, a tué son père, âgé de soixante-dix-neuf ans, et incendié une grange à quelques kilomètres de Luz.

« Il avait d'abord essayé de frapper son père à l'aide d'un gros bâton, mais le chien de montagne du vieillard lui sauta à la gorge. Brandissant alors une hache dont il est toujours porteur, il s'élança sur son père et le frappa de deux coups violents à la tête. Quelques instants après, le vieillard fut trouvé par son fils aîné. Transporté à son domicile, à Luz, il est mort sans avoir repris connaissance.

« Jacques Pène n'a pas cherché à dissimuler son crime. Il s'est rendu à Luz, où il a raconté à tout venant qu'il avait tué son père par ordre de Dieu, puis incendié la grange. Il a déclaré aux magistrats instructeurs avoir eu également l'intention de tuer son frère aîné. Mais, au moment où il l'attendait, embusqué sur la route de Luz, le bon Dieu lui avait crié : «Ne le tue pas aujourd'hui ! Attends mon ordre ! » Il s'était alors enfui a travers champs.

Un successeur de la reine Victoria. — Un ouvrier électricien de Birmingham, nommé William Green, s'est rendu à Windsor pour prier la reine Victoria de lui céder sa place sur le trône et, généralement, tous ses droits à la couronne britannique.

Il s'est présenté à une des portes du château où il a exigé qu'on lui rendît les honneurs dus à son rang. Comme la garde s'y refusait, il a condescendu à expliquer à un inspecteur de police qu'il était fils du colonel Nolan, tué à Balaclava, et d'une fille du roi Guillaume IV, laquelle avait — on le comprend aisément — les premiers droits à la succession du trône usurpé par la fille du duc de Kent. C'est dans un rêve que Green avait reçu l'impulsion à laquelle il a obéi en se rendant à

©BIUM

Windsor castle. On l'a interné dans un asile d'aliénés. (*Le Temps*, n° du 18 décembre 1892.)

FAITS DIVERS

Suicide dans l'armée francaise en 1890. — D'après la *Statistique médicale de l'armée pendant l'année* 1890, le chiffre des suicides a été de 149, dont 115 pour l'armée de l'intérieur et 34 pour les troupes d'Algérie et de Tunisie. La moitié des suicides ont eu lieu par coup de feu, un quart par submersion et un quart par pendaison; les mois de juin, de novembre et de décembre sont les plus chargés. Pas de suicide dans les compagnies de cavaliers de remonte, d'ouvriers d'artillerie et d'artificiers, les infirmiers et les sapeurs-pompiers.

L'alcoolisme en Suisse. — On lit dans la *Revue scientifique* (n° du 5 novembre 1892): « D'après les tableaux du Bureau fédéral de statistique pour 1891, sur un total de 6885 décès de personnes agées de vingt ans, dans les quinze villes les plus populeuses de la Suisse, on en compte 425 dus à l'alcoolisme (366 hommes et 59 femmes), soit environ 6 p. 100.

De ces 366 décès masculins, 188 se sont produits dans la classe ouvrière et 178 dans la classe cultivée; or, comme cette classe est bien moins nombreuse que la précédente, on voit combien l'alcoolisme y fait cependant des ravages plus considérables.

En tablant sur les chiffres précédents, on trouve que plus de 2,500 personnes ont dû être victimes de l'alcoolisme, en Suisse en 1891. »

Une secte religieuse fondée par un alcoolique. — On sait que la Russie est le pays classique des schismes, et que chaque année y voit éclore plusieurs sectes et plusieurs religions. La *Revue des Revues* parle d'une nouvelle secte religieuse qui, fondée en Russie, il y a quelques années, semble prendre chaque jour une plus grande extension. Il s'agit des *néo-schtoundistes*. Un paysan russe, Douzenkowsky, du village de Skibina, dans le gouvernement de Kiew, ayant fait observer à ses compatriotes que les misères que l'on subit sur la terre sont une preuve évidente que le Sauveur du monde n'est pas encore venu, avait été, pour ce, envoyé en Sibérie. Aussi, en 1889, un vieil alcoolique, à moitié fou, ayant traversé le pays, marmottant tout bas des phrases dénuées de sens, fut-il immédiatement pris pour le Messie attendu. On le comble de cadeaux, ce qui permet à Malewannyj, — c'est le nom de notre ivrogne, — de goûter une agréable vie de prophète; et voilà que son délire se répand, par contagion, dans plusieurs arrondissements voisins de Tarastschansck, au milieu d'une population névrosée, et qu'une foule de détraqués, hommes, femmes et enfants,

©BIUM

se livrent à toute espèce de folies, jeûne, bains dans des eaux glacées et autres pratiques moins avouables, en attendant la fin du monde. (*Revue scientifique*, n° du 19 novembre 1892.)

Le cerveau de l'historien Grote. — G. Grote, l'historien de la Grèce, ayant exprimé, quelques années avant sa mort, le désir que l'on examinât son cerveau et son crâne après décès, cette étude a été récemment faite par les soins de M. John Marshall, mort depuis. Le rapport de M. Marshall a été publié, et il en résulte que le cerveau de Grote était légèrement supérieur à la normale, sans toutefois s'élever plus haut que le dernier tiers de la liste des cerveaux célèbres. Il est vrai que Grote était fort âgé, et son cerveau avait dû s'atrophier quelque peu (*Revue scientifique*, n° du 19 novembre 1892).

Suicide étrange. — On télégraphie de Marseille au *Temps* (n° du 7 septembre 1892.)

« Un cultivateur de Collobrières (Var) s'est suicidé dans des circonstances véritablement horribles. Après avoir enduit son corps de pétrole, il s'est attaché à la crémaillère de sa cheminée, puis a allumé un feu de paille qui l'a fait flamber comme une allumette.

On a retrouvé son cadavre, qui n'était plus qu'un amas informe. Sur la table étaient encore une bouteille et une lampe à pétrole vide. »

Un drame dans un asile d'aliénés. — On lit dans le *Temps* (n° du 14 décembre 1892) :

« Samedi soir, pendant que des amateurs donnaient, dans un asile d'aliénés de Birmingham, la représentation d'une œuvre dramatique intitulée : *Guerre au couteau*, un fou qui n'était pas considéré comme dangereux et qui avait été laissé en liberté dans une des salles, brisa le crâne de deux autres fous. Il allait en tuer un troisième quand le concierge, attiré par le bruit, intervint et put s'emparer du forcené.

Pendant que ce drame s'accomplissait, la représentation continuait, absorbant l'attention de tout le monde. »

Installation de la lumière électrique à l'asile de Saint-Robert (Isère). — M. le Dr Dufour, médecin-directeur de l'asile Saint-Robert, vient d'apporter une amélioration importante dans l'établissement qu'il dirige : il y a fait installer la lumière électrique. D'après l'*Echo de Lyon* (n° du 8 décembre 1892), « 400 lampes sont distribuées aux endroits nécessaires ; non seulement les bâtiments reçoivent la lumière à profusion, mais toutes les allées de l'immense clos sont éclairées, de la chute du jour au matin, à faire envie aux rues de Grenoble.

La surveillance est aussi plus facile et un ordre parfait règne au milieu de ces douze cents habitants comme dans le quartier militaire le mieux discipliné.

©BIUM

Les travaux sont presque achevés ; d'habiles ouvriers électriciens complètent l'installation jusque dans les bâtiments de la ferme.

La force motrice est due à l'initiative d'intelligents industriels, MM. Goulat et Papet, brasseurs qui ont ainsi utilisé la houille blanche pour leurs importantes brasseries comme pour l'asile et les villages environnants. »

CONGRÈS ANNUEL DES MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

Session de La Rochelle (1893).

Le Congrès annuel des médecins aliénistes de France et des pays de langue française se réunira à La Rochelle du 1er août au 6 août 1893.

Le Congrès discutera spécialement les questions suivantes :

1° *Pathologie* : « Des auto-intoxications dans les maladies mentales ». — Rapporteurs : MM. le Drs Régis et Chevalier-Lavaure ;

2° *Médecine légale* : « Des faux témoignages des aliénés devant la justice ». — Rapporteur : M. le Dr Cullerre ;

3° *Législation et administration* : « Des Sociétés de patronage des aliénés ». — Rapporteur : M. le Dr Giraud.

Les rapports sur ces questions seront adressés en temps utile aux adhérents.

Des séances spéciales seront réservées aux communications particulières.

Les personnes qui se proposent de participer aux travaux du Congrès de La Rochelle sont priées d'adresser leur adhésion et leur cotisation à M. le Dr H. Mabille, médecin en chef, directeur de l'asile de Lafond (La Rochelle) et de vouloir bien faire connaître le plus tôt possible le titre de leurs communications ou leur intention de prendre part à la discussion des questions générales indiqués ci-dessus.

Le montant de la cotisation est de 20 francs.

Le Rédacteur en chef-Gérant : Ant. Ritti.

Paris. — Imprimerie L. Maretheux, 1, rue Cassette.

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



Pathologie

CONTRIBUTION A L'ÉTIOLOGIE DE LA FOLIE PUERPÉRALE[1]

Par le Dr J. D. JDANOF, de Moscou.

La question de la folie puerpérale offre actuellement un grand intérêt, aussi bien sous le rapport clinique que sous le rapport étiologique. Cet article a pour objet d'éclaircir ce dernier point en particulier, et de montrer la relation intime qui existe entre les couches et les troubles psychiques qui surviennent fréquemment après.

Voici les matériaux dont je me suis servi pour ce travail: en premier lieu, mes observations personnelles (en

(1) Rapport présenté à la *Société de neurologie et de psychiâtrie de Moscou*, le 17 janvier 1892.

©BIUM

tout 34 cas) ; en second lieu, les observations que j'ai tirées de notre Clinique de psychiâtrie, avec l'autorisation de M. le professeur agrégé S. S. Korsakof (en tout 15 cas). Enfin, j'ai emprunté 2 cas au *Manuel* de Krafft-Ebing et un cas à l'article de Rosenbach : « Sur quelques formes aiguës d'aliénation mentale (1). » Citons encore un cas observé dans la maison de santé de M. S. S. Korsakof. Ainsi donc, j'ai à ma disposition 53 cas de psychose dite « puerpérale ». Je ferai remarquer ici que tous ces cas rentrent dans la catégorie des psychoses puerpérales proprement dites, c'est-à-dire de celles qu'on observe chez les femmes pendant toute la durée de la période qui suit les couches (six semaines). Quant aux psychoses qui surviennent chez les femmes pendant la grossesse ou l'allaitement, je les ai complètement exclues du cadre de cette esquisse.

I

Avant de passer à l'analyse de tous ces cas, au point de vue qui nous intéresse spécialement, c'est-à-dire au point de vue étiologique, je me permettrai de présenter un exposé succinct des opinions et des théories qui se sont succédé parmi les savants touchant le mécanisme qui régit l'appareil des troubles psychiques chez la femme qui vient d'accoucher.

Pour donner une idée de l'abondance des documents relatifs à la folie puerpérale, il me suffira de dire que les médecins de l'antiquité, notamment Hippocrate, avaient déjà constaté l'existence de ces troubles. Les limites de

(1) *Moniteur de Merjéevsky* pour 1890.

©BIUM

cet article m'obligent à ne citer que les données les plus essentielles, celles qui concernent tout spécialement l'étiologie des psychoses puerpérales.

Suivant Ideler, qui écrivait vers 1840, et dont les écrits faisaient autorité à cette époque, la cause principale de la manie puerpérale réside dans les émotions mentales ; l'acte même de l'accouchement peut être assimilé à un grand ébranlement psychique (*Gemütserschütterung*). De plus, cet auteur attire l'attention sur les modifications que subit le système nerveux de la femme tout entier, non seulement après les couches, mais encore pendant toute la durée de la grossesse. Ces mêmes émotions mentales détermineraient, suivant lui, les troubles somatiques, tels que l'arrêt de la lactation, les lochies, etc. Ainsi donc, au dire d'Ideler, « les changements somatiques ne sont qu'un anneau secondaire de la chaîne des moments déterminants ».

En 1858, parut, en France, un livre dont l'influence sur la littérature médicale française s'est fait sentir jusqu'à ces dernières années. Je veux parler de l'ouvrage de Marcé : *Traité de la folie des femmes enceintes*. Suivant Marcé, les causes de la psychose puerpérale sont de deux sortes : celles qui prédisposent et celles qui produisent. Parmi les premières, il place l'hérédité, les couches fréquentes, l'âge avancé de l'accouchée, les psychoses antérieures, l'état d'épuisement (anémie), la situation morale de l'accouchée pendant la grossesse, et, enfin, le sexe de l'enfant (les garçons paraissent exercer une plus grande influence que les filles sur l'apparition des troubles psychiques). Les causes qui produisent la psychose sont : les couches difficiles, les hémorragies puerpérales, l'éclampsie, les souffrances et l'inquiétude qu'occasionne fréquemment aux accouchées l'inflammation des glandes mammaires.

Parmi les savants allemands qui ont écrit sur les

©BIUM

psychoses puerpérales, je citerai les noms de Lübben, de Arndt, de Fürstner et surtout celui de Ripping dont la monographie a eu en Allemagne le même retentissement que l'ouvrage de Marcé en France. Plaçant l'hérédité et la première grossesse au nombre des causes prédisposantes, Ripping croit découvrir la principale cause du développement de la psychose dans les modifications de la circulation du sang et de la nutrition, auxquelles est exposé l'organisme de la femme à partir du début des couches. Pendant les six et sept premiers jours qui suivent les couches, on constate une diminution du poids de l'accouchée (Gassner évalue la perte subie de ce chef à 4,571 grammes ; d'autres savants estiment qu'elle est seulement de 2,812 grammes). Les autres causes sont : les couches irrégulières, les pertes sanguines, les maladies qui surviennent au cours de la période puerpérale — mastite, paramétrite, endométrite, — à cause de l'épuisement qui en résulte. Parmi les émotions morales, Ripping se borne à signaler le chagrin que cause à la mère la mort de son nouveau-né. L'ouvrage de Ripping, paru en 1877, a exercé une certaine influence sur les écrivains de l'école allemande qui lui ont succédé. Je citerai notamment les noms de Schmidt, Schüle, etc.

En ce qui concerne les auteurs français, j'ai actuellement entre les mains quatre thèses parues de 1872 à 1888, celles de Martin, de Reibel, de Garcia Rijo et de Zénaïde Gorskaïa. Ce dernier auteur affirme que la psychose puerpérale ne se produit que chez les sujets prédisposés aux maladies mentales. La grossesse, l'état de la femme pendant la période puerpérale et l'allaitement ne sont que des conditions favorables au développement de cette psychose ; elle peut survenir également chez les sujets placés dans des conditions physiques ou morales, autres que celles mentionnées

©BIUM

ci-dessus. On observe un phénomène analogue dans les cas d'hystérie, qui se produisent à la suite d'un traumatisme, et dans l'alcoolisme qui se déclare sous l'influence de quelque maladie aiguë. L'étroitesse de cette théorie est évidente, et, si je crois devoir en faire mention, c'est que j'ai tout lieu de penser qu'elle est partagée par quelques psychiâtres français. M^me^ Gorskaïa nie complètement l'influence des modifications que subit l'organisme de la femme pendant la période puerpérale, car, dit-elle, si la cause de la psychose puerpérale résidait dans ces modifications, les cas seraient beaucoup plus fréquents. Suivant cette théorie, la psychose puerpérale ne serait autre chose qu'un trouble de l'équilibre qui survient chez les types que Morel et Magnan nomment les dégénérés. Les types de ce genre étant très nombreux en France et la déséquilibration pouvant se produire chez un grand nombre d'entre eux pendant la période puerpérale, on devrait s'attendre à trouver en France un énorme contingent de psychoses puerpérales; or, ce n'est pas le cas, et, partant, la théorie de M^me^ Gorskaïa est erronée.

L'intéressant travail de Campbell-Clark (*Ætiology, pathology and treatment of puerperal insanity*, *Journal of mental science*, juillet 1887) marque une nouvelle ère dans l'étiologie de la psychose puerpérale. Après avoir dit que les causes de cette affection peuvent être très nombreuses, Campbell-Clarke, sans nier l'influence des facteurs qui ont été signalés par les auteurs précédents, insiste tout particulièrement sur l'infection qu'il considère comme l'une de ces causes. Selon lui, l'infection n'est pas une condition qui prédispose à la psychose, mais une des causes qui la produisent.

Cette toxémie, comme il l'appelle, peut résulter : 1° de la diminution, des modifications ou même de l'arrêt des sécrétions et excrétions de l'organisme; il entend

©BIUM

par là les modifications survenues dans la sécrétion de la bile, du suc intestinal, de l'urine (1), des lochies, du lait ; 2° l'absorption de la sepsine, provoquée par les nombreuses affections de la matrice consécutives aux couches ; 3° les processus de fermentation, et, enfin, 4° les intoxications nouvelles ou accidentelles ; dans un cas, ainsi qu'il ressort de l'autopsie, le typhus s'est déclaré chez la femme après les couches ; dans un autre cas, on a constaté la présence du virus de la scarlatine. L'auteur établit également d'une manière indubitable que l'alcool, administré en trop grande quantité pendant la grossesse et après les couches, peut provoquer des symptômes d'empoisonnement. Même observation au sujet de l'emploi exagéré du chloroforme pendant les couches. Passant en revue ses propres observations (elles sont au nombre de 40), l'auteur a constaté la septicémie dans 8 cas ; dans 10 autres cas, il a noté diverses modifications inflammatoires, soit du côté de la matrice, soit du côté des régions voisines. Je crois devoir faire remarquer ici que, quelques années avant l'apparition de l'ouvrage de Campbell-Clark, Holm (2) avait déjà écrit sur l'importance des maladies puerpérales dans l'étiologie de la psychose puerpérale. Dans 13 cas (sur 58), il a constaté des maladies sérieuses de la matrice, et, dans un grand nombre d'autres cas, des affections moins graves de cet organe, quoique toujours accompagnées de fièvre. N'ayant pas eu encore l'occasion de pouvoir étudier ce travail dans l'original, il m'est impossible de dire quelle importance l'auteur attache à ces affections puerpérales : sont-elles, à ses yeux, des indices de l'origine toxique de certains cas de

(1) Il recherche avec une attention toute particulière si elle contient de l'albumine.

(2) *Hospitals-Tidende,* 1874.

©BIUM

psychose puerpérale, ou bien ne les considère-t-il, avec Marcé, Ripping, etc., que comme un élément qui accroît encore l'épuisement du système nerveux, d'où peut résulter une maladie du cerveau pendant la période puerpérale? Quoi qu'il en soit, la théorie plus récente de Campbell-Clark, suivant laquelle « l'infection joue le rôle de moment étiologique dans l'origine de la psychose puerpérale », est aussi celle qui nous importe le plus.

En 1888, un an après l'article de Campbell-Clark, Hansen fit paraître un article sur le même sujet : *Ueber das Verhältniss zwischen der puerperalen Geisteskrankheiten und die puerperal Infection* (*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie*, XV Band). L'auteur y décrit 49 cas de psychose puerpérale, dont 42 avaient eu pour cause l'infection. Dans 40 cas, la maladie a présenté, pendant son cours, des points de ressemblance avec ce que les Allemands appellent « *die acute hallucinatorische Verworrenheit* » ; dans 2 cas, elle s'est rapprochée de la « manie hallucinatoire ». Quant aux cas (on en compte 7) dans lesquels il a été impossible de découvrir des signes d'infection puerpérale, la maladie, au dire de l'auteur, a suivi une marche toute différente. En examinant l'historique de ces 7 cas, nous trouvons de nouvelles conditions étiologiques, à savoir : 3 cas d'éclampsie, 1 cas de phtisie galopante, et, une fois, de fortes émotions morales. Ainsi donc, l'auteur n'assigne aux émotions morales qu'une place insignifiante dans l'étiologie de la psychose puerpérale. Parmi ces 7 cas qui n'ont pas pour cause l'infection et offrent tous les caractères de la mélancolie ordinaire, un seul peut être attribué à une cause morale. En admettant même que les émotions morales jouent un rôle quelconque dans l'étiologie des troubles puerpéraux, ce rôle, au dire de l'auteur, n'est que secondaire. La

©BIUM

syphilis fournit un exemple à l'appui de cette opinion. Sans doute, le syphilitique qui est en proie aux émotions morales est plus exposé à contracter la syphilis du cerveau que celui qui mène une existence calme ; mais, en tout cas, cette affection est le produit de la syphilis et non des émotions morales.

En 1890, Cramer, médecin attaché à la Clinique de Prague (*Medicinische Wander-Vorträge*, février), qui partageait entièrement les théories de Hansen, décrivit 9 cas de psychose puerpérale qui tiraient tous leur origine de l'infection.

Les théories de Hansen et de Cramer me parurent quelque peu entachées de partialité. En dépit des observations pratiques et des considérations théoriques, il me fut impossible d'admettre la place insignifiante que Hansen assigne aux causes morales variées dans l'étiologie de la psychose puerpérale. Il est hors de doute, en effet, que pendant la grossesse et la période puerpérale le système nerveux de la femme se trouve dans des conditions exceptionnelles. Ce fait est suffisamment démontré par les modifications du caractère, du goût, etc., que l'on observe chez un grand nombre de femmes enceintes, par certaines « envies », par les phénomènes d'aboulie, etc.. Beaucoup de médecins légistes sont d'avis que la grossesse et le début de la période puerpérale prédisposent la femme (par suite de l'état de son système nerveux) au meurtre, à l'infanticide, aux actes cruels et sanguinaires et à la kleptomanie (consulter à ce sujet l'article d'Alexander dans l'*Alienist and Neurologist*, 1890). Indépendamment de ces modifications du système nerveux, la grossesse et les couches agissent certainement d'une manière indirecte sur le système nerveux, en créant une foule de nouveaux soucis, d'émotions, d'appréhensions, etc. Dans quelques cas, la maladie ou la mort du nouveau-né produisent un profond ébranle-

©BIUM

ment dans le système nerveux de la nouvelle accouchée; parfois aussi, les émotions morales proviennent de causes diamétralement opposées. Enfin, on ne saurait passer sous silence les ennuis que causent aux femmes, principalement aux primipares, la grossesse et les couches en dehors du mariage (consulter à ce sujet les *Comptes rendus de la Maison des Enfants-Trouvés de Saint-Pétersbourg*, pour la période 1840-1871, p. 139).

Si les émotions morales peuvent, dans certaines conditions, déterminer chez l'homme normal un dérangement de l'activité psychique, combien ne doivent-elles pas influer sur l'organisme de la femme, dont les forces physiques et nerveuses sont déprimées par les couches! D'autres exemples permettent de se rendre compte de la partialité des doctrines de Hansen. Parlant de l'infection comme d'une cause de la psychose puerpérale, il passe sous silence un facteur aussi important que les grandes pertes sanguines. Et pourtant, c'est là un fait qui se produit fréquemment, surtout parmi les habitants des campagnes et dans la classe pauvre des grandes villes. Lorsque l'hémorragie a été abondante, il suffit, à mon avis, d'une forte émotion pour provoquer la psychose, surtout si le sujet est prédisposé aux maladies mentales. Occupé à rechercher uniquement les cas d'infection puerpérale au sens strict du mot, Hansen a complètement omis, dans l'exposé de ses observations personnelles, la possibilité d'une autre infection, notamment l'infection éclamptique (3 cas d'éclampsie puerpérale) et l'infection tuberculeuse (1 cas) (1). Si Hansen admet si volontiers le rôle de l'infection dans la folie puerpérale, il est étrange qu'il n'ait pas remarqué que l'infection pouvait se produire au cours de l'éclampsie, fait qui avait

(1) Ces quatre cas font partie du nombre des sept malades que Hansen exclut du groupe des maladies puerpérales infectieuses.

©BIUM

déjà été signalé par Campbell-Clark. Indépendamment de leur partialité, les théories de Hansen sont en contradiction avec celles de Meynert sur l'*amentia*, publiées à peu près à la même époque. De fait, en lisant la description des traits essentiels de cette maladie, il n'est pas difficile de reconnaître dans la manie puerpérale une des formes de l'*amentia*. Cependant, dans le chapitre de son ouvrage qui traite de l'étiologie, Meynert assigne une place importante aux émotions morales et aux *moments* d'épuisement (c'est ce qu'on nomme la forme idiopathique de l'*amentia*). Il est vrai qu'il admet en même temps l'intoxication et l'origine bacillaire de certaines formes d'*amentia*. A en juger par la description qu'il en donne, il est plus probable qu'il place l'*amentia* puerpérale parmi les formes idiopathiques. Cette contradiction et la difficulté de s'orienter dans les théories de Hansen et de Meynert ont été cause que ce travail, commencé par moi en 1890, n'a pu être achevé que beaucoup plus tard.

Dans son intéressant article sur *Les formes aiguës de l'aliénation mentale* (1), présenté au dernier Congrès de Pirogof, M. S. S. Korsakof s'efforce de concilier ces deux théories. En ce qui concerne la psychose puerpérale en particulier, il s'exprime de la manière suivante : « Dans un grand nombre de cas, pour ne pas dire dans la plupart, on peut trouver des conditions favorables à l'intoxication dans les restes des maladies puerpérales qui affectent les régions génitales » ; le tableau de la maladie elle-même (douleurs sur le trajet des tubes nerveux) fournit des indications relatives à cette intoxication. En conséquence, si l'on peut rapporter à l'intoxication un grand nombre de cas de psychose puerpérale, l'auteur se demande « si la maladie désignée par moi sous le nom

(1) *Revue médicale*, 1891, n° 2.

©BIUM

de *dysnoia*, par Meynert sous celui d'*amentia*, par Krafft-Ebing sous celui de « *der acute hallucinatorische Wahnsinn* », n'est pas aussi une auto-intoxication affectant principalement l'écorce des hémisphères et même l'organisme tout entier? » Après avoir élargi de la sorte l'étiologie de l'*amentia* de Meynert, nous trouverons la possibilité de concilier sa théorie avec celle de Hansen. Mais, avant de me prononcer d'une manière définitive, je crois devoir analyser d'abord les matériaux que j'ai entre les mains.

II

Ainsi que je l'ai dit plus haut, je dispose en tout de 53 cas de psychose puerpérale proprement dite. Les tableaux qui sont joints à cet article renferment tout ce qui peut nous intéresser sous ce rapport. Nous allons les passer en revue.

1° Examinons d'abord quelle est l'influence de l'hérédité.

Les données statistiques fournies par les différents auteurs, données qui portent sur plus de mille cas (1,020), nous montrent que l'hérédité a été établie dans 359 d'entre eux (voir le tableau IV). L'hérédité a donc été observée, dans la proportion de 35 p. 100 des cas, par les auteurs qui ont traité ce sujet. En ce qui concerne nos 53 malades, le même tableau montre que l'hérédité peut être considérée comme établie chez 26 d'entre eux. Chez 20 de nos malades, elle semble n'avoir joué aucun rôle. Enfin, dans 7 cas (fille adoptive, pupilles de l'hospice des Enfants-Trouvés, etc.), la question de l'hérédité n'a pu être résolue. Si l'on retranche

©BIUM

ces 7 cas du chiffre total de nos malades, il reste 46 individus dont 26 paraissent avoir subi l'influence de l'hérédité. En d'autres termes, cette influence s'est fait sentir dans plus de 56 p. 100 des cas que nous avons eu à observer. Ainsi donc, lorsque M. Schüle prétend, dans son Manuel, que « *l'hérédité, ce facteur si puissant dans tous les autres cas, ne joue aucun rôle dans la folie puerpérale,* » il émet une assertion évidemment erronée. Notre statistique ne nous permet pas davantage d'adopter l'opinion d'auteurs, tels que M. Arndt et Mme Gorskaïa, qui considèrent comme impossible le développement des psychoses puerpérales indépendamment de la prédisposition psychique ou névropathologique.

2° Influence de la première grossesse et des couches subséquentes (voir tableau V). En parcourant les différents auteurs, nous voyons que les premières couches fournissent 32 p. 100 des cas. En ce qui concerne nos propres observations, nous trouvons ici, de même que dans la question de l'hérédité, une proportion plus forte que celle trouvée par les auteurs précédents, soit 45 p. 100 pour la première grossesse (tableau V). Le seul énoncé de ces chiffres nous oblige donc à attribuer une grande influence aux premières couches. Aux partisans de la théorie de l'infection dans la psychose puerpérale, je suis en mesure de fournir, sous ce rapport, d'intéressantes indications tirées de la statistique des établissements d'obstétrique. Il ressort du compte rendu de la clinique d'obstétrique de notre Université (v. Compte rendu de M. le professeur Makiéef pour la période de 1874 à 1888, page 152), que pour 100 cas d'affections puerpérales chez les primipares, on n'en observe que 44 chez les femmes qui ont accouché plusieurs fois. Autrement dit, les femmes accouchant pour la première fois sont deux fois plus exposées aux affections puerpérales

©BIUM

de la matrice que celles qui ont accouché plusieurs fois. Toutefois, pour les psychiâtres qui reconnaissent l'importance, dans l'étiologie de la psychose puerpérale, des couches elles-mêmes et des modifications qu'elles apportent dans la circulation du sang et dans la nutrition, et qui admettent en outre l'action qu'exerce toute la série des émotions morales principalement sur les premières couches, l'influence de ces dernières ne manque pas d'offrir un certain intérêt ; pour eux, dis-je, la première grossesse et les couches offrent ceci d'intéressant que tous les moments que nous avons signalés s'observent plus particulièrement lors des premières couches. Quant à l'observateur impartial, l'importance prédominante des premières couches l'intéresse sous tous les rapports mentionnés plus haut.

3° Passons maintenant à la question qui nous intéresse le plus, celle qui concerne les maladies de la matrice pendant la période puerpérale, maladies qui peuvent occasionner l'infection. Comme on le voit par le tableau n° VI annexé à ce travail, on a constaté chez 33 malades différentes affections de la matrice et des régions voisines, pouvant d'une façon ou d'une autre déterminer l'intoxication. Si l'on en excepte 3 malades, chez lesquelles il n'a pas été donné de constater de modifications de la matrice, nous voyons qu'il y a eu possibilité d'infection dans 66 p. 100 des cas (33 sur 50 de nos malades). Le plus souvent, ces maladies ont été désignées sous les noms de fièvre puerpérale, d'endométrite septique et de paramétrite. J'ai fait entrer dans cette série une forme d'affections puerpérales de la matrice que les accoucheurs ne classent ordinairement pas parmi les maladies septiques ; je veux parler de la subinvolution de l'utérus. Lors de leur entrée à l'hôpital, 6 de nos 33 malades paraissaient ne présenter aucune affectation de la matrice ; mais, l'examen fait à l'hôpital

©BIUM

même a démontré l'existence de la subinvolution de l'utérus, maladie pendant laquelle les produits de la métamorphose inverse peuvent être retenus dans la matrice et, si les circonstances s'y prêtent, servir de cause à l'auto-infection (1). J'insiste tout particulièrement sur cette forme si importante au point de vue étiologique, parce qu'elle peut facilement échapper à l'attention des psychiâtres. Il arrive très souvent que cette affection ne se manifeste par aucun fait particulier ; on ne constate ni état fébrile ni hémorragie, lors de l'admission à l'hôpital de psychiâtrie. Dans ces conditions, beaucoup de psychiâtres, s'autorisant de ce que M. Ripping écrivait en 1883 (*Ueber die Beziehungen der sogen. Frauenkrankheiten zu den Geisteskrankheiten der Frauen. Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie*, XXXIX, 3), croient superflu de se livrer à des recherches à ce sujet. Cet auteur estime que, dans la plupart des cas, l'exploration entraîne des risques et peut même avoir une influence dangereuse sur la marche de la maladie psychique ; il ne l'admet que dans des cas qui paraissent exiger d'une manière absolue l'intervention du gynécologue. Si l'on ajoute à cela que les psychiâtres sont généralement peu au courant de l'art pratique des accouchements et qu'il est même très rare de trouver des sages-femmes dans nos établissements de psychiâtrie, on comprend que, dans beaucoup de cas de psychose puerpérale, la subinvolution de l'utérus n'ait pas été remarquée. En ce qui me concerne, je suis tout disposé à admettre qu'une pareille inadvertance ait pu se produire à l'égard de mes 34 cas, bien que, sous ce rapport, je me sois peut-être trouvé dans des conditions

(1) Parmi ces six cas, trois ont été observés par moi à l'hôpital Alexandre III ; j'ai tiré les trois autres des documents de notre Clinique de psychiâtrie.

©BIUM

bien plus favorables que la plupart de mes confrères.

Lorsque j'entrai, il y a huit ans, en qualité de médecin-adjoint à la section de psychiâtrie de l'hôpital Alexandre, j'y trouvai établie une excellente coutume, due à l'initiative du médecin en chef, M. le Dr L.-S. Schaïkévitch, je veux parler de l'examen obligatoire de la matrice par la sage-femme attachée à l'hôpital, dans tous les cas de psychose puerpérale. Néanmoins, j'admets volontiers que j'ai pu ne pas remarquer la subinvolution de l'utérus, ou plutôt, que j'ai négligé de la mentionner dans l'historique de la maladie ; car, il y a huit ans, nous n'en sentions, pour ainsi dire, pas encore la nécessité. Cette omission peut aussi ne pas être imputable au psychiâtre. Dans beaucoup de cas, en effet, les malades entrent à l'hôpital trois ou quatre mois après les couches, de sorte que les résultats négatifs du tardif examen qu'on leur fait subir ne peuvent, en aucune façon, prouver que la subinvolution n'a pas existé antérieurement. En tous cas, ces résultats ne sauraient infirmer la théorie de l'infection. On peut se demander, en rencontrant six cas de subinvolution de l'utérus, là où il était impossible de soupçonner d'autres maladies antérieures de la matrice, si j'ai eu des preuves suffisantes pour considérer cette affection comme étant la cause de la maladie elle-même, ou si l'on ne doit pas la regarder comme étant une conséquence de la maladie mentale. Les psychiâtres n'ignorent certainement pas que, quelle que soit la cause des troubles mentaux chez les femmes, la fonction de la matrice est troublée dans la plupart des cas, ainsi que le prouve la suppression des règles, qui survient fréquemment au début du dérangement psychique. Les couches ont beau être régulières et l'inversion de la matrice s'accomplir d'une façon normale, ne peut-il pas arriver cependant chez la femme atteinte de psychose aiguë à la suite d'une forte com-

©BIUM

motion morale, que l'inversion de la matrice soit troublée ? Selon moi, cette question est encore à résoudre. On m'objectera peut-être que, si ce mécanisme avait de l'importance, on observerait souvent la subinvolution de l'utérus dans les cas de psychose puerpérale. Mais si l'on se rappelle ce que j'ai dit en général au sujet de l'examen gynécologique dans les établissements de psychiatrie, je ne crois pas qu'il soit possible de dire exactement combien de fois la subinvolution de l'utérus a été observée dans cette maladie.

4° En examinant nos tableaux, nous voyons que, dans l'étiologie de la maladie, les diverses causes morales viennent immédiatement après l'infection. Comme le montre le tableau n° VI, il était impossible de soupçonner, chez 14 de nos malades, de moment étiologique autre que les diverses formes d'émotions mentales. Ces formes apparaissent dans plus de 26 p. 100 des cas. Mais outre ces cas, pour ainsi dire, sans mélange, les commotions mentales figurent aussi dans la rubrique des malades par infection. Chez 13 de nos 33 malades, outre la possibilité de l'infection, nous avons constaté aussi des commotions morales. Enfin, dans deux cas, on a observé de fortes émotions morales dans la période qui a suivi les couches, tandis que les modifications de la matrice sont demeurées inconnues. De cette façon, abstraction faite de nos matériaux, nous voyons que les émotions mentales ont été observées dans 29 cas sur 53, que, dans 14 cas, elles ont vraisemblablement joué le rôle d'agent unique et que, dans 15, elles ont peut-être eu un rôle secondaire (Hansen), le rôle de moment prédisposant. En consultant l'historique de la maladie, nous n'avons rencontré, chez 24 de nos 53 malades, aucune indication permettant de savoir si elles avaient eu ou non à supporter de sérieux désagréments ou des émotions. Il est très possible que ces émotions se soient

©BIUM

produites, mais il nous a été impossible de le constater.

5° Enfin, dans deux cas, nous avons observé l'éclampsie, ce qui nous permet de considérer ces psychoses comme post-éclamptiques. Dans un cas, la psychose semble s'être développée sous l'influence de l'affaiblissement causé par de grandes pertes de sang ; il est très possible qu'il y ait eu ici des conditions favorables à l'infection, car les hémorragies utérines abondantes proviennent très souvent de ce que des fragments du placenta sont demeurés dans la matrice. L'historique de la maladie ne fournissant pas d'indications directes à ce sujet, j'ai classé cette malade séparément. Enfin, dans un cas, faute de renseignements anamnestiques, la cause de la maladie est demeurée inconnue.

Cette communication se rapportant exclusivement à l'étiologie de la psychose puerpérale, je laisse à dessein de côté la difficile et importante question de savoir si telle ou telle phase particulière de la psychose ne dépend pas de tel ou tel moment étiologique, et s'il n'est pas possible, étant donné qu'on ignore ce moment étiologique, de le deviner par le tableau de la maladie.

III

Voici comment je formulerai les conclusions de cet article :

Les psychoses que nous avons observées dans le cours de la période puerpérale ont des causes variées qui peuvent se diviser en deux groupes : *a*) causes qui prédisposent, *b*) causes qui produisent.

En dehors des couches elles-mêmes, nous classerons dans la première catégorie : 1° l'hérédité qui, ainsi que

©BIUM

l'ont démontré nos cas, a une très grande importance, puisqu'on l'observe dans 56 p. 100 des cas; 2° à cette catégorie se rapporte également l'influence compliquée de la première grossesse et des premières couches. Comparée à celle des couches suivantes, l'influence des premières couches s'observe dans 45 p. 100 des cas de psychose puerpérale, c'est-à-dire dans presque la moitié des cas.

En ce qui concerne les causes qui produisent, l'infection doit être placée au premier rang. Néanmoins, je suis loin de l'envisager d'une manière aussi étroite que MM. Hansen et Cramer. Je suis plutôt de l'avis de M. Campbell-Clark qui dit que l'infection, dans la période qui suit les couches, peut provenir, soit de la matrice, soit des autres organes, tels que les reins, les intestins, etc. Ainsi donc, chez nos malades, 70 p. 100 des cas appartiennent à l'infection; dans 66 p. 100, le foyer de l'infection semble avoir été la matrice et, dans 4 p. 100, les reins. (Le calcul a été fait sur 50 malades, les modifications de la matrice chez les trois autres étant demeurées entièrement inconnues. Si on retranche ces 3 cas du chiffre total (53 malades), nous voyons que sur 50 cas de psychose puerpérale, l'infection par la matrice a été démontrée chez 33 malades et que l'infection par les reins a été observée chez 2 d'entre elles, soit un total de 70 p. 100.) Nous devons ajouter, en outre, que chez quelques malades, l'infection a pu avoir plusieurs foyers différents. Par exemple, il m'est arrivé de voir une malade chez laquelle, à côté du virus éclamptique, on pouvait soupçonner le virus paramétrique. Chez une de nos malades (n° 31), on a signalé l'alcoolisme dans l'anamnèse ; après les couches, elle a été atteinte de fièvre puerpérale. Indépendamment des troubles psychiques qui caractérisent la psychose puerpérale, on a observé chez elle de la faiblesse et des douleurs

©BIUM

dans les jambes. On a constaté, en outre, une légère modification de l'électro-contractilité des extrémités inférieures. Il est très probable que l'alcool a aussi laissé des traces dans le tableau de la maladie. Enfin l'infection, dans la période puerpérale, peut être aussi d'origine accidentelle, ainsi que l'indique M. Campbell-Clark, et avoir pour cause l'alcool, le chloroforme, le typhus, la scarlatine, la grippe, etc. La seconde place après l'infection appartient, selon nous, aux émotions mentales. Dans 26 p. 100 des cas de psychose puerpérale, c'est à elles seules que nous avons dû recourir pour expliquer le mécanisme du développement de la maladie. Toutefois, j'attribue une grande importance à ceux de ces cas (15) où les émotions mentales ont été observées conjointement avec l'infection, et où elles ont peut-être joué un rôle secondaire. Nous avons constaté des émotions mentales plus ou moins fortes chez plus de la moitié de nos malades (54 p. 100 des cas). D'ailleurs, ainsi que je l'ai dit plus haut, nous avons de nombreuses raisons de penser que cette proportion est au-dessous de la réalité. La question des émotions mentales, de leur qualité et de leur quantité, nous est probablement restée inconnue dans beaucoup de cas. Mais si nous nous en tenons à nos chiffres minima, nous voyons pourtant que les émotions mentales s'observent dans 54 p. 100 des cas de psychose puerpérale; dans 26 p. 100 des cas, elles ont probablement joué, avec le concours des causes prédisposantes, le rôle de cause produisant la psychose, tandis que, dans 28 p. 100 des cas, leur rôle n'a peut-être été que secondaire. A mes yeux, ce rôle, bien que secondaire, a une très grande importance.

Le fait est, qu'en admettant l'infection comme le facteur étiologique de la psychose puerpérale, les conditions de l'intoxication du système nerveux nous sont entièrement inconnues. En dépit des progrès de la technique

©BIUM

moderne des accouchements, à en juger par les comptes rendus des établissements d'obstétrique, la proportion des troubles puerpéraux de la matrice atteint une moyenne de 8 à 9 p. 100. Si l'on considère le chiffre total des couches, on verra qu'un très grand nombre de femmes ont été atteintes de fièvre et, en général, d'infection puerpérale. Néanmoins, les cas de psychose puerpérale sont assez rares. Il est évident qu'il faut des conditions spéciales pour que le virus puerpéral qui circule dans le sang de beaucoup de femmes après les couches puisse agir sur le cerveau pour produire la psychose. On peut en dire autant de l'affection caractéristique du système nerveux, que l'on observe fréquemment après le typhus. Ici aussi, les conditions qui régissent le développement de cette intoxication nous sont inconnues. Revenant à la question qui nous intéresse, nous voyons que sur 33 cas dans lesquels l'infection a pu exister, 13 ont présenté de fortes commotions morales. Quant à moi, je ne saurais oublier les scènes dont j'ai été témoin. En voici une : une femme atteinte de fièvre puerpérale est obligée de garder le lit. Un incendie éclate pendant la nuit dans le voisinage. On comprend le saisissement qu'elle dut éprouver en entendant crier « au feu », alors qu'elle se trouvait dans l'impossibilité de se mouvoir. Au bout de vingt-quatre heures, la psychose se déclare chez la malade. — Autre exemple : une dispute a lieu sous la fenêtre d'une malade atteinte également de fièvre puerpérale ; celle-ci est réveillée en sursaut par le tumulte et les cris et, au bout de vingt-quatre heures environ, les premiers symptômes des troubles psychiques apparaissent. Si ces émotions morales n'avaient pas eu lieu, il est très possible que l'infection n'eût pas attaqué le cerveau, comme cela arrive dans des milliers de cas de fièvre puerpérale. On voit par ces exemples que ce facteur des troubles psychiques, auxquels certains au-

©BIUM

teurs n'attribuent qu'un rôle secondaire, n'est pas moins important que l'infection elle-même. Sans lui, l'infection n'aurait peut-être pas été aussi grave. Voici, par conséquent, quelles seraient, selon moi, les mesures prophylactiques à prendre contre la psychose puerpérale. Il est indispensable, pendant la période puerpérale, de préserver la femme, aussi bien de la sepsine que des émotions mentales ; il est indispensable, pour élucider définitivement l'étiologie de la psychose puerpérale, de procéder, dans tous les cas où elle se produit, à l'examen gynécologique. Indépendamment de cet examen, on devra explorer avec soin tous les autres organes, les causes d'infection pouvant provenir d'un grand nombre d'organes internes. Enfin, on devra étudier avec attention l'état mental des malades, avant comme après les couches, en se rappelant que les fortes émotions mentales sont parfois capables, à elles seules, de provoquer la psychose puerpérale. En effet, lorsque la femme est affectée de quelque maladie septique puerpérale, elle favorise probablement l'action toxique de la sepsine sur le cerveau (1).

---

(1) En terminant, je tiens à exprimer ma profonde gratitude à M. S.S. Korsakof, qui a bien voulu me permettre d'utiliser, pour ce travail, les documents de la Clinique psychiâtrique de Moscou et ceux de sa maison de santé.

©BIUM

TABLEAU I.

Numéros.	NOMS	Nombre de couches.	HÉRÉDITÉ	MALADIES DE LA MATRICE	CAUSES PSYCHIQUES
1	M. P...va, 23 ans.	6	Nulle.	Febris puerperalis.	
2	Eudoxie D...va, 41 ans.	1	Inconnue.	Hémorragie abondante de la matrice.	Désagréments, chagrins.
3	Acoulina M...va, 20 ans.	1	Inconnue.	Avant son entrée à l'hôpital : frissons, chaleur, soif.	
4	Pélagie Tch...va, 18 ans.	1	Nulle.	Retentio placentæ, febris puerperalis.	Désagréments, chagrins.
5	Hélène D...va, 19 ans.	1	Père bègue. Pas d'autres indications.	Avant d'entrer à l'hôpital : nausées, maux de tête, chaleur. A l'hôpital : subinvolutio uteri.	
6	Catherine B...va, 19 ans.	1	Nulle.	Retroflexio uteri. Errosiones colli uteri. Endometritis purulenta. Parametritis. Endometritis purulenta.	
7	Anne F...va, 19 ans.	1	Nulle.	Subinvolutio uteri.	
8	Tatiana L...na, 35 ans.	7	Inconnue.	Semblent avoir fait défaut.	Nombreux désagréments causés par le mari.
9	Alexandrine V..., 25 ans.	2	Nulle.		Désagréments.
10	Pélagie G...va, 18 ans.	1	Père ivrogne.	Endometritis septica.	
11	Marthe K...va, 33 ans.	2	Sœur atteinte de troubles psychiques.	Avant son entrée à l'hôpital : fréquentes douleurs au bas-ventre.	
12	Julie O...va, 29 ans.	2	Aucun renseignement. Nerveuse dès l'enfance.	Retentio placentæ. Enfant mort-né. Endometritis septica.	
13	Elisabeth G...vi, 24 ans.	1	Inconnue.	Endometritis septica.	
14	Avdotia A...va, 19 ans.	1	Nulle.	Chute de la matrice.	
15	Lioubov S...va, 25 ans.	2	Nulle.	A accouché à l'infirmerie de la police. Après sa sortie, a ressenti pendant longtemps des douleurs dans l'aine gauche. Morte de la tuberculose.	
16	Alexandrine Ch...va, 20 ans.	1	Constatée.	Semblent avoir fait défaut.	Désagréments, querelles conjugales.
17	Barbe V...va, 28 ans.	5	Nulle.	Au dire de la sage-femme, n'a pas eu de maladie de la matrice.	Pendant les premiers jours qui ont suivi les couches, a été effrayée par la maladie de son enfant.
18	Anna Tch...va, 32 ans.	9	Nulle.	Élévation de la température pendant les premiers jours qui ont suivi les couches. A l'hôpital : abcès, otite purulente.	
19	Alexandrine R...aïa, 24 ans.	1	Nulle.	Œdème généralisé. Peu de temps après les couches, est entrée à l'hôpital du district. Dès que l'œdème commença à disparaître, les troubles psychiques firent leur apparition. Subinvolutio uteri.	
20	Marie D...na, 19 ans.	1	Constatée.	Pendant l'espace de trois semaines, état fébrile avec température s'élevant jusqu'à 40 degrés. Ecoulement fétide.	Ne voulait pas être enceinte. Le deuxième jour après les couches, a été très effrayée en entendant des enfants chanter un cantique.

©BIUM

Numéros.	NOMS	Nombre de couches.	HÉRÉDITÉ	MALADIES DE LA MATRICE	CAUSES PSYCHIQUES
21	Anne A...na, 34 ans.	9	Père emporté. Pas d'autres indications.	A accouché de jumeaux. Violente hémorragie de la matrice. Febris puerperalis.	A été très affectée de la naissance des jumeaux qui a apporté un obstacle sérieux à l'exercice de sa profession.
22	Nadejda G...va, 31 ans.	2	Père et mère phtisiques. On n'a pas pu démontrer l'existence d'antécédents psychiques héréditaires.	Avant son entrée à l'hôpital : état fébrile prolongé de nature septique. A l'hôpital : abcès dans l'oreille.	Aucun renseignement.
23	Marie B...aïa, 26 ans.	2	Mère et oncle très nerveux.	Pas d'indications à ce sujet.	Accouchement en dehors du mariage. Nombreux désagréments.
24	Marguerite P...na, 23 ans.	2	Hystérie.	Écoulement fétide. Colpitis.	Querelle avec sa mère au sujet de son mari. Sa mère l'a maudite et a refusé de se réconcilier avec elle, même après la naissance de son enfant. Sa première grossesse a été suivie d'une fausse couche.
25	Marie P...va, 23 ans.	1	Constatée (Epilepsie).	Accouchement avant terme. Les enveloppes sont restées dans la matrice.	Frayeur causée par un incendie survenu peu de temps après les couches.
26	Avdotia S...va, 22 ans.	1	Nulle.	A l'hôpital : subinvolutio uteri.	Sont restées inconnues.
27	Matrone K...va, 20 ans.	4	Nulle.	Paraissant ne pas avoir existé.	Incendie survenu peu de temps après les couches. Nombreux désagréments avant et après les couches. Fille-mère.
28	Anne B...aïa, 23 ans.	2	Père ivrogne.	Parametritis. Subinvolutio.	Nombreux désagréments survenus après les couches.
29	Anastasie G...na, 27 ans.	6	Nulle.	A accouché de jumeaux, dont un mort-né. On a constaté une élévation de la température.	Sont demeurées inconnues.
30	Haïa F...n, 20 ans.	2	Nulle.	Au dire de la sage-femme, absence de maladies de la matrice.	Soucis et désagréments survenus immédiatement après les couches.
31	Mme G...r, 31 ans.	3	Père ivrogne. La malade a abusé des boissons alcooliques.	Febris puerperalis.	A éprouvé des désagréments de la part de son amant.
32	Marie L...vi. 18 ans.	1	Nulle.	N. B. — Éclampsie qui a exigé l'emploi du forceps. L'éclampsie a été suivie de troubles de la conscience et d'accès de fureur. La malade s'est rétablie au bout de trois jours.	
33	Olga R...va, 24 ans.	1	Tante maternelle aliénée.	Déchirure du périnée ayant donné la première impulsion aux idées délirantes. Pas de maladie de la matrice (à l'hôpital, on a constaté que la matrice était bien contractée).	La malade redoutait beaucoup l'approche des couches et avait même fait son testament. Son caractère s'est modifié pendant la grossesse. Les troubles psychiques ne se sont déclarés qu'après les couches.
34	A. A. A., 28 ans.	4	Nulle.	Les couches ont été accompagnées de douleurs violentes et prolongées. Absence de douleurs après les couches.	Le nouveau-né a été atteint de blennorrhæa neon., ce qui a beaucoup effrayé la mère.

©BIUM

TABLEAU II (1).

Numéro.	NOMS	Nombre de couches.	HÉRÉDITÉ	MALADIES DE LA MATRICE	CAUSES PSYCHIQUES
1	Mme E. K...na, 26 ans.	2	Inconnue.	N. B. — La malade a accouché à l'hospice des Enfants-Trouvés, le 3 mars 1888. Les couches ont été régulières. Le 14 mars, la malade est entrée à l'ancien hôpital Catherine. Nous possédons très peu de renseignements sur ce cas.	
2	Mme D...va.	3	Hérédité constatée.	Parametritis après les couches.	Semblent faire défaut.
3	Mme M...va.	3	Père ivrogne. Frère aliéné.	Febris puerperalis, au cours de laquelle la malade a été effrayée par un incendie.	
4	M...va.	1	Nulle.	Eclampsie qui a exigé l'emploi du forceps, à la Clinique d'obstétrique.	Redoutait beaucoup l'accouchement.
5	B...na.	1	Nulle.	État fébrile, sans cause connue, après les couches.	Pas d'indications.
6	A...na.	3	Père porté à l'ivrognerie. Frère sujet à divaguer.	Pas de maladie de la matrice.	Une semaine après les couches, des circonstances obligèrent la malade à diriger le restaurant de son mari et à supporter tous les soucis du ménage. En outre, nourrissant elle-même son enfant, elle avait à peine le temps de dormir.
7	G...va.	3	Père, oncle paternel et tante maternelle ivrognes.	Violente hémorragie utérine le douzième jour après les couches. Peu de temps après, apparition de la psychose.	Pas d'indications.
8	L...va.	1	Constatée.	La grossesse et les couches ont eu un cours régulier. Le neuvième jour après les couches, la malade a été affectée du refus de ses parents de venir la voir. Apparition, chez la malade, d'une violente hémorragie utérine qui s'est prolongée jusqu'à son entrée à la clinique. Le diagnostic fait dans cet établissement a signalé : subinvolutio uteri et atonia intestinorum.	
9	R...na.	6	Inconnue.	Nous ignorons s'il y a eu des modifications de la matrice. La malade est entrée à l'hôpital longtemps après le début de la psychose.	A été effrayée par une dispute qui a eu lieu sous ses fenêtres.
10	D...va.	4	Constatée.	Absence de maladies de la matrice.	Peu de temps après les couches, le fils aîné de la malade a laissé tomber le nouveau-né. Au bout de la sixième semaine, la malade est tombée dans un état de somnolence qui, deux semaines plus tard, a dégénéré en désordre psychique.
11	S...aïa, 21 ans.	1	Sa mère a fait abus de spiritueux. Frère aliéné.	Emploi du forceps. Pas de troubles apparents du côté de la matrice. A la Clinique, on a diagnostiqué : subinvolutio uteri.	La malade a toujours été nerveuse et impressionnable. Elle était hantée par de mauvais pressentiments. Avant les couches, elle était triste (elle redoutait l'accouchement (?).

(1) Malades de la Clinique psychiâtrique de Moscou.

©BIUM

Numéros.	NOMS	Nombre de couches.	HÉRÉDITÉ	MALADIES DE LA MATRICE	CAUSES PSYCHIQUES
12	Mme G...l, 23 ans.	1	Père ivrogne. Frère atteint de troubles psychiques.	Absence de maladies de la matrice.	Nombreux désagréments avant et après les couches.
13	Mme K...va, 23 ans.	2	Il existe quelques indications.	A accouché d'un enfant mort. Etat fébrile d'origine septique.	Inconnues.
14	Mlle R...na, 29 ans.	1	Alcoolisme chez les ascendants.	Couches difficiles. A la clinique : subinvolutio uteri.	Non mariée. Craignant la sévérité de ses parents, elle a dû dissimuler avec soin sa grossesse. En outre, peu de temps avant ses couches, elle a eu le chagrin d'être abandonnée par son amant. Vers la fin de sa grossesse, elle s'est mise à jeûner et à prier. Immédiatement après les couches, la malade devient bizarre et présente les premiers symptômes du dérangement psychique.
15	Mme K...na, 27 ans.	5	Hérédité bien prononcée.	Grande perte de sang pendant les couches. Paramétrite du côté droit.	Pas d'indication.

TABLEAU III.

Numéros.	NOMS	Nombre de couches.	HÉRÉDITÉ	MALADIES DE LA MATRICE	CAUSES PSYCHIQUES
1	Mme S...va, 23 ans.	1	Inconnue (fille adoptive).	Paraissent avoir fait défaut.	Nombreux désagréments pendant la grossesse. Crainte de mourir pendant l'accouchement.
2	B. Tch...aïa, 30 ans.	2	Constatée.	Font défaut.	La malade a été réveillée en sursaut par un bruit violent. Elle a poussé un cri aigu et a eu une attaque d'hystérie. Le jour suivant, irritabilité et début de la psychose.
3	Mme Kh...l, 38 ans.	1	Père ivrogne.	Font défaut.	La malade a conçu un grand chagrin de la mort de son enfant.
4	Mme P...r, 24 ans.	1	Sœur aliénée.	La rétraction de la matrice s'est effectuée régulièrement.	La malade est entrée dans une violente colère contre sa sœur et n'a pas dormi toute la nuit ; le lendemain, début de la psychose.

N. B. — Le cas n° 1 est tiré des observations faites à la maison de santé de M. S. S. Korsakoff; le n° 2, de l'article de M. Rosenbach, « Sur quelques formes aiguës d'aliénation mentale » (voir le *Moniteur de Merjéevsky*, p. 1890) ; les nos 3 et 4 ont été empruntés au *Manuel* de M. Krafft-Ebing.

©BIUM

TABLEAU IV.

Influence de l'hérédité selon les différents auteurs (données statistiques fournies par MM. Lübben, Fürstner, Ripping, Martin, Reibel et Garcia Rijo).

	Nombre des cas.	Hérédité.		Nombre des cas.	Hérédité.
Esquirol. . .	28	10	Marcé. . . .	56	24
Macdonald. .	66	17	Gandri . . .	56	22
Webster. . .	131	51	Fürstner. . .	34	9
Reid	111	45	Ripping. . .	82	35
Stephansfeld.	30	14	Robert Blozd.	63	13
Lübben . . .	181	55	Garcia Rijo. .	51	13
Helft	131	51	Total...	1020	359

Ainsi donc, l'hérédité a été constatée dans 35 p. 100 des cas. En ce qui concerne nos 53 cas, nous avons trouvé ce qui suit :

L'hérédité a été constatée dans.	26 cas.
— semble avoir fait défaut dans.	20 —
— est demeurée inconnue dans. .	7 —

Si l'on retranche de la somme totale les 7 cas, dans lesquels le rôle de l'hérédité n'a pu être établi, on obtient 46 cas, dont 26 ont présenté une prédisposition aux troubles psychiques. En d'autres termes, d'après nos observations, l'hérédité fournit ici une proportion de 56 p. 100.

TABLEAU V.

Influence de la première grossesse et des couches subséquentes, suivant les différents auteurs.

Noms des auteurs.	Nombre des psychoses puerpérales.	Primipares.
Marcé	57	14
Lübben	181	60
Fürstner.	34	18
Holm	53	14
Ripping	82	24
Garcia Rijo.	43	14
Total	450	144

©BIUM

Ainsi donc, sur la totalité des cas de psychose puerpérale, les primipares fournissent une proportion de de 32 p. 100.

En ce qui concerne l'influence des diverses couches sur la fréquence de la psychose puerpérale, nous trouvons, chez Holm et Ripping, les indications suivantes :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Holm	14	11	11	3	3	4	2	1	2	1	»	»	»	1
Ripping	24	11	11	10	6	5	5	4	2	»	2	2	1	»
	38	22	22	13	9	9	7	5	4	1	2	2	1	1
Nos 53 cas se répartissent de la manière suivante	24	12	5	4	2	3	1	»	2	»	»	»	»	»
Sur 189 cas	62	34	27	17	11	12	8	5	6	1	2	2	1	1

Ainsi donc, dans les cas que nous avons observés, les primipares fournissent une proportion de 45 p. 100.

TABLEAU VI.

a) Sur nos 53 malades, il y a lieu de soupçonner l'infection chez 33. En outre, 13 d'entre elles ont eu à supporter de fortes émotions morales.

b) Dans 14 cas, l'infection semble n'avoir joué aucun rôle et la maladie paraît devoir être attribuée aux désagréments, aux chagrins ou à la frayeur.

c) 2 malades ont eu à subir des désagréments, mais on ignore s'il y a eu chez elles des modifications de la matrice.

d) Dans un cas, on n'a pu établir l'influence des deux causes ci-dessus.

e) Violente hémorragie utérine dans un cas.

f) Eclampsie dans 2 cas.

©BIUM

MÉLANCOLIE ANXIEUSE

AVEC DÉLIRE DES NÉGATIONS

PAR MM.

J. SÉGLAS et **SOURDILLE**
Médecin suppléant de la Salpêtrière. Interne des hôpitaux,

La discussion qui a eu lieu au Congrès de Blois sur le « délire des négations » nous a montré que, si l'état psychopathique signalé par Cotard avait ses partisans, il n'était pas non plus sans avoir quelques adversaires. Les dissidences se sont produites sur des questions d'interprétation et même de fonds ; car certains orateurs ont donné comme raison principale de leur opposition, qu'ils n'avaient jamais observé le délire des négations, tel que l'avait décrit Cotard.

Dans ces conditions, si l'on veut chercher à atteindre une solution, il ne faut pas, dès l'abord, s'égarer dans des discussions théoriques, mais recueillir des faits nombreux et surtout aussi complets que possible, qui, tout en démontrant d'abord l'existence clinique des cas envisagés par Cotard, pourront servir ensuite à l'étude des diverses questions de détail qu'il convient encore aujourd'hui de réserver.

Aussi, à l'exemple de M. Arnaud (*Ann. méd.-psych.*, nov.-déc. 1892), avons-nous cru qu'il ne serait pas sans intérêt de rapporter un nouveau fait de mélancolie anxieuse avec délire des négations du type Cotard, que

©BIUM

nous avons pu observer dans le service de notre maître, M. J. Falret.

OBSERVATION.

SOMMAIRE : Hérédité. — Mélancolie anxieuse avec délire des négations ; mélancolie sans délire (septembre 1891) ; délire mélancolique simple (août 1892) ; deux tentatives de suicide ; délire de négation (octobre 1892). — Anxiété mélancolique très prononcée, idées de damnation, de négation, d'immortalité, d'énormité ; troubles de la sensibilité ; gâtisme, mutisme par intervalles et opposition.

Mme V..., née M..., âgée de cinquante-deux ans, entrée à la Salpêtrière le 27 novembre 1892 (service de M. J. Falret).

Antécédents héréditaires. (*Renseignements fournis par le mari et le frère de la malade.*) — *Père :* mort en 1860 d'une fluxion de poitrine ; était cultivateur et aubergiste, mais très sobre. Rien chez les ascendants. — *Mère :* morte en 1875, de tumeur abdominale ; ni nerveuse, ni bizarre. — Grand-père maternel mort paralysé. Un oncle maternel a eu des idées noires, il disait que tout le monde lui en voulait, il se serait suicidé. — Un cousin, du côté de la mère, alcoolique, avait souvent, après ses libations, des accès de délire hallucinatoire.

Un frère de la malade, asymétrique ; nystagmus rotatoire et amblyopie de l'œil gauche. — Un autre frère, rhumatisant, est mort d'une maladie de cœur. A l'âge de douze ans, à la suite d'une peur, il aurait eu une sorte de maladie nerveuse, des terreurs, et fut même très malade pendant trois ou quatre ans. — Une sœur, morte à cinq ans.

Antécédents personnels. — Pas de renseignements sur l'enfance de la malade. Intelligente, très impressionnable, très scrupuleuse, d'un caractère gai, pas dévote, aimant à lire ; elle n'a jamais eu ni migraines, ni syncopes, ni attaques de nerfs. Réglée, sans accidents, vers douze ou treize ans, elle a eu quatre accouchements normaux.

Marche de la maladie. — Au mois de septembre 1891, au moment de ses règles, elle eut une secousse morale très vive, déterminée par une escapade de son fils. A partir de ce moment, elle a changé de caractère, est devenue moins gaie, préoccupée, sujette à des craintes vagues, se plaignant de violents maux de tête.

Au mois de mars 1892, nouveaux ennuis, occasionnés par un projet de mariage de son fils avec sa cousine germaine, mariage

©BIUM

auquel son mari avait mis opposition. Elle devint très inquiète, perdit le sommeil, était toujours poursuivie par la crainte que son fils ne se conduise mal, ainsi qu'il en avait menacé ses parents, et ce qui est en effet arrivé plus tard. Comme pour justifier l'opposition de son mari, elle avait dit aux parents de la jeune fille que son fils était trop jeune pour se marier, pas assez sérieux ni économe, et que ceux-ci l'avaient en quelque sorte considérée comme l'auteur de l'opposition au mariage, elle a été de mal en pis. Elle perdit totalement le sommeil, se plaignit de maux de tête très violents, lui donnant la sensation d'un cercle de fer autour du crâne ; elle perdit l'appétit. Ses inquiétudes augmentèrent ; par moments, elle ne s'arrêtait pas de marcher. Elle se plaignait de se trouver changée au physique comme au moral, disait qu'elle croyait qu'elle allait devenir folle. Par moments, elle tombait dans un anéantissement profond ; elle était découragée, très triste, voyant tout en noir. Son inquiétude augmentait le soir, et la nuit elle rêvait de toutes sortes de malheurs. Elle se regardait comme responsable de la rupture du mariage de son fils, s'accusait d'avoir trop parlé aux parents de la jeune fille pour les décourager, craignait sans cesse que son fils ne se conduise mal, se figurait que son mari allait la chasser, parce qu'elle avait parlé, à son insu, aux parents de la jeune fille. Mais tout se borna là, et, jusqu'au 15 août environ, elle ne manifesta pas de véritables idées délirantes.

A ce moment, apparurent des conceptions délirantes revêtant tous les caractères du délire mélancolique simple. La malade se figurait avoir commis des crimes, avoir causé la perte de son fils ; elle disait qu'on allait l'arrêter, la traduire devant les tribunaux, la flageller, etc...

Vers cette époque (fin août), elle fit deux tentatives de suicide. Un jour, elle voulut se jeter dans une fosse d'aisances ; une autre fois, elle but d'un seul coup sa potion de bromure qu'elle devait prendre par cuillerées et dormit trente-deux heures. Elle avoua ensuite avoir voulu ainsi s'empoisonner.

C'est alors qu'elle fut internée (6 septembre), présentant toujours un délire mélancolique ordinaire à forme anxieuse. Elle était une misérable, qui avait fait la folle sans l'être, elle était une cause de ruine pour sa famille qui dépensait trop pour elle ; elle tremblait toujours, se figurant qu'on allait venir pour l'arrêter.

Cet état mental resta identique jusqu'au commencement d'octobre, époque où elle commença à manifester, mais d'une

©BIUM

façon moins inquiète que maintenant, des idées de négation et d'éternité.

Etat actuel (fin novembre 1892). *Examen psychique.* — On pourrait résumer d'un mot l'état mental de cette malade, en disant qu'il se caractérise par la présence du syndrome de Cotard.

Le symptôme le plus frappant est l'anxiété excessive : on peut dire, sans exagération, que cette malade réalise le type de l'anxiété, par l'expression de sa physionomie, par ses gestes automatiques, par son agitation incessante. Elle est sans cesse en mouvement, les cheveux épars, les vêtements en désordre, s'asseoit à peine pour manger; et lorsqu'on l'examine, on est obligé de la suivre. Quand elle a commencé à marcher dans un sens, à tourner autour d'un meuble, elle ne s'arrête plus; si l'on arrive à grand'peine à la maintenir en repos, cela ne dure que de très courts instants et elle reprend de suite le cours ininterrompu de son va-et-vient sans but. « C'est plus fort qu'elle, dit-elle, elle ne sait ce qui la pousse à toujours marcher. Il faut qu'elle aille, qu'elle marche et qu'elle ne s'arrête plus. » Suivant une expression de J.-P. Falret, « c'est l'âme en peine du purgatoire ».

En même temps elle ne cesse de gémir, répétant sans cesse les mêmes lamentations monotones.

De même que l'on interrompt à grand'peine son agitation automatique, de même on arrive à fixer très difficilement son attention. Elle ne prête que très momentanément et très difficilement attention à ce qu'on lui dit, et repart de suite dans ses éternelles doléances. Il faut insister beaucoup pour obtenir de très brèves réponses sur des sujets en dehors de ses idées délirantes actuelles. Il est à remarquer aussi que lorsqu'elle parle, elle le fait d'un ton pathétique, comme en déclamant, ponctuant chaque phrase par des gestes : elle cherche souvent ses mots, s'interrompt comme pour relier ses idées, se répète comme quelqu'un qui veut fixer l'idée actuelle dans son esprit ou celui des interlocuteurs, et comme quelqu'un qui semble chercher ce qu'il va dire ensuite.

Les idées délirantes qu'exprime M^me^ M... sont des idées de culpabilité, de damnation, de négation, d'immortalité, d'énormité.

Elle a fait beaucoup de mal, elle a persisté à venir dans une maison de santé, alors qu'elle n'était pas folle, elle a déshonoré le nom de ses parents; elle est coupable d'avoir effondré le

©BIUM

monde et de ne pas s'être arrêtée. Cependant elle a eu tous les avertissements ; mais elle a méprisé les avis de Dieu qui avait été très patient et lui avait laissé le temps pour tâcher de sauver le monde, et elle sera menée de maison de santé en maison de santé ! Si encore elle était morte avec le monde ! mais elle a voulu vivre quand même et elle a fait la folle.

Le monde s'est effondré le 28 avril 1892 ; il y a de cela des siècles, des millions, des milliards, des centaines de milliards de siècles. Elle n'a su que plus tard que c'était la date de la fin du monde. Depuis ce moment il y a longtemps, longtemps, tout le monde est mort, la terre ne produit plus rien ; les personnes qui l'entourent sont toutes mortes. Elles ne ressemblent pas, il est vrai, à de vrais morts, bien qu'ils aient les yeux changés ; ils ont l'air de gens vivants et cependant ils sont morts. Tous les corps sont morts, il n'y a plus que des âmes, comme des ombres, des esprits, mais qui ne sont pas purs par sa faute. C'est pour elle que tous les morts travaillent et souffrent ; elle est responsable non seulement de tout cela, mais encore d'avoir empêché, en causant la fin du monde, tous les mariages qui auraient pu avoir lieu depuis cette époque, et les naissances qui ne se sont pas produites. Elle répond pour ceux qui sont morts et aussi pour ceux qui ne sont pas nés.

Il ne s'est rien fait de naturel depuis la fin du monde ; la dernière neige naturelle est tombée en 1891 ; il n'y a plus qu'elle de vivante ; il n'y a plus personne sur terre, plus de blancs, plus de nègres, plus d'Afrique, plus d'Amérique, plus d'étoiles, plus d'arbres, plus de printemps, plus d'hiver, plus de saisons. Les arbres sont bien des arbres, mais ils ne sont plus comme avant, ils sont morts. Des jours ? il n'y en a plus, plus d'années, plus de siècles ! Il n'y a rien. « Tout ce qui existe, n'existe pas, dit-elle, ou plutôt, tout ce qui existe, existe, mais tout ce qu'on voit n'existe pas ; il n'y a que moi qui existe. »

Il est à remarquer qu'à côté de ces idées de négation très étendues relatives aux données de la perception extérieure, on ne trouve aucune trace d'idées de négation hypocondriaques. Elle se borne à dire qu'elle n'a pas de cœur ni de bons sentiments, puisqu'elle a damné tout le monde.

Pour avoir été cause de l'effondrement du monde et avoir voulu vivre quand même, elle a été damnée. Elle ne souffre pas actuellement les supplices de la damnation, elle n'est pas encore damnée, mais elle le sera dans des proportions formidables. Dieu la punira à un moment donné, car il peut tout et on est

©BIUM

obligé de lui obéir. De plus, elle est cause de la damnation des autres. Par elle, il n'y aura pas une âme de sauvée! elle a damné son mari, puisqu'elle l'a mis dans le cas de faire à cause d'elle des dépenses si exagérées qu'il n'aurait pu les faire avec la solde d'un empire; ne faut-il pas des fortunes colossales pour aller en maison de santé? Tous les gens qui sont morts et travaillent pour elle, elle les éloigne de plus en plus de Dieu!

Il n'y a plus qu'elle de vivante et elle ne mourra jamais! Dieu la punira à un moment donné. Il ne la fera pas mourir, il la laissera longtemps sur terre pour la punir et la précipitera dans le grand enfer, car elle s'est damnée pour l'éternité; elle sera punie « énormément », ira en enfer dans une grande mesure et souffrira de la damnation dans des proportions « énormes et formidables ». Il ne fallait pas se damner dans de telles proportions; la terre était si belle pour tous. Pourquoi elle, qui se croyait intelligente, mais d'une obstination dont rien n'approche, a-t-elle, au mépris de tous, dit qu'elle était folle? Pourquoi Dieu ne l'a-t-il pas fait mourir? Elle est prise dans ses propres filets; il faut qu'elle marche, qu'elle ne s'arrête plus, qu'elle aille partout, traînant les âmes avec elle. Elle qui craignait tant la douleur, en avoir accumulé pour des siècles! Est-ce logique? Depuis la fin du monde, tous ceux qui souffraient, continuent à souffrir les mêmes douleurs! « Celui que j'appelais mon mari souffre d'une bronchite depuis le déluge et je ne sais pas quand cela finira. Les jours de maintenant sont des milliers de siècles, et plus nous allons, plus ils s'allongent! » Dire qu'un si petit corps a pu faire tant de mal.

Nous n'insistons pas sur les caractères généraux de ces différentes idées, qui sont ceux habituels aux délires mélancoliques. Nous avons cité presque textuellement les phrases et expressions même de la malade : nous ajouterons encore quelques-unes de ses réponses, au cours de l'examen, assez curieuses en ce sens qu'elles sont très comparables à celles de la malade bien connue de Leuret.

D. — Quel âge avez-vous?

R. — Qu'en sais-je? Quand le monde s'est effondré, je me croyais avoir cinquante-deux ans.

D. — Quel est votre nom?

R. — Je me faisais appeler M... Je n'ai plus de nom, je ne veux pas qu'on me donne celui de mes parents qui étaient honnêtes; je l'ai déshonoré.

D. — Vous êtes mariée?

©BIUM

R. — Je vivais avec un nommé V..., que j'appelais mon mari, qui ne pouvait pas l'être. (La malade est cependant mariée légitimement.) — Nous avions censé resté vingt-huit ans ensemble, jusqu'à la fin du monde.

D. — Avez-vous des enfants ?

R. — J'avais un fils que je disais le fils à V..., mais ce n'était pas son fils.

D. — De qui est-il le fils ?

R. — Je ne sais pas, mais il est le mien.

D. — Quel âge a-t-il ?

R. — A ce moment-là (la fin du monde), il avait vingt-cinq ans : il est mort comme tout le monde. Mes cousins ne sont pas mes cousins : c'est l'ombre de ma belle-sœur et celles d'autres morts, qui viennent me rendre visite ici pour m'avertir de m'arrêter dans le crime.

D. — En quelle année sommes-nous ?

R. — Il n'y a pas d'années.

D. — Quel siècle ?

R. — Il n'y a pas de siècles ; il n'y a rien.

Lorsqu'on montre à la malade la date d'un journal, un calendrier, elle prétend que cela est faux, que l'année 1892 est passée depuis des milliards de siècles : que la terre ne produit rien depuis 1892, et que rien, le papier même sur lequel je prends mes notes n'existe pas ; tout au plus consent-elle, en insistant, à dire que, s'ils existent, c'est d'une façon miraculeuse.

Malgré tout cela, elle a cependant la notion du temps actuel, même depuis sa maladie. Un jour, en effet, à la visite, je dis à la surveillante de lui donner un bain. Aussitôt la malade dit : « Mais j'en ai pris déjà un hier ! » puis immédiatement elle ajoute : « Hier ! que dis-je, il y a peut-être un ou deux siècles. »

La recherche des hallucinations est assez difficile. Cependant on peut affirmer que la malade n'a pas d'hallucinations sensorielles. Elle se représente souvent « en esprit » son fils, son mari, Dieu sous la forme d'un gendarme, mais elle ne les voit pas extérieurement. La nuit, elle a cru voir parfois des reflets, des ombres indistinctes. Sans qu'on puisse l'affirmer catégoriquement, il semble que la malade a des hallucinations verbales psycho-motrices. Elle parle de la voix de sa conscience, de la voix de Dieu, de voix intérieures qu'elle ne peut définir, qu'elle comprend sans les entendre par l'oreille, mais là, dit-elle, en se frappant la poitrine.

©BIUM

Elle n'a pas d'hallucinations motrices communes, de troubles de la sensibilité générale ou viscérale constatables.

Il y a des troubles très évidents de la perception tactile ou douloureuse. La sensibilité, même lorsqu'on réussit à fixer l'attention, est confuse. La malade ne distingue, en aucun point du corps, l'une ou les deux pointes de l'esthésiomètre, même quand l'écartement dépasse de beaucoup les limites normales. De plus, et dans les mêmes conditions de fixation de l'attention, on n'éveille que très difficilement la sensation de la douleur. A l'examen électrique, on peut constater que la sensibilité profonde est beaucoup plus obtuse que la sensibilité cutanée.

La thermoesthésie est atteinte dans les mêmes conditions, c'est-à-dire qu'elle est obtuse, et la thermoalgésie même est encore plus diminuée. Le sens musculaire est conservé.

A côté de ces troubles de la perception, il est bon de noter l'état des facultés intellectuelles; l'attention volontaire, comme nous l'avons dit, est difficile à fixer et, d'autre part, le rabâchage monotone, les allées et venues incessantes de la malade, dénotent un état d'automatisme psychique évident. L'état d'agitation anxieuse ne permet pas d'étudier en détail les divers éléments de la mémoire. On peut dire seulement qu'elle est conservée pour les faits antérieurs à la date de la fin du monde, cela est très évident; pour les plus récents, ils sont aussi conservés, mais la malade les localise très mal dans le temps. Cependant, ces troubles de la notion du temps sont moins profonds qu'on pourrait le croire à un examen superficiel, et ne sont guère qu'une interprétation délirante; la notion de temps doit subsister au fond, comme le démontre l'épisode du bain que nous avons cité plus haut.

Pas de refus d'aliments; la malade mange automatiquement avec voracité, sans s'arrêter de marcher; pas de mutisme, actuellement du moins, car la malade en aurait eu autrefois. Pas de résistance systématique; docile, ne s'entête dans ses contradictions que lorsqu'on discute l'absurdité de ses idées de négation.

Examen physique. — Légère asymétrie cranio-faciale : la bosse pariétale droite est un peu plus accentuée et reportée en arrière que la gauche, tandis que la bosse frontale droite est plus en retrait. Oreilles un peu déplissées, antitragus renversé en dehors et élargissement de la cavité de la conque.

©BIUM

Strabisme convergent à droite très accentué : acuité visuelle normale, pas d'opacités cristalliniennes apparentes.

Artères radiales indurées : les bruits du cœur, très difficiles à ausculter en raison de l'agitation et des gémissements incessants, paraissent un peu sourds à la pointe et éclatants à la base.

La peau est ridée, flasque, sénile.

Cheveux assez longs, châtain foncé.

Rien dans les autres appareils organiques : menstruation irrégulière ; elle n'a pas eu ses règles depuis son entrée dans le service.

13 *janvier* 1893. — Même état délirant. — Intervalles de mutisme. — Gâtisme au lit et dans les vêtements. — Opposition et résistance systématiques : elle frappe même les personnes qui l'approchent, dès qu'on veut lui faire faire un acte quelconque. Elle est toujours dans le même état d'anxiété, échevelée, mal vêtue ; elle marche sans cesse, tourne en cercle, répétant à l'infini la même phrase, les mêmes lamentations, ne cessant de gémir même la nuit.

Un premier point, et de toute évidence, qui ressort de l'observation précédente, est que la malade est bien une mélancolique anxieuse.

D'autre part, son délire se distingue de celui qu'on observe chez les mélancoliques ordinaires par un certain nombre de particularités cliniques, qui sont justement celles que Cotard a mises en relief dans ses travaux successifs.

C'est ainsi qu'au point de vue symptomatique, nous rencontrons chez elle, au grand complet, cette association de symptômes capitaux signalés par Cotard, et que M. Régis, pour éviter les confusions inhérentes au terme trop vague de « délire des négations », propose très justement de désigner du nom « syndrome de Cotard ». Ces symptômes sont l'anxiété, les idées de damnation, les idées de négation, les idées d'immortalité, la tendance au suicide, les troubles de la sensibilité.

©BIUM

D'un autre côté, l'évolution du délire nous montre ici cette progression continue, *cette échelle ascendante*, comme le dit M. Falret, qui va de l'hypocondrie morale simple jusqu'au délire le plus excessif, et sur laquelle Cotard a tant insisté. « Il semble n'y avoir, a-t-il dit, qu'une différence de degré entre les états d'hypocondrie morale et les affections mélancoliques avec idées de culpabilité, de damnation, de négation systématisées. L'hypocondrie morale est une ébauche, dont il suffit d'accentuer les traits et de forcer les ombres pour achever le tableau de ces dernières formes de mélancolie. » Cela est très net chez notre malade. Les troubles intellectuels ont commencé en septembre 1891, sous forme de mélancolie simple, sans délire ; puis le délire mélancolique habituel de culpabilité, de ruine..., s'est montré presqu'un an plus tard, en août 1892; et ce n'est qu'en octobre que sont apparues les idées spéciales, constituant, à proprement parler, le délire de négation, qui ne s'est ainsi révélé que *tardivement*, à une période déjà avancée de la maladie ; M^me^ M... en est aujourd'hui à formuler les conceptions pseudo-mégalomaniaques, que Cotard a groupées sous l'étiquette de délire d'énormité.

A propos de l'évolution, nous devons faire remarquer qu'ici la maladie s'est installée avec ses symptômes particuliers dès le premier accès et qu'il n'y a pas eu, auparavant, aucune manifestation psychopathique. C'est là, pour certains adversaires du délire des négations, un fait contredisant les vues de Cotard, qui, en traçant l'évolution de la maladie, aurait signalé, avant l'apparition de son délire des négations, un ou plusieurs accès antérieurs de mélancolie commune.

Pour nous, nous partageons à ce sujet l'avis de M. Régis, qui pense que les faits de ce genre ne sont nullement contradictoires des autres. Cotard lui-même avait dit que ce délire « arrive quelquefois *dès le premier accès;*

©BIUM

souvent c'est au second, au troisième accès que se développe le délire hypocondriaque et alors la maladie passe à l'état chronique ». Sans voir une contradiction dans ces différences du début de l'affection, il nous semble simplement que cela prouve, qu'à côté de cas à marche intermittente, puis continue, il en est d'autres à marche continue d'emblée, et c'est peut-être là une constatation qui pourra fournir par la suite des éléments utiles de pronostic.

Un fait certain à notre avis, et l'observation précédente en est une preuve, c'est qu'il y a des cas dont la physionomie clinique correspond bien à la description de Cotard. S'il en est d'autres, ce que nous sommes loin de nier, qui présentent certaines divergences de symptomatologie ou d'évolution, plutôt que d'y voir une contradiction avec les premiers, dont on conteste par suite le bien fondé, ne serait-il pas plus rationnel et en même temps plus utile pour le progrès de la spécialité, de les considérer simplement comme des variétés plus ou moins éloignées des cas typiques, et dont l'allure clinique et le pourquoi seraient à trouver par la suite? Comme l'a fait remarquer l'un de nous au Congrès de Blois, c'est là ce qu'on a fait pour les délires de persécution après la description de Lasègue, et sur ce point nos connaissances n'ont fait qu'augmenter en nombre et en précision.

Nous rappellerons en terminant que l'on a signalé, chez les négateurs mélancoliques, l'influence de l'hérédité, du sexe (féminin), de l'âge (moyen de la vie) et que ce sont là autant de conditions étiologiques que nous trouvons réunies chez la malade de notre observation.

©BIUM

MORPHINOPHAGIE

MORPHINISME ET DIATHÈSE

Par le Dr Georges PICHON

Ancien chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de Paris.

Depuis assez longtemps déjà notre esprit a été attiré vers l'étude des *intoxications*, et plus particulièrement vers l'étude de l'*intoxication morphinique*. Depuis surtout la présentation d'un long mémoire sur cette question à l'Académie de médecine, en 1887 (1), nous avons recueilli de nombreux faits, qui ont, du reste, servi de base à un travail d'ensemble paru en 1889 (2). Ces dernières années, c'est-à-dire postérieurement même à la publication de notre livre, nous avons eu, de plus, l'occasion d'examiner un grand nombre de nouveaux malades, de recueillir de nouvelles observations, et dans un milieu nouveau, c'est-à-dire dans la clientèle privée. C'est dire que nous avons eu à étudier, en dehors du chiffre *absolu* de notre statistique, augmentée d'une façon très notable pour notre prochaine édition, de nombreux intoxiqués ressortissant à une catégorie, nouvelle, fournissant des données nouvelles à tous égards, et surtout au point de vue de la marche et du traitement

(1) *Essais sur la morphinomanie*, mémoire inédit basé sur 120 observations (1887).

(2) *Le Morphinisme. Traité clinique et médico-légal*, vol. in-8°, s. 525. O. Doin, édit., 1891.

©BIUM

de cette affection. Plusieurs de nos collègues, qui, eux aussi, se sont attachés à l'étude de cette question si pleine d'actualité, et que nous avons consultés à ce sujet, ont eu, comme nous, l'occasion de voir et de traiter un certain nombre de ces malades. D'où il résulte que cette affection, à peine connue il y a une dizaine d'années, est malheureusement, à l'heure qu'il est, de par sa fréquence, de par son envahissement général qui nous la montre régnant actuellement en maîtresse absolue dans *tous* les milieux sociaux sans exception, d'où il appert que de par cette propagation et cette extension effrénée, elle est devenue une maladie classée dont la notion précise, réservée autrefois à un cercle relativement restreint de spécialistes, est à présent généralisée. On peut avancer que son évolution clinique, du moins dans ses grandes lignes, actuellement, est bien connue de la presque unanimité des médecins.

Et, disons-le en passant, on ne peut songer sans frémir à l'extension véritablement formidable que cette passion, née d'hier, a prise en si peu de temps, et qui s'accentue tous les jours avec une rapidité terrifiante.

Dans cet ordre d'idées, à plusieurs reprises nous avons eu la curiosité de compulser, dans les services spéciaux, les statistiques concernant les *folies passionnelles* en général, et les *folies toxiques en particulier* qui, sous ce rapport de la propagation, et considérées au point de vue de la rapidité de leur extension, pour Paris principalement, se rapprochaient le plus de la passion morphinique. Il est clair qu'il nous a été impossible d'arriver à un chiffre *proportionnel* sûr, même approximativement ; mais nous pouvons affirmer que l'absinthisme, par exemple, qui s'en rapproche le plus, est dépassé de beaucoup et ne peut même souffrir à cet égard la plus petite comparaison. Et, cependant, depuis que M. Motet, dans un travail bien connu, en 1859, a signalé

©BIUM

les dangers de l'absinthe, qui faisait à peine son apparition, on sait combien de victimes l'absinthisme fait rien qu'à Paris!

En effet, nous avons, dans un travail récent, essayé de donner une idée de cet accroissement extraordinairement rapide de l'intoxication chronique par la morphine, en citant les opinions des spécialistes les plus autorisés, en produisant même les résultats auxquels était arrivé, à ce point de vue, un homme de lettres qui avait puisé aux meilleures sources, et en tenant compte surtout du chiffre observé par nous dans tous les milieux (1), tout en déclarant formellement que, manquant de bases statistiques sérieuses, nous faisions à ce sujet les plus expresses réserves.

Quoi qu'il en soit de cette extension, on doit admettre que l'affection qui nous occupe n'appartient plus, comme autrefois, au ressort des maladies rares. C'est une maladie que l'on sait être maintenant aussi bien physique que mentale, et dont la description clinique se trouve dans tous les ouvrages de la spécialité, et qui, comme je le disais plus haut, est devenue de notion classique et vulgaire.

Aussi ce n'est pas de ces faits classiques, ce n'est pas des malades morphinomanes vulgaires qui deviennent plus nombreux tous les jours, que je demande la permission de vous entretenir. La *clinique* du morphinisme

---

(1) M. Foville, *dès 1883*, fixait ce chiffre, à Paris, à près de 40,000. Deux ans plus tard, dans une leçon, M. le professeur Ball émettait le chiffre à 60,000. C'est à peu près le chiffre de M. Marandon de Montyel. C'est aussi celui auquel nous nous sommes rattaché. M. Dubut de Laforêt, le littérateur de grand talent, qui, comme on le sait, s'est plu a étudier dans ses romans, fort bien écrits du reste, et à décrire des scènes médico-psychologiques, a donné aussi, lui, un chiffre approximatif dans un de ses ouvrages. Or, bien placé pour observer certaines morphinomanies d'un monde que le cabinet du médecin ne voit jamais, il donne le chiffre de 100,000.

©BIUM

et son *traitement* même, malgré la divergence de vues qui sépare quelques-uns d'entre nous, sont une chose trop connue des aliénistes, pour m'arrêter ici.

Je désire seulement parler de cas qui m'ont vivement frappé par leur anomalie d'abord, et par les conséquences intéressantes qui m'ont paru en découler, au point de vue surtout des lois de la pathologie générale. Je fais allusion ici, pour l'un de ces faits, par exemple à la question, si pleine d'actualité de l'influence morbide réciproque du *terrain médical* et du *facteur nosologique*, question doctrinale si féconde en résultats pratiques.

Or, ce sont précisément quelques observations anomales présentant ces caractères généraux importants, que je désire publier.

Dans cet ordre d'idées, je signale en passant deux ou trois cas d'intoxication chronique prolongée, s'étant terminés par de véritables « affections mentales », par de véritables « *délires* » bien classés, et, bien entendu, chez des sujets non héréditaires, c'est-à-dire non prédisposés. Deux des malades auxquels je fais allusion ont versé peu à peu dans la *paralysie générale*, un autre dans la *lypémanie anxieuse*. Il y a là, je crois, dans l'histoire de cette intoxication, une complication redoutable que je n'ai pas trouvée signalée dans les auteurs. Et quand j'avance cette affirmation, je tiens à bien faire remarquer que j'élimine les cas dans lesquels l'imprégnation toxique n'a pas paru jouer un véritable rôle de causalité, ne m'a pas paru être le véritable facteur étiologique. Je reviendrai sur cette question ; mais dans cet ordre d'idées, j'appellerai aujourd'hui seulement l'attention sur *deux cas* qui m'ont paru absolument anormaux dans l'histoire du morphinisme chronique, sur une nouvelle « modalité clinique », j'oserai même dire sur « une nouvelle passion toxique », la *morphinophagie*.

©BIUM

Le premier cas concerne un homme de trente-cinq à quarante ans, que j'ai eu occasion de voir pour la première fois en novembre 1890, après avoir reçu de lui, comme le fait est piquant, nombre de lettres restées du reste sans réponse. Très connu dans la région qu'il habitait très loin de la capitale, il n'avait jamais pu se résigner à entreprendre à Paris un traitement sérieux et de longue durée. Aussi l'intoxication remontait-elle à cinq ans. D'origine thérapeutique, on peut même dire qu'elle n'avait jamais été, à proprement parler, une intoxication vraie, puisque le malade n'avait jamais dépassé 20 centigrammes, et s'était toujours tenu dans une moyenne quotidienne de 10 centigrammes : une sciatique douloureuse, d'origine spécifique, avait été le point de départ très judicieux de pratiques que le malade (suivant en cela une règle et une règle presque sans exception) avait continuées à l'insu du médecin, à l'insu de son entourage qui n'en a jamais rien su. Mais d'un caractère pondéré, sans tare héréditaire d'aucune sorte, et souffrant d'ailleurs de douleurs très vives presque ininterrompues, il s'était toujours tenu aux environs du chiffre quotidien de 10 à 12 centigrammes, chiffre continuellement dépassé dans la morphinomanie vraie. Et nous ne le rangerions même pas sous l'étiquette de morphinisme, si, à plusieurs reprises, à la suite de cessation momentanée, il n'y avait eu ce symptôme si caractéristique, si tenace, qui en fait une affection à la fois physique et mentale bien particulière : c'est l'*état de besoin*. D'une constitution robuste et entretenue par la vie de campagne, il ne présentait aucune tache personnelle dans ses antécédents, rien d'anormal, si ce n'est une *syphilis* qui fait la gravité et en même temps le grand intérêt médical de cette observation.

Il y a six ans, il avait, en effet, contracté une syphilis des plus graves, qui s'était depuis manifestée sous les formes les plus variées, et presque sans interruption, et malgré un traitement énergique. Et, au point de vue spécial qui nous occupe, tout l'intérêt de cette observation réside précisément dans les rapports, dans le contre-coup réciproque, qu'eurent, l'une sur l'autre, la *syphilis* et l'*intoxication morphinique*.

Aussi passerons-nous sur l'histoire de notre intoxiqué, et sur les symptômes qu'il présente. Son histoire est des plus banales et ne mériterait, en aucune façon, d'arrêter l'attention, s'il n'y avait pas eu là, dans ces relations réciproques d'une intoxication sur un état diathésique caractérisé, le point de départ de phénomènes curieux à plus d'un titre et que nous allons

©BIUM

maintenant brièvement passer en revue. Ces accidents nous ont paru surtout dignes d'être notés, comme nous le disions plus haut, en dehors de leur extrême rareté, parce qu'ils viennent corroborer les assertions doctrinales soutenues, depuis longtemps et tout récemment encore, par M. le professeur Verneuil.

Disons, tout d'abord, que rien, dans la physionomie générale de M. X..., rien dans ses habitudes, qui semblaient au contraire indiquer un excellent état général, rien dans sa démarche, rien, en un mot, à la simple vue, en s'en tenant à l'examen extérieur, même attentif, n'aurait jamais pu mettre l'esprit le plus prévenu sur la voie du diagnostic. Rien, en tenant compte surtout des bonnes apparences physiques et de son aspect trompeur, n'aurait jamais pu prévoir l'existence des *accidents* qui l'avaient seuls décidé à entreprendre un très long voyage et à venir nous consulter. Rien ne pouvait, en effet, donner l'éveil, même faire soupçonner les manifestations ou même les *stigmates* pathologiques que cachait si complètement le masque d'une excellente santé apparente, au point qu'il avait pu, quoique *marié*, tout dissimuler à sa famille, à sa femme, à son médecin, depuis un an qu'elles avaient manifesté leur apparition.

Et, cependant, à notre première entrevue, s'étant immédiatement débarrassé de tous ses vêtements, il se présenta à nous dans l'état le plus *complètement* repoussant que nous ayons jamais vu, même dans un service *spécial !*

La tête, jusqu'à la naissance du cou, étant *seule* exceptée, tout le corps, *toute* la surface cutanée, était le siège de *collections purulentes* absolument confluentes, se rejoignant et empiétant les unes sur les autres, au point que, sur certaines régions, au ventre surtout, elles arrivaient, par leur réunion, à former de véritables *nappes purulentes :* elles variaient, prises séparément, de la grosseur d'une bille pour la plus petite, à celle d'une pomme pour les plus marquées, ayant pour moyenne l'apparence d'une grosse noix; plutôt larges que profondes, leur couleur absolument uniforme rouge-cuivre contrastait avec la blancheur légèrement rosée du cou et de la face. Et lorsque nous exceptons la tête seule, nous entendons bien par là que *toute la peau* participait à cette confluence, sans même en excepter les organes génitaux : en effet, M. X..., quelques jours auparavant, ne pouvant plus trouver un espace de peau saine pour ses injections et pressé par l'état de besoin, s'était fait à plusieurs reprises des piqûres sur la peau du scrotum et sur le fourreau de la verge ! Aussi ces deux régions étaient-elles le siège également de collections

©BIUM

identiques qui, naturellement, s'étaient de plus accompagnées d'une tuméfaction œdémateuse considérable.

Etant donnés les renseignements précis et les aveux du malade, le doute n'était pas permis sur la nature des lésions de collections purulentes que nous présentait M. X... On ne pouvait pas penser un seul instant aux abcès morphiniques classiques (1). Les soins de propreté, antiseptiques même, n'avaient jamais manqué, et cependant toutes les piqûres, *sans exception* depuis sept à huit mois, provoquaient l'apparition d'un abcès, tant et si bien, que, malgré le petit nombre de piqûres quotidiennes, qui ne dépassaient pas trois, le malheureux patient avait vu le champ cutané de ses piqûres se rétrécir peu à peu.

Au point que, poussé jusque dans ses derniers retranchements, il avait vu peu à peu sa surface cutanée envahie par cette suppuration, et c'est alors seulement qu'il avait résolu d'en finir, et était venu nous voir et nous faire ses aveux.

Ces aveux, ces renseignements que je passe ici en partie sous silence, appuyés sur les caractères des lésions (*indolence absolue*, couleur cuivrée, etc. ,etc.), m'indiquèrent nettement qu'il ne fallait pas songer aux *abcès morphiniques* classiques et, en second lieu, que ces accidents cutanés ressortissaient sans conteste à la syphilis.

Si, poussant plus avant l'examen, on peut leur assigner, au point de vue dermatologique, une place plus précise, le diagnostic en est encore facilité par l'aspect assez caractérisé sous lequel ils se présentent. Les plus anciennes de ces multiples collections cutanées, plus ombiliquées et rompues à leur sommet, laissent sourdre *constamment* un liquide jaunâtre très analogue à celui de l'eczéma chronique, tachant aussi le linge de la même façon, mais à un tel point, ici, que, malgré les plus minutieux soins de propreté, notre malheureux malade en est réduit au bout de quelques instants à voir son linge maculé au maximum : pour venir nous consulter, il a changé sa troisième chemise de la journée! Et, cependant, presque intimement collée par places sur la peau, elle est déjà entièrement colorée

(1) Il nous a été donné en effet d'observer, depuis que nous nous sommes attaché à l'étude de cette intoxication, d'étudier ces *abcès morphiniques*, sous les formes les plus variées et les plus inattendues. Et dans cet ordre d'idées, étant donnée leur importance à bien des points de vue, nous leur avons du reste consacré dans la nouvelle édition de notre livre (*La morphinomanie*) et avec des figures à l'appui, un chapitre à part.

©BIUM

et humidifiée par l'humeur jaunâtre qui s'échappe de toutes ces plaies. Les plus récemment formées, largement étalées en surface, présentent peu d'épaisseur ; mais, par contre, les plus anciennes, très amincies, dont quelques-unes décollées et sphacélées sur une assez grande étendue, ne présentent aucune tendance à la cicatrisation, malgré leur degré d'ancienneté. Les unes et les autres, par le fait de cette sécrétion perpétuelle, sont recouvertes de croûtes jaune noirâtre par endroit, ce qui leur donne sur certaines parties du corps, aux cuisses surtout, une apparence *écailleuse ;* et certaines régions, où il y a eu véritable confluence, présentent, aux jambes, par exemple, l'aspect repoussant des ulcères variqueux et en imposeraient à un esprit non prévenu.

D'après ce qui précède, bien que, à notre avis, cet envahissement total si extraordinaire de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané soit assez complexe au point de vue dermatologique, nous avons pu, pour la presque totalité de ces collections *vésico-bulleuses*, les ranger sous l'étiquette de *rupia* et de *pemphigus syphilitiques*. C'est du reste l'opinion de plusieurs collègues compétents à qui nous avons soumis le cas. Pour quelques autres, plus nettement pustuleuses, nous y avons plutôt vu le caractère de l'*ecthyma spécifique*.

Quoi qu'il en soit de l'étiquette dermatologique exacte de ces éruptions cutanées, cette observation nous a surtout paru présenter de l'intérêt (et c'est à ce titre que nous la donnons), c'est-à-dire au point de vue de leur pathogénie. Nous avons une fois de plus vu l'influence du traumatisme sur l'état diathésique, et la confirmation de la grande doctrine des *influences médicales* dont M. le professeur Verneuil s'est fait le grand promoteur. Dès 1892, M. Verneuil avait même insisté sur ce point particulier des rapports du *traumatisme* et du *morphinisme*. Aussi n'est-ce pas seulement parce qu'elle démontre ces relations étroites que nous avons surtout tenu à donner les détails de l'observation de M. X...

©BIUM

En effet, c'est là un fait général assez fréquent dans l'histoire des morphiniques.

Mais l'intérêt bien particulier de cette observation réside dans cette considération inportante que : *l'état d'intoxication morphinique, chez M. X..., s'était compliqué d'un facteur morbide puissant, la diathèse syphilitique.* Ces deux facteurs avaient en quelque sorte préparé au maximum l'organisme débilité de notre malade, et en avaient fait un excellent milieu de culture, éminemment prédisposé à réagir sous la plus petite influence traumatique, qui, dans l'espèce, avait été la piqûre légère d'une aiguille de Pravaz et l'introduction sous la peau d'une certaine quantité de liquide.

Il n'y a pas, croyons-nous, une autre façon d'expliquer l'origine des accidents syphilitiques graves observés chez M. X..., accidents, hâtons-nous de le dire, qui, par surcroît, avaient toujours eu dès le début des tendances cutanées. C'est surtout, croyons nous, grâce à ce double appoint de la syphilis et de l'intoxication, que l'on peut expliquer leur intensité extraordinaire, leur développement effrayant et tellement prononcé que nous n'avons jamais rien vu qui pût leur être comparé.

Aussi, est-ce à ce double point de vue seulement de cette question de médecine générale et au point de vue de l'intensité absolument exceptionnelle des accidents provoqués, que l'histoire de X... tranche sur le commun. Pour le reste, rien que de très banal ; rien qui mérite de nous arrêter.

Qu'est-il devenu ? Dans la situation doublement critique où il se trouvait, a-t-il pu mener à bien la guérison et de son *intoxication* et de ses *accidents syphilitiques?* Nous l'avons vu dans notre cabinet quatre ou cinq jours consécutifs, et bien décidé, il est vrai, à suivre nos conseils pour guérir. Les a-t-il suivis? s'est-il décidé, sur nos instances, à entrer immédiatement

©BIUM

dans une maison de santé? En effet, bien que son intoxication remontât déjà à cinq années, en se basant sur l'état mental bien pondéré du sujet, sur la très faible dose injectée quotidiennement (10 à 12 centigrammes seulement), sur l'impossibilité quasi matérielle, bien et dûment constatée par nous, de trouver la plus petite parcelle de peau saine, de découvrir le moindre emplacement de surface cutanée encore disponible, devant cette alternative terrible pour un morphinomane et dont il se rendait lui-même parfaitement bien compte, à une échéance bien proche, en réfléchissant surtout qu'il en était à sa première tentative de traitement (condition que nous regardons de plus en plus comme la meilleure garantie de guérison), en tenant compte par ailleurs de différentes circonstances favorables, il est à présumer que M. X..., dont l'origine de l'intoxication, fort heureusement encore, était franchement médicale, nettement d'ordre thérapeutique, on est autorisé à penser que M. X... a entrepris un traitement sérieux qui l'a amené à guérir au moins de son intoxication. Mais malheureusement, malgré ses promesses formelles, notre malade n'est point revenu nous voir. Dans cet état de choses, nous ne pouvons donc rien affirmer. Nous dirons même plus, nous connaissons trop la manière d'agir de ces malades, nous avons vu trop souvent, même chez les plus honnêtes, leurs réticences, leurs manquements à tout engagement, engagement contracté de bonne foi, en dehors de l'état de besoin psycho-somatique si tenaillant, si mauvais conseiller et si terriblement séducteur.

Nous avons eu sous les yeux trop d'exemples pour ne pas émettre à son sujet un doute véritable, et pour ne pas, malheureusement, terminer l'histoire pathologique de ce premier malade par un gros point d'interrogation.

©BIUM

L'observation qui va suivre, et si exceptionnelle quant au *modus faciendi* de l'intoxication, concerne un homme de cinquante-cinq ans. En raison de la singularité du cas, il est regrettable à certains égards que pour plusieurs détails, dont quelques-uns intéressants, nous soyons tenu de par des engagements exprès et formels à certaines réserves. En effet, parmi les nombreux malades empoisonnés par la morphine qu'il nous a été donné d'observer personnellement depuis sept ou huit ans que nous nous sommes livré à l'étude de cette question, étant donné surtout que dans la majorité des cas, ils se recrutent parmi les déséquilibrés et les anormaux de toute classe, de tout degré et de toute catégorie, nous avons eu l'occasion plusieurs fois de nous trouver en face de cas véritablement surprenants, des anomalies et des singularités les plus bizarres à tous égards. Plus d'une fois, il nous a été donné de rester stupéfait, incrédule presque en face de faits qui semblaient une contradiction flagrante avec toutes les données cliniques, physiologiques surtout : dans cet ordre d'idées nous rappellerons seulement ces deux malades dont nous avons publié l'histoire dans notre livre, dont l'un prenait 9 grammes par jour ; dont l'autre, depuis quatre ans, s'injectait la dose quotidienne (50 centigrammes à 1 gramme) exclusivement dans la veine médiane du bras! Et nous en passons.

Et cependant nous devons à la vérité de dire que le cas que nous résumons ici, est le seul que nous ayons jamais observé, et nous avons en vain cherché son analogue dans les auteurs spéciaux. En effet, depuis quatorze ans, M. X... absorbe la dose quotidienne de 30 à 50 centigrammes de chlorhydrate de morphine. Jusque-là, rien de bien extraordinaire comme quantité, ni même comme durée de l'intoxication. Mais ce qui fait la singularité du cas, c'est que M. X... n'a jamais pris *une seule* injection hypodermique de cet alcaloïde (?). Depuis quatorze ans, il absorbe cette dose journalière par voie d'ingestion stomacale. En un mot, c'est un morphinophage dans toute la force du terme, car jamais non plus, comme nous en avons vu quelques exemples, il n'a pris son poison sous forme de solution.

Dès le début, depuis 1878, chez M. X..., le mode d'intoxication bien particulier n'a pas varié : « A quatre ou cinq reprises dans la journée, nous dit-il, je prends ma morphine absolument en nature..., il faut même que je la mâche... et cela sans l'aide d'aucun liquide ni avant, ni après. » Il nous a semblé même que la recherche de l'amertume si prononcée de ce sel entre

©BIUM

pour une certaine part dans ces pratiques invétérées; c'est du moins ce que nous avons pensé, lorsque, à plusieurs reprises, nous l'avons vu dans notre cabinet, procéder lentement à l'ingestion de son poison, qu'il « dégustait » véritablement, d'après sa propre expression.

Il nous restait à rechercher si ce *modus faciendi* tout nouveau entraînait les mêmes troubles du côté du cerveau et des organes :

Or, à ce point de vue, ce qui nous a tout d'abord vivement frappé, c'est qu'*ici l'état de besoin* nous a paru bien plus tenace encore, que dans le morphinisme classique ; le moindre retard dans l'ingestion des doses, la plus petite diminution, provoquaient, en effet, de l'énervement, et des troubles diarrhéiques plus ou moins graves.

Mais ce qui nous a le plus frappé au point de vue du diagnostic différentiel, c'est que chez notre malade, exempt d'ailleurs de toute trace héréditaire physique et mentale, nous avons remarqué, du côté des organes principaux, des troubles fonctionnels, bien plus accentués et plus graves que dans l'intoxication classique par voie hypodermique. Car, en effet, on doit dire que même dans les cas les plus rebelles, il est rare qu'on ait à observer des troubles physiques profonds, irrémédiables après la cessation des piqûres.

Or, chez notre morphinophage, au contraire, nous devons noter du côté des reins une albuminurie grave, remontant loin déjà, d'après les renseignements fournis. Les urines furent en effet analysées avec soin par M. Falcoz, pharmacien de 1re classe, ex-interne des hôpitaux, et que nous remercions sincèrement ici ; nous lui devons la constatation d'un fait si important.

Mais, comme on devait le penser tout naturellement, c'est surtout du côté du tube digestif que s'étaient manifestés les plus graves désordres. Au point de vue fonctionnel, du côté de l'intestin, les constipations opiniâtres classiques, plus accentuées peut-être, accompagnées, dans l'espèce, au réveil principalement, de coliques extrêmement douloureuses et violentes, qui allaient jusqu'à arracher au patient des cris de souffrance, jusqu'à ce qu'enfin, au bout de six à huit jours, une véritable débâcle vînt y mettre un terme pour quelque temps du moins.

L'estomac, comme le faisait présager le *modus faciendi* par ingestion exclusive, et depuis si longtemps, avait encore le plus souffert de ces longues pratiques. Les digestions ne pouvaient

©BIUM

plus avoir lieu qu'au prix des plus vives souffrances, et s'accompagnaient, depuis longtemps déjà, de troubles dyspeptiques variés, rappelant du reste à s'y méprendre ceux de l'alcoolisme avancé, bien qu'à ce point de vue particulier on ne pût constater ici le moindre excès : ni pituite matinale, ni vomissements alimentaires, etc.

Ajoutons à cela, en dehors de bien d'autres détails que le temps nous force de passer sous silence, dans l'intervalle même des repas, de véritables accès de gastralgie, des plus violents. Ces crises si douloureuses le forcent alors à interrompre immédiatement toute occupation, et pendant dix minutes, un quart d'heure, le malheureux patient pris de sueurs froides, serait quelquefois, nous dit-il, pris de syncope, sous l'influence des vives douleurs qui l'étreignent au creux épigastrique, si, pour y mettre un terme (succombant en cela à un cercle vicieux si commun dans l'alcoolisme), il n'avait recours à une nouvelle ingestion de son poison.

En résumé, nous avons tenu à publier cette seconde observation, en raison de l'originalité, de l'extrême rareté du *modus faciendi* de l'intoxication. Nous nous sommes cru autorisé ici à créer le mot de *morphinophagie*, voyant là à tous égards une variété bien différente de l'*opiophagie* classique, et d'autre part aussi du morphinisme ordinaire, soit que cette dernière affection consiste en *injections hypodermiques*, ou plus rarement dans l'*ingestion journalière de l'excitant sous forme de solutions*.

En effet, nous avons vu que ce mode d'intoxication entraînait une symptomatologie bien différente et des accidents bien plus graves, plus douloureux et peut-être *plus indélébiles*, si l'on songe surtout au peu de traces physiques laissées après guérison par le morphinisme chronique. A ce point de vue, ce malade méritait donc d'attirer sérieusement l'attention du spécialiste.

Traité à domicile pendant quelque temps, et très exactement surveillé, M. X... avait diminué très notablement et était en excellente voie de guérison, lorsque, rappelé chez lui, pour régler des affaires personnelles

©BIUM

exceptionnellement urgentes, c'est le prétexte donné du moins, il nous déclara être dans l'absolue obligation de quitter Paris immédiatement, nous promettant solennellement de revenir, dès qu'il pourrait, continuer le traitement. Nous comptons bien le revoir, mais nous devons à la vérité de dire que de longs mois se sont déjà écoulés, et que nous ne l'avons pas encore revu : c'était prévu.

Nous avons vu la preuve, dans les deux faits que nous venons de rapporter, de l'existence de deux *modalités* cliniques nouvelles, rares du moins dans l'histoire de cette affection si banale actuellement, de l'*intoxication morphinique :*

1° La *morphinophagie;*

2° Une variété bizarre d'éruptions cutanées, due à la fois au morphinisme et à la syphilis, les *éruptions morphino-syphilitiques.*

©BIUM

Médecine légale

QUELQUES RÉFLEXIONS
SUR
L'INTERNEMENT
DES ALIÉNÉS DANGEREUX

Par le Dr Ernest CHAMBARD
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Médecin-directeur des asiles publics d'aliénés,

Bien que situé aux environs immédiats d'une ville importante, l'asile départemental du Cher est un asile essentiellement rural : les « beaux malades » y sont rares et si les campagnes lui fournissent le fonds d'épileptiques et d'imbéciles qui constitue la majeure partie de sa population, on n'y rencontre guère ces alcooliques aux délires si variés, ces paralytiques généraux, faillis de l'intelligence, ces délirants chroniques si riches en conceptions délirantes et en troubles sensoriels, ces circulaires, ces raisonnants, ces dégénérés supérieurs si gênants, mais si attachants aussi, qui font l'intérêt et l'orgueil des établissements voisins des grands centres d'affaires, d'intelligence et de plaisir, et foisonnent à Lyon, à Marseille, à Bordeaux et surtout à Paris. Toute règle, pourtant, comporte ses exceptions, et il m'a été donné d'observer, l'année dernière, à Beauregard, un malade dont l'intérêt s'est doublé des soucis que m'ont causés, des difficultés même que m'ont créées ses incessantes et impérieuses demandes de mise en liberté.

©BIUM

A l'intérêt propre de l'observation de ce malade, se sont jointes certaines circonstances pour m'engager à la publier et à édifier sur elle le travail que je présente aujourd'hui aux lecteurs des *Annales*. Pendant que dure encore la période de gestation de la fameuse loi qui doit remplacer la législation actuelle sur les aliénés, c'est, je crois, le devoir de tout aliéniste de tirer de sa pratique les suggestions propres à éclairer le législateur et de tous les faits qui lui passent sous les yeux, il n'en est peut-être aucun qui, bien observé et sagement interprété, ne puisse servir d'argument pour ou contre quelque réforme ou même en inspirer de nouvelles. D'autre part, parmi les questions qui ont été soumises à l'avant-dernier congrès des médecins aliénistes, il s'en est rencontré plusieurs que le cas du malade de Beauregard eût pu utilement illustrer. C'est ainsi que nous avons entendu le remarquable rapport de M. Coutagne sur la *Responsabilité légale et la séquestration des persécuteurs*, et que nous avons vu la *Revision de la loi de* 1838 donner lieu à une intéressante discussion, à laquelle ont pris part un administrateur tel que M. Sabran et des aliénistes comme MM. Giraud, Pierret, Bouchereau, Christian, Camuset et Rouby.

N'ayant pu prendre part, faute d'une préparation suffisante, aux travaux du Congrès, je n'en ai pas moins résolu d'apporter, après les collègues distingués dont je viens de rappeler les noms, une modeste contribution au grave et difficile problème des aliénés dangereux, auquel j'ai déjà consacré quelques publications. Dans le travail que l'on va lire, après avoir rapporté en détail l'observation de mon malade de Beauregard et discuté le diagnostic qu'il convient de porter à son sujet, je passerai successivement en revue les éléments d'une instruction manicomiale complète, les conditions d'internement des malades de son espèce, et je discuterai, avec autant de soin et d'impartialité qu'il me sera possible,

©BIUM

la question si controversée de l'intervention de l'autorité judiciaire dans l'internement des aliénés dangereux.

I

P... Jean-Alphonse, ouvrier sellier, âgé de quarante ans, est placé par sa femme, le 27 avril 1891, à l'asile public des aliénés du Cher.

Antécédents héréditaires. — Nous n'avons d'autres renseignements sur la famille de P... que ceux qui nous sont fournis par sa femme et par lui-même. Son père, chauffeur, mort à soixante-seize ans, était, dit-il, un bon homme, un « homme sans défauts ». Sa grand'mère paternelle était une « excellente femme », surnommée « la bête du bon Dieu ». Sa mère, morte d'un asthme, était nerveuse, coléreuse, impressionnable, mais, cependant, raisonnable. Son grand-père maternel, boulanger, jouissait d'une excellente réputation. Sa grand'mère maternelle est morte « de la poitrine ». Nous n'avons pu obtenir aucun renseignement sur l'existence et le caractère du grand-père paternel.

Le malade a eu deux frères l'un d'eux est mort en bas âge ; l'autre, instable, irrégulier, mauvais sujet, quitta sans raison les forges d'Imphy-les-Mines où il travaillait, vint à Paris où il fut employé quelque temps à l'usine Cail, puis entra comme commis dans un magasin de nouveautés de cette ville où il s'appropria le montant d'une facture (1) ; il s'engagea, ensuite, dans les zouaves et vint mourir en Algérie. Deux sœurs : l'une, sage-femme de la Maternité de Paris, nerveuse et acariâtre (2), mourut « poitrinaire » à vingt-six ans ; l'autre, âgée de quarante-deux ans, est mariée. P... qui a cessé de la voir, lui reproche d'avoir agi envers lui, dans des questions d'intérêt, avec peu de délicatesse ; mais il lui reconnaît un bon cœur et doute qu'elle ait, en cela, obéi à ses propres inspirations.

P... a eu un enfant mâle qui, selon lui, mourut à treize mois du « gros ventre ou carreau », mais, d'après M. le Dr Blanche, d'une méningite convulsive.

(1-2) Chose assez curieuse, le malade a le même tempérament nerveux, le même caractère irascible et difficile que plusieurs de ses ascendants et collatéraux et devait, comme nous le verrons plus loin, se rendre coupable d'un acte d'indélicatesse analogue à celui que commit son frère aux dépens d'un magasin de nouveautés de Paris.

©BIUM

Quelque sommaires que soient ces renseignements et quelque portés que se montrent P... et sa femme à en atténuer les côtés défavorables, ils suffisent à nous montrer l'existence, dans la famille du malade, d'une tare névropathique. Nous trouvons en effet, parmi ses ascendants, sa mère asthmatique, impressionnable et coléreuse ; parmi ses collatéraux, un frère mauvais sujet, instable et, chose à noter, indélicat comme il l'a été lui-même plus tard et une sœur acariâtre morte poitrinaire. Son unique descendant, enfin, succombe à une affection cérébrale à forme convulsive. M. le Dr Blanche, d'ailleurs, dans un rapport que je citerai plus loin, signale dans la famille du malade, des cas d'aliénation mentale et de névrose et nous verrons aussi que M. Magnan n'a pas hésité à ranger celui-ci dans la famille des dégénérés.

Antécédents personnels. — I. Enfance. — Né à Imphy-les-Mines où son père était chauffeur dans une usine, P... aurait eu des convulsions dans son jeune âge et souffert, de bonne heure, de violentes et fréquentes migraines dont il se plaint encore aujourd'hui. Il fréquenta jusqu'à dix ans l'école primaire sans s'y instruire beaucoup, préférant le travail manuel à l'étude dont le goût ne lui vint que plus tard. Après sa sortie de l'école, ses parents l'amenèrent à Paris et le mirent en apprentissage chez un sellier de Passy : il n'y resta que deux ans et, dans la suite, changea fréquemment de patron, prétextant que c'était le seul moyen d'approfondir les diverses branches de son métier ; de fait, lorsqu'à dix-sept ans ses parents le quittèrent pour retourner au pays, il était déjà bon ouvrier et gagnait facilement ses cinq francs par jour.

II. — *Adolescence ; délit passionnel ; escroquerie. — Condamnation à trois mois de prison. — Origines du délire.* — En 1871, P... avait vingt ans ; follement épris d'une femme légère qui le poussait à des dépenses exagérées, il porta sur son livre de travail une somme de trente-six francs pour un ouvrage qu'il n'avait pas exécuté ; arrêté sur la plainte de ses patrons qui, « voulant faire un exemple », se montrèrent impitoyables, il fut condamné pour escroquerie à trois mois de prison. Cette condamnation qu'il purgea en entier, la loi Bérenger n'existait pas alors, lui porta un coup terrible et devait être l'origine ainsi que le thème des conceptions délirantes qu'il devait présenter, des actes de violence auxquels il devait se livrer par la suite.

Sorti de prison, il alla voir un ouvrier sellier nommé B...,

©BIUM

dont il croyait sa condamnation ignorée, pour lui demander du travail et renouer avec ses camarades. Cet homme le reçut fort mal, lui reprocha durement sa faute et le chassa en lui déclarant qu'il n'occupait pas les voleurs. Cette scène, qui eut lieu devant témoins, l'affecta profondément.

En 1879, notre malade épousa une jeune blanchisseuse avec qui il vivait depuis deux ans en concubinage. A ce moment de son existence, il était heureux et rien ne semblait devoir troubler sa tranquillité. Sa condamnation, déjà lointaine, était ignorée de sa femme et oubliée de ses camarades ; bon ouvrier, heureux en ménage, gagnant bien sa vie, il n'avait qu'à se laisser vivre. C'est alors, cependant, qu'il lui vint à l'esprit que son passé était l'objet de la préoccupation générale. Il s'en apercevait à « mille riens », cela « se sentait, se devinait ». Un ami, par exemple, lui disait-il : « Je sais que tu es un brave garçon, malgré ce que tu as fait. » C'était une allusion. Il entendait dire une autre fois : « Il y en a qui votent sans en avoir le droit. » Ce n'étaient encore que des craintes vagues, des soupçons et il était loin, à cette époque, de se croire formellement persécuté et de nommer ses persécuteurs.

Une circonstance malheureuse devait, en 1880, faire avancer d'un grand pas son délire et changer ses soupçons en certitude. P... qui, jusque-là, avait voté sans encombre, se vit refuser son inscription sur les listes électorales. On lui dit, à la mairie, qu'il était, par le fait de sa condamnation, privé de ses droits politiques, qu'on l'avait laissé voter jusque-là par erreur et on lui conseilla de demander sa réhabilitation. De cet incident, il conclut que sa faute, vieille de dix ans, était connue de tous ; il devint sombre, inquiet ; mais, voulant à tout prix laisser ignorer à sa femme la cause de son chagrin, il sortait chaque fois qu'on appelait les électeurs aux urnes, pour aller remplir, disait-il, son devoir de citoyen.

Bientôt l'idée lui vint que B... pouvait seul avoir révélé son passé. Elle ne reposait, il le reconnaît lui-même, sur aucun fait ; mais c'était chez lui « une conviction absolue ». Il avait, d'ailleurs, remarqué que toutes les conversations d'atelier dans lesquelles il était question de B... se terminaient par une allusion blessante à sa condamnation et à sa radiation des listes électorales.

Sa tristesse redoubla et les préoccupations qu'il avait, jusque-là, cachées avec un soin jaloux, commencèrent à se faire jour. Son caractère naturellement susceptible et pointilleux s'aigrit,

©BIUM

ce que ses camarades attribuèrent à son tempérament nerveux et aux migraines dont il se plaignait souvent. Il devint que relleur, la moindre parole était pour lui une allusion ; le regard, le geste le plus innocent, une provocation et une insulte. Un jour, dit le témoin T..., il se passa une scène qui m'étonna beaucoup : causant avec quelques camarades du système décimal, je leur disais que les vieux ouvriers s'habitueraient difficilement à ne plus compter par pouces et par lignes ; P... se leva brusquement et s'écria d'un air menaçant : « T..., ne tentez pas Dieu ! »

A sa femme qui lui demandait compte de sa tristesse croissante, il répondait que ses camarades étaient méchants pour lui, le mettaient en colère et le faisaient souffrir.

III. — *Apparition des tendances persécutrices. — Attentat du 23 janvier* 1883. — *Tentative d'assassinat et de suicide.* — A la fin de janvier 1883, l'orage éclata. P... se livra sur la personne du sieur B... à une tentative d'assassinat et, sur lui-même, à une tentative de suicide dont il fit, à l'instruction, le récit suivant que corroborèrent de nombreux témoins. Je lui laisserai la parole et respecterai son style.

« Vers la fin de janvier, dit-il, la situation était devenue intolérable. Un matin, à l'atelier, T... me dit : « P... a trouvé de l'ouvrage chez B... » Je me dis : Malheur ! T... me regarda alors d'une façon singulière et je pensai : B... a parlé de ma condamnation à P... qui, restant dans la même maison que T..., a dû lui en parler aussi. Je dois m'attendre à ce qui va m'arriver. Effectivement, dans l'après-midi, les allusions ont commencé. Léon et T... forgeaient des histoires dans lesquelles je n'eus aucune peine à me reconnaître vu que T... s'est écrié : « C'est lui, nous en sommes sûrs ! » Alors, ils me faisaient entendre que j'étais un souteneur de filles, que je courais dès mon plus jeune âge, que je vivais aux dépens des femmes, que j'étais un rien qui vaille, un homme sans scrupules. C'était là le sens de toutes leurs paroles ; mais c'était enchevêtré dans un tas de niaiseries. Ainsi Léon m'a dit : « Celui-là la connaît, il sait bien compter, vu qu'il compte double. » T... se mit à me dire que je savais bien prendre mon monde et à insinuer que je voulais faire perdre sa place au contremaître. Ces propos dégénérèrent en dispute ; le patron intervint, me fit des observations sur la qualité de mon travail et je me retirai en disant : « Il arrivera quelque malheur, il vaut mieux m'en aller. »

©BIUM

« Après avoir quitté l'atelier, poursuit P..., je courus trois ou quatre heures dans les rues. J'étais agité. J'entrai chez un marchand de vins où, je mangeai quelques bouchées, puis je rentrai chez moi. La nuit je ne pus dormir. Le lendemain, pensant à mon malheur, le dégoût de la vie me prit. J'écrivis à ma femme et à ma sœur et me dirigeai vers le tir de l'avenue d'Antin. Chemin faisant, je réfléchissais à ce que j'allais faire. Je voyais le déshonneur m'empêchant de trouver de l'ouvrage. Cependant le désir de vivre me reprit et je me rendis chez un blanchisseur, nommé L..., à qui je demandai du travail; il m'en refusa et m'engagea à continuer mon métier de sellier. Je rentrai alors chez moi, j'embrassai ma femme, puis retournai chez Gastine Renette où j'achetai un revolver que je fis charger de cinq cartouches; je plaçai la sixième dans la poche de mon gilet. J'allai, enfin, rue du Rocher attendre B...; j'étais résolu à mourir; mais je voulais, auparavant, le tuer pour qu'il ne fît plus de mal à personne. »

« Je vis bientôt B... sortir avec P... de chez le marchand de vins. Il était à trois pas de moi. Je tirai sur lui trois ou quatre coups de revolver et je tournai mon arme contre moi-même; mais le coup ne partit pas. Je m'approchai d'une boutique pour introduire dans le canon la sixième balle que je tenais en réserve dans mon gilet; mais elle était trop grosse et ne put y pénétrer. J'étais affolé. C'est alors qu'on m'a arrêté. »

Les dépositions des témoins entendus au cours de l'instruction confirment pleinement le récit que l'on vient de lire. Un comptable, le sieur C..., qui passait au moment de l'attentat, raconte ainsi la scène à laquelle il assista. « Après avoir tiré sur le sieur B..., dit il, l'inculpé qui regardait de mon côté d'un air effaré, appuya le canon de son arme contre sa tempe; mais le coup, sans doute, ne partit pas, car, abaissant son pistolet, il parut l'armer et recommença. Cette fois, encore, le coup rata. P..., dont les mouvements étaient fiévreux, sembla alors chercher quelque chose dans sa poche, mania son arme comme pour la recharger et l'appuya une troisième fois contre sa tête; mais encore sans résultat. A ce moment, on cria : « Arrêtez-le! » Il prit la fuite et tandis que ceux qui le poursuivaient hésitaient à l'approcher, je le vis, arrêté au coin de la rue de Ponthieu, tâcher, soit de charger, soit d'armer son revolver; n'y pouvant parvenir, il reprit sa course et je le perdis de vue. »

IV. — *Arrestation. — Instruction. — Accès de délire aigu*

©BIUM

psycho-sensoriel. — Expertise médico-légale, rapport de M. le Dr Blanche. — Ordonnance de non-lieu. — Séquestration. — Certificats médicaux. — Mise en liberté. — P... fut arrêté quelques minutes après l'attentat. Au cours de l'enquête on entendit, outre les témoins de la scène que je viens de retracer, un certain nombre de personnes qui, se trouvant en rapports journaliers avec lui, pouvaient renseigner la justice sur ses antécédents et les causes de l'acte criminel dont il s'était rendu coupable. Toutes s'accordaient à le représenter comme un homme sobre, rangé, honnête, laborieux, poli, vivant en parfaite intelligence avec sa femme et toutes, sauf une seule, ignoraient la condamnation qu'il avait encourue vingt ans auparavant. On avait, cependant, remarqué chez lui, depuis quelque temps, une vive excitation qui avait été attribuée à son tempérament nerveux, ainsi qu'aux violentes et fréquentes migraines auxquelles il était sujet. Certains de ses propos, aussi, avaient donné à penser que « sa tête se dérangeait ». Au témoin T..., ce blanchisseur qui lui avait refusé de l'ouvrage, il avait dit : « Tu ne veux pas m'occuper, eh bien, le sort en est jeté ! » Son patron, le sieur S..., lui ayant fait quelques observations au sujet de son ouvrage, il s'était écrié : « Tout le monde m'en veut, je ne puis plus rester, je m'en vais » et, le soir, lorsqu'il était venu chercher ses affaires, on l'avait entendu dire : « Ah ! M. S... je suis un homme malheureux ; on m'en veut de tous les côtés, on me poursuit ! » Et il avait ajouté, en se frappant la tête : « C'est ça qui est malade, c'est ça ! »

Au dossier judiciaire de P... figurent une carte de visite à son nom, trouvée sur lui après son arrestation, et les lettres qu'il avait adressées à sa femme et à sa sœur avant de se mettre à la recherche de B... La carte porte au verso ces mots : « Prière à M. le commissaire de ramener mon corps à mon domicile », et les lettres, tracées d'une écriture tremblée, sont mouillées de larmes. Il écrit à sa sœur : « Un misérable du nom de B..., ayant su ce qui s'est passé chez Lamblin et Lefèvre, la première fois qu'il m'a rencontré, ç'a été pour me le reprocher dans les termes les plus insultants ; j'aurais dû immédiatement m'adresser à la justice..... Cette vipère, à qui je n'ai pourtant jamais rien fait, m'a poursuivi continuellement de sa haine et m'a déconsidéré dans toutes les occasions... Cette canaille a jeté son venin sur moi et je n'ai pas tardé à en sentir les symptômes. Des misérables lâches qui travaillent avec moi forgent des histoires où ils font allusion au passé et

©BIUM

me font jouer un rôle odieux. Il m'est désormais impossible de travailler dans la sellerie et j'ai le caractère trop fier pour m'humilier constamment. Je veux donc en finir et au plus tôt ; mais je veux le punir, lui, l'infâme, et il le sera. Quant aux derniers, je les pardonne, les laissant à leurs remords s'ils sont capables d'en avoir. »

Quelques heures après son arrestation, P... fut pris, au Dépôt, d'un accès aigu de délire psycho-sensoriel dont nous lui devons également le récit extrait de sa correspondance avec M. le Dr Blanche. « La nuit de mon arrestation, raconte-t-il, je ne pus fermer l'œil ; je vis entrer dans ma cellule un détenu qui me jeta un regard de haine. Le lendemain soir, à peine couché, je vis des femmes, des anges qui voltigeaient autour de moi pour me séduire ; je n'y comprenais rien et je pensai qu'on avait peut-être mis quelque chose dans mon vin pour me troubler l'esprit. Effrayé, j'exigeai qu'on me mît au greffe et je déclarai que j'éprouvais des phénomènes singuliers, qu'on avait mis quelque chose dans mon vin et que j'avais des ennemis puissants. Le lendemain, je refusai le vin auquel je trouvais un goût étrange ; à la promenade, je me jetai tout à coup à genoux, j'appelai à haute voix mon père et ma mère, ma sœur et ma femme ; le souvenir me revint d'un détenu qui, à Sainte-Pélagie, avait lu dans ma main que la ligne de l'intelligence serait brisée, puis se renouerait ; je me figurai que j'étais un grand artiste, que l'on m'applaudissait sur la scène de l'Opéra, que j'étais riche, que j'allais voyager, je déclamais, je chantais, je dansais, j'entendais la voix de ma femme ; en rentrant dans ma cellule, tout disparut. Lorsqu'on me transféra à Mazas, j'étais convaincu qu'on allait m'empoisonner ou me rendre fou. Au greffe, j'entendis prononcer le mot « difforme » et je crus qu'on voulait falsifier mon signalement. Lorsqu'on me mit au bain, je pensai qu'on allait me noyer. On me remit une lettre d'un avocat ; à côté de la signature, je vis un pistolet et, par des paroles venant du dehors, je compris que cela voulait dire que je devais prendre un avocat ou que l'on me tuerait. On me fit voir mon enfant que j'avais perdu. Il fallait être bien canaille pour me montrer ainsi à mon enfant en prison. Il en fut de même de l'apparition de W..., un de mes camarades qui s'était suicidé ; l'on voulait que je voie comment j'aurais été si j'avais réussi dans ma tentative de suicide. Oui, on met de la poudre dans mes aliments pour me rendre fou ! »

Cet état d'excitation maniaque, compliqué d'hallucinations de

©BIUM

la vue, de l'ouïe, du goût et, probablement, de tous les sens, ne dura que quelques jours, après lesquels P... se calma, mais tout en conservant une foi entière à la plupart de ses conceptions délirantes. « Pour un étranger, disait-il, cela n'aurait eu aucun sens ; mais, pour moi, ça avait un corps. Ces hommes étaient remplis de malveillance : ils bâtissaient des histoires ; leurs paroles n'étaient que des absurdités et, au milieu, s'élevait un mot donnant à comprendre que c'était moi qui étais sur le tapis. Pouvant seul comprendre, je pouvais seul me fâcher. C'était une terreur pour moi, parce que je sentais que s'ils m'insultaient en face, je ne pourrais rester maître de moi. Alors, je me taisais, je concentrais tout, j'étouffais, je sanglotais, je ne pouvais rien dire à ma femme, je ne dormais plus : c'était à devenir fou. Poussé à bout, je voulus me tuer; mais après m'être vengé de mon persécuteur et, cependant, je ne suis pas méchant. Je fais volontiers le bien. J'espère que l'on me tiendra compte de tout ce que j'ai souffert. »

Avertie par l'accès de délire bruyant dont je viens d'esquisser les principaux traits, la Justice conçut des doutes sur l'intégrité de la raison de P... et commit M. le Dr Blanche pour examiner son état mental. Cet aliéniste consigna les résultats de son expertise dans un long rapport auquel je ferai plusieurs emprunts et dont je reproduirai ici les passages les plus importants.

« P..., conclut M. Blanche, est atteint depuis plusieurs années de délire de persécution; il est dans un état permanent d'obsession, guettant les paroles prononcées contre lui pour y découvrir des allusions à sa situation personnelle, transformant ses camarades en autant d'ennemis acharnés à sa perte et ayant, enfin, un accès aigu de délire lypémaniaque avec hallucinations et illusions des sens qui a abouti à une tentative de meurtre et de suicide et qui a persisté quelques jours après son arrestation. En résumé, il est atteint, depuis plusieurs années, de conceptions délirantes et d'hallucinations de forme mélancolique avec prédominance d'idées de persécution ; au moment de l'action, il était sous l'influence d'une crise aiguë et doit être regardé comme irresponsable. Aujourd'hui encore, il est convaincu de la réalité de ses idées de persécution ; sous l'influence de ce délire, il pourrait encore commettre des actes dangereux pour lui-même et pour autrui ; aussi, pour sa propre sûreté, comme dans l'intérêt de l'ordre et de la sûreté publiques, y a-t-il lieu de le placer dans un asile d'aliénés. »

©BIUM

Ce rapport fut suivi d'une ordonnance de non-lieu et le malade, mis à la disposition de l'autorité administrative, fut envoyé au Dépôt de la Préfecture de police où Legrand du Saulle lui décerna le certificat suivant : « P... est atteint de délire des persécutions : hallucinations de la vue, fausses interprétations, allusions transparentes à un abus de confiance puni par un emprisonnement de trois mois, scies montées dans les ateliers, désir de vengeance, tentative d'assassinat (trois coups de revolver sur un prétendu ennemi) ; ordonnance de non-lieu. » Il passa ensuite à l'admission de l'asile Sainte-Anne, où il fut examiné par M. Magnan, dont je n'ai pu me procurer les certificats, mais qui voulut bien m'écrire à son sujet : « P... paraît appartenir au groupe des dégénérés persécutés persécuteurs : pleins de réticences et cachant volontiers leurs idées délirantes quand ils sont à l'asile, mais reprenant bien vite leur activité délirante dès qu'ils sont en liberté. Il est probable, malgré le dire de sa femme, qu'il buvait un peu et qu'un appoint éthylique n'est pas étranger aux hallucinations du début. Ces malades sont généralement dangereux ; mais, cependant, on peut quelquefois les mettre en liberté sans trop d'inconvénients ; ce sont là, évidemment, des questions d'espèces et le médecin traitant seul, qui a depuis longtemps le sujet sous les yeux, est en état de donner un avis motivé. » Transféré, enfin, à Bicêtre, dans le service de M. Falret, il n'y fit qu'un séjour de quelques semaines et en sortit sur les instances de sa femme. Je n'ai pas connaissance des certificats dont il a été l'objet dans ce dernier établissement.

V. — *Période de délire latent et de tranquillité relative. Nouvelles idées de persécution et nouveaux actes délirants. Nouvelle période d'excitation ; idées de grandeur ; tendances agressives. Seconde séquestration : Placement volontaire à l'asile du Cher.* — Après sa sortie de Bicêtre, P... alla vivre quelque temps dans sa famille, puis vint s'installer à Bourges où sa femme ouvrit une boutique de blanchisseuse, tandis que lui-même reprenait son métier de sellier. Pendant quelques années, il semble n'avoir pas trop fait parler de lui, soit que son délire fût devenu moins actif, soit que sa récente aventure l'eût rendu plus prudent.

Un interrogatoire un peu serré nous montre, cependant, que cette période de sa vie ne fut pas aussi exempte d'orages que lui, sa femme et ceux qui s'intéressent à sa mise en liberté le voudraient faire croire. Dès le début de son établissement à

©BIUM

Bourges, il se brouilla avec son propriétaire qui voulait indûment, dit-il, exécuter certaines réparations dans son logement et cet homme le tourmenta si bien, le diffamant dans le quartier, injuriant sa femme, qu'il se vit forcé de déménager. Plus tard, un notable commerçant de la ville, le sieur A..., chemisier, pour qui travaillait Mme P..., lui retira, sans raison, sa pratique et répandit sur son mari, pour l'obliger à quitter le pays, mille bruits diffamatoires, allant jusqu'à dire qu'il était placé sous la surveillance de la police. Cette fois, P... voulut poursuivre son calomniateur ; mais il rencontra, dans la Justice, une mauvaise volonté singulière : le procureur de la République, lui-même, parut douter de l'exactitude de ses assertions, lui demanda de les prouver et lui conseilla, dans son intérêt, d'en rester là. Il semblait qu'A... fût un grand personnage auquel on n'osait pas toucher. Découragé et comprenant que dans de telles conditions, un procès, même gagné, entraînerait sa ruine, P... abandonna l'affaire.

Après une période difficile due au chômage, P... entra, comme représentant, dans une maison de vente à crédit de Bourges. Là encore, les diffamations le poursuivirent, car son patron lui déclara, au bout d'un mois, « qu'il connaissait son passé ». Cette maison ayant sombré, il entra à l'Arsenal où il ne put rester à cause de son casier judiciaire. Il fit alors, en 1886, une demande de réhabilitation qui n'aboutit qu'en 1890 : il rencontra, au cours de ses démarches, un grand mauvais vouloir et eut, notamment, affaire à un avoué qui, « dans un interrogatoire rempli de questions oiseuses, l'abreuva d'humiliations ». Sa réhabilitation enfin obtenue, il fut admis à l'Arsenal où « on lui déclara une guerre sourde et l'abreuva d'outrages ». Un ouvrier dit un jour en discutant politique : « Tous les jésuites sont des voleurs et, toi, tu es un jésuite. » Un autre : « Il y en a qui ne sont ici que par faveur ; il n'y en a que pour ces jésuites-là ; mais si on leur demandait leurs papiers, ils n'y seraient pas. » Enfin, excédé, il refusa de payer une amende qu'il avait encourue et quitta l'établissement.

Après son départ de l'Arsenal, P... entra dans une maison civile d'équipements militaires, où il ne tarda pas à être en butte aux persécutions de camarades jaloux de sa supériorité d'intelligence et d'éducation. Ces hommes, dont il ne partageait ni les goûts grossiers, ni les sentiments politiques et irréligieux, voulurent l'obliger à faire partie de leur syndicat, de leur « franc-maçonnerie » et, sur son refus, sommèrent le directeur

©BIUM

de le renvoyer. P... qui n'admet pas que les ouvriers fassent la loi aux patrons, se fâcha et souffleta un de ses camarades qui l'avait appelé « mouchard ». Une autre fois, il envoya d'un coup de poing soutenu d'un coup de pied, rouler dans le ruisseau un ouvrier qui était venu l'insulter devant sa porte.

Dès lors, sa vie devint intolérable, et ses camarades, non contents de le diffamer et de l'insulter à l'atelier, organisèrent de véritables complots pour le mettre hors de lui et le pousser à quelque acte délictueux. Un jour, P... est abordé dans la rue par un monsieur qui le salue d'un nom qui n'est pas le sien et, averti par lui de son erreur, « l'agonise de sottises ». Une autre fois, s'étant pris de querelle avec un cocher qu'il voulait empêcher de traverser un rassemblement, il se voit entouré d'une bande de voyous prenant fait et cause pour son adversaire et l'accablant de menaces et d'injures. Au café où il se rend après cette scène, le garçon le sert après tous les autres consommateurs. On a donc semé sur son chemin tous ces gens-là pour le persécuter et le pousser à bout : « Il faudra, se dit-il, que j'achète une cravache pour les cravacher. » Et d'ajouter : « Si tout cela n'est pas de la persécution, je ne sais ce que c'est ! »

P... arriva bientôt à un degré d'excitation comparable à celui auquel il était en proie lors de son attentat du mois de janvier 1883. Sous son influence, les idées de persécution, soigneusement dissimulées jusque-là, se firent jour et il s'y joignit des idées de grandeur. Quelques jours avant son internement, étant entré, avec sa femme, à la cathédrale de Bourges, il se figura que l'archevêque qui officiait à ce moment, lui faisait des signes et il voulut monter en chaire. Le lendemain, il revêtit son habit noir et sa cravate blanche, objets d'habillement dont l'existence dans la garde-robe d'un ouvrier sellier est déjà significative, pour aller conférer avec de hauts personnages. Plusieurs mois auparavant, d'ailleurs, il lui était échappé de dire à son médecin qu'il méditait un plan de réorganisation sociale.

Justement effrayée de l'agitation croissante de son mari et craignant quelque éclat, M^me^ P... se décida à le faire interner à l'asile départemental du Cher, sis à quelques centaines de mètres de Bourges, au lieu dit « les Beaux-Regards » et vulgairement nommé Beauregard. Ce ne fut pas facile : un brigadier de sergents de ville, connu du malade, vint le prendre à l'atelier et réussit, sous le prétexte d'une promenade, à le faire monter en voiture ; mais, à la vue de l'asile dont les bâtiments dominent

©BIUM

la contrée, il ouvrit la portière et s'esquiva. Le lendemain, son médecin, M. le Dr Rouillon, à qui il avait conté sa mésaventure, lui persuada d'aller se plaindre au Préfet de la tentative d'enlèvement dont il avait été victime et s'offrit à l'accompagner en voiture ; mais le malade, voyant qu'on lui faisait tourner le dos à la Préfecture, faussa compagnie au docteur. Il fallut recourir aux grands moyens et le faire enlever par deux vigoureux commissionnaires.

A son arrivée à l'asile, P... se montra très excité, protesta contre sa séquestration et refusa avec hauteur de se soumettre au moindre interrogatoire. La nuit fut très agitée. Le lendemain, il frappa à coups de poing le chef de son quartier, homme pourtant fort doux et connaissant bien les aliénés, qui ne le traitait pas avec tout le respect qui lui était dû. Le même jour, il se plaignit d'avoir des serpents dans son pantalon et dans son lit. De toute la semaine, il fut impossible de recueillir méthodiquement son observation. Depuis, le malade s'est calmé, au moins en apparence, et est devenu peu à peu le persécuté concentré, réticent, orgueilleux et haineux dont je vais, maintenant, esquisser le portrait.

VI. — *État actuel : État physique et mental ; conceptions délirantes ; conduite à l'Asile.* — P... est un homme de taille moyenne : sec, vif, nerveux, au teint bilieux, à la barbe grisonnante, il paraît bien constitué, bien portant et, autant que j'ai pu en juger, car, de peur de provoquer une scène fâcheuse, je me suis abstenu de le faire déshabiller, exempt de stigmates physiques de dégénérescence.

Il a plutôt l'air d'un homme de classe moyenne que d'un simple artisan. Sa physionomie, qui ne manque pas d'intelligence ni de finesse, est mobile et exprime tour à tour l'ironie dédaigneuse, l'orgueil du mégalomane, l'anxiété du persécuté et, lorsqu'il perd un instant l'empire qu'il a acquis sur lui-même, la colère d'un homme que les machinations de ses ennemis ont injustement privé de sa liberté. Il parle avec assez de facilité, s'exprime avec assez de correction, mais d'une manière prétentieuse, avec une politesse affectée et, malgré son application à bien dire, ses discours sont émaillés de bon nombre « de cuirs », de locutions et de tournures vulgaires qui suffiraient, à elles seules, à déceler son origine plébéienne.

La susceptibilité, la dissimulation et la violence de P... en font un des malades les plus difficiles à interroger que j'aie ren-

©BIUM

contrés. Sa défiance est extrême et la question la plus simple, le geste le plus naturel, sont pour lui une injure, une allusion blessante ou un piège. Parlant un jour de son attentat sur la personne de B..., je lui dis que je comprenais, à la rigueur, qu'il ait voulu se venger d'un homme dont les diffamations avaient empoisonné son existence et l'avaient placé entre la misère et le suicide, mais que c'était précisément la réalité de ces diffamations qui ne ressortait pas clairement de ses récits. A ces mots, il s'emporta, m'accusa de ne pas dire toute ma pensée, de me moquer de lui et m'enjoignit de me borner à le questionner sans plus de commentaires.

Dès son arrivée à l'asile, sa violence s'était manifestée par son attitude arrogante, ses récriminations, les coups qu'il avait portés, sans aucun motif, à un gardien. Pendant les premiers temps, il lui arriva plusieurs fois, en réclamant impérieusement sa sortie, de s'avancer sur moi les poings fermés et le regard menaçant. Depuis, probablement sous l'influence de sa femme, qui le visitait souvent, il s'était calmé ; mais l'observateur le moins exercé voyait aisément, à son attitude, à ses intonations, aux mouvements nerveux qui l'agitaient, que la colère grondait sourdement en lui et qu'un rien lui aurait suffi à mettre le feu aux poudres.

A mesure qu'il se maîtrisait, le malade devenait de plus en plus réticent. Il reconnaissait, sans doute, les faits matériels qu'il n'aurait pu nier sans se voir démenti par tous les témoignages et par ses propres déclarations antérieures ; mais l'interprétation qu'il en donnait avait changé du tout au tout. B... l'avait bien réellement diffamé ; mais il regrettait de s'être livré à son égard, sous l'influence d'une surexcitation passagère, à un acte aussi extrême, alors qu' « un nerf de bœuf eût suffi à le châtier ». Ses camarades d'atelier l'avaient bien persécuté parce qu'il ne voulait pas entrer dans leur syndicat ; mais il n'était plus question de « société secrète, de franc-maçonnerie ». La querelle avec le cocher n'avait plus aucun lien avec ses persécutions habituelles et n'était pas, non plus que la présence de la bande de voyous qui y intervint et la mauvaise volonté des garçons de café à le servir, l'indice d'un complot ourdi par ses persécuteurs pour le rendre fou ou l'entraîner à quelque acte de violence dont la perte de sa liberté eût été la conséquence. Il a bien éprouvé, le premier jour de son internement, des sensations analogues à celles que pourraient produire la présence de serpents dans son pantalon et dans son lit ; mais ce ne sont plus des tourments à

©BIUM

lui infligés, à l'aide du magnétisme ou de la suggestion par ses ennemis, dans le but machiavélique de lui faire perdre la tête et de justifier son envoi dans un asile d'aliénés. Il était particulièrement difficile, à cette époque de l'observation du malade, de « faire sortir » ses idées de grandeur. S'il s'était mis en habit noir et en cravate blanche, c'était pour accompagner son médecin à la Préfecture et non pour aller conférer sur les affaires de l'État avec de hauts personnages et il ne s'est rien passé de particulier à la cathédrale de Bourges où, professant des sentiments religieux, il s'était rendu, comme tous les fidèles, pour prier Dieu. D'autres fois, du reste, P... refusait catégoriquement de répondre à mes questions et me déniait tout droit de fouiller son passé : sa condamnation à trois mois de prison était, d'ailleurs, effacée par sa réhabilitation ; son attentat de 1883 l'est par l'ordonnance de non-lieu rendue en sa faveur ; sa première séquestration ne prouve nullement qu'il ait jamais été fou, puisque les médecins l'ont relâché après quelques semaines d'observation. Tout cela était de l'histoire ancienne, n'avait aucun lien avec sa situation actuelle et, en m'en occupant, j'agissais plutôt en juge d'instruction qu'en médecin. De quel droit soumettais-je sa vie passée à une inquisition aussi odieuse? Il n'avait nullement besoin de me suivre sur ce terrain et, d'ailleurs, concluait-il avec colère, « je n'ai qu'à vous répondre que j'ai tout oublié ».

Parfois, cependant, le malade quittait, pour un instant, son ton hautain et ses allures agressives. Tantôt, alors, il larmoyait et me parlait de son bonheur domestique brisé par mon obstination à le garder ; tantôt, s'efforçant de paraître bon enfant, il m'assurait que je n'aurais pas le cœur de le maintenir indéfiniment séparé de sa femme que son absence laissait seule, sans ressources et sans appui.

Il ne suit pas cependant de ce qui précède que l'examen de P... pût offrir des difficultés exceptionnelles pour un aliéniste de profession. Non, tout aliéniste un peu exercé eût facilement reconnu en lui, à travers le voile léger de réticence et de dissimulation qui les recouvrait, les éléments d'un délire de persécutions, voire même de grandeurs, bien caractérisé. Mais s'il lui eût été facile de se faire une idée personnelle, il eût eu plus de peine à tirer des réponses mêmes du malade des arguments assez topiques pour imposer sa conviction à des personnes incompétentes, à celles surtout qui se montrent toujours prêtes à prendre le parti de l'aliéné contre l'aliéniste et ne semblent pas

©BIUM

se douter que ce dernier aurait beaucoup plus d'avantage à céder à la pression de l'opinion publique qu'à lui imposer une résistance courageuse et désintéressée.

VII. — *Demande de sortie. — Expertise médicale. — Rapport concluant au maintien d'office : arrêté de maintenue. — Proposition de congé : mise en liberté.* — A peine eut-elle obtenu la séquestration de son mari, que M^me^ P.., comme il arrive d'ordinaire, réclama sa mise en liberté. Raconter toutes les démarches auxquelles elle se livra auprès des autorités, administrative et judiciaire, énumérer les influences qu'elle fit agir, signaler la pression qu'elle tenta d'exercer, aurait peu d'intérêt pour des collègues habitués à toutes ces manœuvres ; il me suffira de dire que P... fut soumis à deux expertises médicales : l'une, de la part de deux médecins de la ville désignés par sa femme ; l'autre, de celle de trois autres confrères commis par le tribunal, et que j'eus à adresser, à son sujet, bon nombre de rapports, tant au procureur de la République qu'à M. le préfet du Cher. Le tribunal ne se trouva pas assez éclairé par les rapports des médecins auxquels il avait confié l'examen du malade pour prendre, à son égard, une décision et le préfet le maintint d'office, d'abord pour une période d'observation d'un mois, puis pour un temps illimité, sur les conclusions du rapport suivant que je reproduirai, malgré sa longueur, parce qu'il résume assez bien l'observation que l'on vient de lire et les motifs de ma détermination.

« P... est un dégénéré héréditaire atteint de délire de persécutions systématisé compliqué d'idées de grandeur, de tendances persécutrices et d'impulsions dangereuses. Il appartient au groupe des aliénés dits « dégénérés persécutés-persécuteurs (1).

« Issu d'une famille névropathique, cet aliéné était, par ses antécédents héréditaires, un névropathe émotif doué d'une aptitude spéciale au délire. Condamné, il y a vingt ans, à trois mois de prison pour escroquerie, il reçut une impression profonde de cet événement qui devait servir de point de départ, de prétexte

(1) L'on verra, par la suite, que je revins plus tard sur cette partie du diagnostic. L'assertion que P... est un « persécuté-persécuteur », contestable au point de vue purement scientifique, est assez exacte, d'ailleurs, au point de vue pratique, pour que l'on soit autorisé à la maintenir dans un certificat administratif où elle a l'avantage de bien faire saisir de l'administration l'attitude et la tendance agressives du malade.

©BIUM

et de thème aux conceptions délirantes ainsi qu'aux actes extravagants et criminels qu'il devait manifester dans la suite. Plusieurs années après, alors que sa condamnation était oubliée, que, marié et heureux en ménage, bon ouvrier et gagnant bien sa vie, rien ne semblait plus devoir troubler la tranquillité de son existence, il s'imagina, sans aucune raison plausible, que sa faute était connue de tous et qu'un de ses camarades, le sieur B..., l'avait divulguée pour lui nuire et briser sa carrière. En 1883, désespéré, se voyant entouré d'ennemis et croyant son avenir perdu, il résolut de se venger, puis de mourir, attendit B... dans la rue, le blessa de quatre coups de revolver et tenta inutilement de se brûler la cervelle.

« Reconnu irresponsable sur un rapport de M. le Dr Blanche, P... fut interné à l'asile Sainte-Anne, puis à l'hospice de Bicêtre. Mis en liberté au bout de quelques semaines, il resta plusieurs années sans faire parler de lui, soit que ses conceptions délirantes se fussent atténuées ou eussent bénéficié d'une intermittence, soit qu'il ait réussi à les dissimuler et n'ait commis, sous leur influence, aucun acte de nature à attirer sur lui l'attention publique.

« Depuis deux ans, cependant, son délire semble avoir pris une activité nouvelle et, dans ces derniers temps, il devint si actif, le malade se livra à des scènes d'une extravagance et d'une violence telles que sa femme, justement effrayée, crut devoir provoquer son internement à l'asile de Beauregard où il fut admis sur un certificat de M. le Dr Rouillon. »

« L'affection mentale dont P... est atteint depuis plus de dix ans paraît se composer de deux éléments distincts. Sur un délire des persécutions déjà invétéré, qui a suivi ses périodes depuis sa période initiale d'inquiétudes vagues jusqu'à celles de systématisation et d'idées de grandeur, se sont greffés, au moins à deux reprises, des accès d'excitation maniaque avec illusions et hallucinations de la vue, de l'ouïe et de la sensibilité générale à la production desquels un certain degré d'imprégnation alcoolique ne paraît pas avoir été étranger.

« A son entrée à l'asile, P... présentait encore des troubles marqués de la sensibilité tactile et se montrait irritable, agressif et violent : il a même frappé, sans aucun motif, l'infirmier préposé à sa garde. Il est, aujourd'hui, plus tranquille, en apparence, affecte un calme et une correction d'allures qui ne sauraient tromper un œil exercé et dissimule de son mieux ses conceptions délirantes, ses idées de grandeur, notamment, sur

©BIUM

lesquelles certains de ses actes avant son internement, quelques propos qui lui échappent, son attitude, sa physionomie et les analogies tirées de l'observation, ne nous laissent, cependant, guère de doutes. Si son excitation du début est tombée, il conserve toutes ses conceptions délirantes, toutes ses idées de persécution et est plus convaincu que jamais qu'on lui en veut, que ses ennemis s'efforcent, par tous les moyens, de l'empêcher de travailler, que ses camarades tiennent absolument à l'affilier à leur société secrète, que le moindre geste, les paroles les plus insignifiantes sont combinés pour le mettre hors de lui et le rendre fou, que l'incident le plus léger et le plus fortuit fait partie d'un complot tramé en vue de sa perte. Il n'est pas jusqu'à ces hallucinations du toucher qu'il ressentait au début de son internement, que ses ennemis ne lui aient procuré par le « magnétisme » et tout aliéniste reconnaîtrait, dans ce seul fait et dans le seul emploi de ces termes, un délire de persécution déjà avancé. Il n'a nullement abandonné, d'ailleurs, ses sentiments de haine et son désir de vengeance ; car s'il affecte de regretter la tentative d'assassinat qu'il a commise, il y a quelques années, il est très décidé à se défendre contre ses persécuteurs et, pour peu qu'on le pousse, parle de les traiter, comme ils le méritent, à coups de poing, de cravache et de nerf de bœuf.

« P... est très probablement incurable, et tout ce qu'on peut espérer, c'est qu'il survienne dans l'évolution de son délire une de ces rémissions ou de ces intermittences assez fréquentes chez les aliénés héréditaires.

« Mis en liberté, il ne tarderait pas, nous en avons la quasi-certitude, à se montrer de nouveau dangereux pour l'ordre et la sûreté publiques, pour la sûreté, surtout, de ses ennemis imaginaires et des personnes auxquelles il croit pouvoir faire remonter la responsabilité de sa séquestration.

« Maintenu à l'asile, il aura probablement, dès que tout espoir de sortie immédiate sera perdu pour lui, un moment d'agitation et de révolte ; puis se calmera, au moins en apparence, se perfectionnera dans l'art de dissimuler son délire, tout en se livrant, peut-être, sur la personne de ceux qui le maintiennent ou qui le gardent, à quelque acte de violence, dicté soit par un esprit de vengeance, soit par le désir de forcer, par un éclat, la Justice et l'Opinion à reconnaître l'intégrité de sa raison et l'injustice de sa séquestration. P... est de la famille des malades qui tuent leur médecin.

©BIUM

« De l'examen du malade et des considérations qui précèdent, nous croyons pouvoir déduire les conclusions suivantes :

« Atteint du délire de persécution invétéré, compliqué de tendances persécutrices et d'impulsions violentes qui se sont déjà traduites par une tentative d'assassinat et de suicide, P... est un aliéné dangereux et, à ce titre, doit être maintenu dans un asile d'aliénés.

« En dehors de l'hypothèse très problématique de la guérison, la mise en liberté de ce malade ne pourrait être conseillée que s'il se produisait ultérieurement, dans son affection, un changement : rémission ou intermittence, propre à atténuer les dangers qui en résulteraient pour l'ordre et la sécurité publiques; encore de sérieuses mesures de surveillance devraient-elles être prises à son égard.

« Si, malgré les conclusions de ce rapport, l'administration devait ordonner la mise en liberté de P..., il serait prudent de le soumettre à une surveillance efficace et de se tenir prêt à le réintégrer d'office avant qu'il ait pu se livrer à ses actes de violences irréparables. »

En concluant ainsi au maintien peut-être indéfini de ce malade dans un asile d'aliénés, je n'ignorais pas la gravité de la mesure que ma conscience m'obligeait de proposer. Nos asiles ne sont pas faits pour conserver des malades de cette espèce et il y a quelque cruauté à y maintenir, dans l'étroite enceinte d'un quartier de surveillance, sans distractions comme sans occupations, un homme jeune, actif, non dénué d'intelligence, ignorant son mal et aimé de sa famille à qui sa présence est peut-être nécessaire. Mais si nous avons le droit et le devoir de signaler les lacunes de notre organisation manicomiale, nous n'en devons pas moins baser les avis que l'administration nous demande sur la vérité scientifique et le souci de la sécurité publique et, quelque intérêt que nous inspire la situation d'un aliéné, nous ne saurions, pour lui rendre une liberté qui ne serait, d'ailleurs, qu'éphémère, exposer la sûreté et peut-être la vie des personnes que nous avons le devoir de protéger contre les entreprises des aliénés dangereux.

P... resta ainsi plusieurs mois à l'asile de Beauregard. A la fin, ému des instances de sa femme et inquiet d'une altération profonde survenue dans son état général qui, bien que les résultats de l'examen microbiologique des crachats et de l'examen physique de l'appareil respiratoire eussent été négatifs, me faisait redouter un commencement de tuberculose pul-

©BIUM

monaire, je proposai à M. le préfet du Cher de lui accorder une sortie d'essai à la condition d'exercer sur lui une surveillance attentive. M. Gaston Carle ne crut pas devoir adopter cette idée et ordonna purement et simplement sa mise en liberté. P... alla passer quelque temps au sein de sa famille, dans la Nièvre, puis revint habiter Bourges, mais sans retourner dans les ateliers et je dois dire que, depuis près d'un an, il ne semble avoir rien fait qui fût de nature à motiver l'intervention de l'autorité (1).

(*A suivre.*)

---

(1) Au moment où je corrige les épreuves de ce travail (janvier 1893), rédigé au début de l'année 1892, P... *est réintégré depuis quelques jours, à l'asile de Beauregard où il a été placé, cette fois, d'office, à la demande de sa femme.* Je n'ai pas encore de renseignements très nets sur ce qui s'est passé depuis la sortie du malade ; Mme P..., que je n'ai pas encore vue, me renseignera, sans doute, à ce sujet et je sais seulement que son mari était devenu tellement violent que, plusieurs jours avant de se décider à réclamer l'appui de l'autorité, elle avait dû déserter le domicile conjugal. P..., bien que se possédant mieux que la première fois, me paraît plus persécuté que jamais. Il est très réticent : prié par moi de me renseigner sur les circonstances de sa nouvelle séquestration, il me regarda fixement, eut un sourire sarcastique et me répondit, d'un ton amer, cette phrase significative : « Allons, M. le docteur, vous le savez mieux que moi ! »

Je reviendrai, s'il y a lieu, dans un autre travail, sur l'histoire de cet intéressant persécuté qui peut devenir fort dangereux et avec lequel, je le prévois, je ne suis pas au bout de mes peines.

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 26 DÉCEMBRE 1892

Présidence de M. Th. ROUSSEL

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

A propos du procès-verbal.

M. RITTI. — Messieurs, je suis chargé de vous lire la note suivante de notre collègue M. CATSARAS, d'Athènes, en réponse à certaines critiques qui ont été faites à la communication que je vous ai lue, en son nom, dans la séance de juillet dernier :

Notre excellent collègue M. Charpentier a fait observer que, dans les cas rapportés dans mon travail « Contribution à l'étude des stigmates psychiques de la dégénérescence mentale », les signes de dégénérescence manquent. M. Ritti lui a fait très justement remarquer que ce sont précisément ces syndromes psychiques que je considère comme signes de dégénérescence. Je demande la permission de faire observer à M. Charpentier que l'analyse approfondie des conditions cliniques des hallucinations obsédantes et conscientes, et des autosuggestions à l'état de veille, conscientes et impulsives, présentées par les malades qui font les sujets de ce travail, met en évidence, d'une part, le caractère de la conscience et, de l'autre, les caractères de l'obsession-impulsion et de l'irrésistibilité, qui peuvent coexister avec le caractère de la conscience, mais ils ne lui sont pas subordonnés; car l'élément de la conscience peut exister sans l'élément de l'obsession et de l'impulsion, et sans l'élément de l'irrésistibilité ; l'angoisse elle-même lui est subordonnée jusqu'à une certaine mesure.

©BIUM

Eh bien, il est parfaitement établi et presque universellement admis, — ce n'est pas moi seul qui le suppose établi *a priori*, — que ces grands caractères cliniques sont propres aux stigmates de la dégénérescence mentale, ils ne manquent jamais, ils sont toujours constants et immuables.

Ces caractères cliniques, suivant la grande majorité des aliénistes, sont, pour ainsi dire, la marque de fabrique des stigmaes psychiques de la dégénérescence mentale. N'ai-je donc pas le droit de qualifier les hallucinations obsédantes et conscientes et les auto-suggestions à l'état de veille, du nom de stigmates psychiques de dégénérescence mentale, quand l'analyse clinique me donne tous les caractères, à savoir : l'obsession, l'impulsion, l'irrésistibilité, la conscience et l'angoisse, qui sont, je le répète à dessein, la marque de fabrique des stigmates psychiques et qui, par conséquent, démontrent que les hallucinations obsédantes et conscientes et les auto-suggestions à l'état de veille, conscientes et impulsives, sont, au même titre que les autres stigmates psychiques, des produits de la même fabrique? M. Séglas, observateur sagace, est arrivé aux mêmes résultats que moi, sans que l'un connût les idées de l'autre. Le savant professeur agrégé M. Ballet, appuyé sur les mêmes caractères des troubles hallucinatoires de son malade, à savoir : l'obsession et la conscience, a fait justement l'adjonction de l'hallucination de l'ouïe consciente et obsédante, à la liste des stigmates psychiques des dégénérés.

Par un surcroît de preuves, nous avons fait remarquer que l'hérédité, — bien qu'elle soit un facteur étiologique général, personne n'a mis en doute que sa part est beaucoup plus considérable dans la production des états dégénératifs, — l'hérédité, dis-je, *unie* à l'état mental antérieur et aux états psychiques concomitants, ne laisse pas le moindre doute sur la nature dégénérative du terrain sur lequel ont germé les troubles psychopathiques en question. Nier la nature dégénérative du terrain d'un malade tel que P. E., celui de l'*observation I* de mon travail, qui, à côté des conditions de naissance, présente un état mental antérieur parfaitement caractérisé, « il se prend, dis-je, de véritables accès de colère

©BIUM

au moindre motif, il est intelligent mais superficiel, son jugement n'est pas aussi développé. Sa volonté laissant beaucoup à désirer, ses déterminations commerciales étaient toujours lentes et indécises, et le pouvoir efficace d'agir disparaissait », qui, en outre, comme états psychopathiques concomitants, présente d'autres stigmates psychiques, tels que l'onomatomanie, l'écholalie, l'échoptarmisme, l'échochusmie, nier, dis-je, la nature dégénérative du terrain d'un malade comme celui-ci, c'est nier les dégénérescences mentales; car il ne manque au tableau que les signes physiques, qui, cela est bien connu, plus on monte dans l'échelle des dégénérés et qu'on arrive aux dégénérés supérieurs, s'observent de moins en moins : on ne peut avoir tout.

Mais notre collègue M. Charpentier n'accepte pas comme signe de dégénérescence l'état mental antérieur des malades. M. Charpentier ne veut pas reconnaître l'obsession, l'impulsion, l'irrésistibilité, la conscience, l'angoisse comme des caractères pathognomoniques des stigmates psychiques de la dégénérescence mentale, ce que notre éminent maître M. Magnan et ses élèves ont définitivement établi. M. Charpentier se demande même encore si les folies obsédantes, impulsives, sont elles-mêmes des manifestations de dégénérescence, ce qui est parfaitement établi par des éminents aliénistes, tels que Magnan, Schüle, Krafft-Ebing et autres. En plus, l'analyse physiologico-psychologique, qui est strictement appliquée à mon travail, de concert avec la clinique, a démontré que les hallucinations conscientes et obsédantes reposent sur la même base que les autres stigmates psychiques de la dégénérescence, à savoir sur le défaut d'équilibre, sur la mise en action consciente et incoercible d'un ou plusieurs centres cérébraux nettement indiqués dans mon travail. Or, Magnan, Schüle et un grand nombre d'auteurs ont fait ressortir que la désharmonie des diverses facultés, leur déséquilibration, constitue le fond et la caractéristique des états psychopathiques de nature dégénérative.

Je le demande, peut-on avoir un signe qui démontre la désharmonie des diverses facultés cérébrales, leur déséquilibration, c'est-à-dire la dégénérescence mentale, meilleur que l'automatisme conscient des images du

©BIUM

lobule pariétal inférieur, de la première temporale et de la circonvolution de Broca à l'insu de la volonté ? Pour ces raisons, il est de beaucoup plus préférable le terme de « déséquilibré », proposé par mon illustre maître M. Charcot ; ce terme répond parfaitement bien à ces états mentaux vraiment particuliers, tant au point de vue clinique que physiologico-pathologique.

Correspondance manuscrite et imprimée.

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre du Comité pour l'érection d'un monument à la mémoire de M. de Quatrefages.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Une famille de criminels ;* par le Dr Paul Aubry (de Saint-Brieuc) ;

2° *Annales de psychiâtrie et d'hypnologie*, numéros de novembre et de décembre ;

3° *Revue de l'hypnotisme*, numéro de décembre.

Élection du Bureau de 1893.

Il est procédé au scrutin :

1° Pour l'élection d'un vice-président. Sur 22 votants :

MM. Aug. Voisin obtient	15	voix.
Meuriot, —	4	—
Briand, —	1	—
Delasiauve, —	1	—
Bulletin blanc,	1	

M. Aug. Voisin est élu vice-président.

2° Pour l'élection d'un trésorier. Sur 22 votants :

MM. Jules Voisin obtient	19	voix.
Vallon,	1	—
Bulletin nul,	1	

3° M. Ritti est réélu secrétaire général par acclamation.

©BIUM

4° MM. René Semelaigne et Sollier sont réélus secrétaires annuels par acclamation.

La Commission des finances est composée de MM. Falret et Mitivié.

Le Conseil de famille est constitué par les membres du Bureau, auxquels sont adjoints MM. Bouchereau et Th. Roussel.

Le Comité de publication est composé de MM. Ballet, Briand et Dagonet.

Rapports de candidatures.

M. Christian. — Messieurs, au nom d'une Commission dont je fais partie, avec MM. Motet et Ritti, je viens vous faire un rapport sur la candidature de M. le Dr Coutagne, de Lyon, au titre de membre correspondant. Le nom et les travaux de M. Coutagne sont certainement connus de la plupart d'entre vous. Chef des travaux de médecine légale à la Faculté de médecine de Lyon, médecin-expert près les tribunaux, notre confrère s'est voué plus spécialement à l'étude des questions médico-légales ; collaborateur de M. le professeur Lacassagne, il a contribué pour une large part à donner à l'enseignement de la médecine légale le relief qu'il possède à la Faculté de Lyon.

Pour vous faire apprécier l'œuvre, déjà importante, de notre confrère, je n'aurais qu'à vous énumérer la liste de ses différents travaux : je me bornerai à vous parler de ceux qui nous intéressent plus particulièrement, de ceux qui ont trait aux problèmes médico-légaux que soulève la folie; M. Coutagne paraît les avoir étudiés avec une prédilection toute particulière.

Dans le courant de l'année scolaire 1887-1888, il a professé à la Faculté de droit de Lyon un cours sur la « Folie au point de vue judiciaire et administratif », imitant ainsi, et avec un égal succès, la tentative qui a si bien réussi à Paris à notre collègue Dubuisson. Ce cours est une étude complète des phases successives par lesquelles a passé, chez les hommes de loi, la conception même de la folie ; et, nécessairement, la législation appliquée aux aliénés a varié parallèlement.

Le moyen âge brûlait les fous ; peu à peu, on les a

©BIUM

traités d'une façon plus humaine. Enfin, notre Code, qui tout à l'heure aura un siècle de durée, les a émancipés au point de vue pénal, en déclarant solennellement « qu'il n'y a ni crime ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action ». C'est le régime sous lequel nous vivons : M. Coutagne le critique vivement.

Il y a, dit-il, dans tout crime ou délit, deux éléments : l'acte ou fait extérieur, dit *corps de délit*, et l'élément interne ou subjectif, tiré de *l'intention* du coupable.

Or, pour les philosophes et juristes, restés fidèles à une conception abstraite des lois pénales, et qui ont été les inspirateurs de notre Code, c'est *l'intention* seule qui crée la culpabilité, et cette intention ne saurait exister chez l'aliéné. Conclusion : il faut exonérer de toute pénalité l'aliéné qui a commis un crime ou un délit.

Mais qui ne voit, dit M. Coutagne, que c'est là une simple vue théorique? que personne ne saurait préciser où commence et où finit l'intention criminelle?

Ce n'est donc pas là que nous devons chercher le critérium de la responsabilité et le cachet de la criminalité; il n'existe, en réalité, que dans le dommage causé ou à prévenir. De telle sorte qu'il faudrait renverser le fameux article 64, et dire : « Il y a crime ou délit, lorsque le prévenu était en démence au temps de l'action. »

L'auteur va même plus loin : sa conscience « serait fort tranquille si les études qui se poursuivent passionnément depuis quelques années, malgré l'indifférence et même le mauvais vouloir des pouvoirs publics, devaient conclure à l'identité du *criminel* et du *fou* » (p. 144).

On voit que M. Coutagne est imprégné des doctrines de l'Ecole d'anthropologie italienne, ce dont il est, d'ailleurs, loin de se cacher.

Les théories qu'il adopte et qu'il expose avec talent et conviction, sont-elles destinées à triompher dans l'avenir? Je me garderai bien d'entrer dans le débat. Laissons le temps faire son œuvre et ne cessons de croire au progrès ; il est impossible que de l'immense labeur que les anthropologistes italiens ont accumulé dans ces dernières années, il ne reste pas quelque chose de durable.

Les idées qui dominent dans son cours de la Faculté

©BIUM

de droit, M. Coutagne les a également développées dans d'autres travaux, notamment dans son rapport sur *la Responsabilité légale et la séquestration des aliénés persécuteurs*, qu'il a lu au Congrès des aliénistes de France, tenu en 1891 à Lyon, dans ses communications au deuxième Congrès international d'anthropologie criminelle, dans les comptes rendus qu'il a fait paraître dans les *Archives d'Anthropologie criminelle*. Tous ces travaux méritent d'être lus et médités, je ne puis que les signaler ici.

M. Coutagne est également l'auteur d'un *Manuel des expertises médicales en matière criminelle*, parvenu à sa deuxième édition, ce qui en fait le meilleur éloge.

J'en ai assez dit, certainement, pour montrer combien la candidature de M. Coutagne est sérieuse ; la Société médico-psychologique n'aura qu'à s'applaudir d'avoir accueilli un confrère aussi distingué.

Conformément aux conclusions de ce rapport, M. Coutagne est nommé membre correspondant de la Société.

M. MOREAU (de Tours). — Messieurs, vous avez chargé une Commission, composée de MM. Roussel, Bouchereau et Moreau (de Tours), de vous présenter un rapport sur la candidature du Dr Rouby au titre de membre correspondant de la Société médico-psychologique.

M. le Dr Rouby, médecin à la maison de santé dite des Capucins, à Dôle (Jura), présente, à l'appui de sa demande, quelques travaux scientifiques sur divers points de médecine mentale :

1° Mémoire sur l'article 29 de la loi du 30 juin 1838 (Compte rendu du Congrès de médecine mentale, 1878);

2° Observation d'un cas de manie raisonnante ;

3° Les aliénés persécuteurs dans l'histoire, Ravaillac;

4° Communication sur la loi de 1838 (Congrès de Lyon) ;

5° Du secret médical (Congrès de Blois).

Notre confrère n'est pas un inconnu parmi nous. Dès 1878, au Congrès de médecine mentale, il s'est fait connaître par un très remarquable travail sur un des articles de la loi de 1838 (art. 29).

Cet article, vous le savez, concerne la mise en liberté des aliénés, demandée au tribunal du lieu. Le Dr Rouby,

©BIUM

qui à cette époque dirigeait déjà, depuis huit ans, une maison de santé, a eu à exécuter la mise en liberté de quatre malades, malgré ses certificats constatant leur état mental, malgré aussi ses demandes d'examen par quelques-uns de ses collègues. Les juges ont agi selon leur conscience, et leur jugement, rendu de bonne foi, doit être respecté. Ils se sont trompés pourtant ; trois fois le plus triste résultat a été obtenu. L'auteur expose ensuite, très en détail, les quatre observations et laisse au lecteur à décider de quel côté est la vérité, dont la recherche doit être le but unique de tous ceux qui s'occupent de ces questions, magistrats ou médecins. Or, de la lecture de ces faits, nous voyons que deux des malades savaient qu'ils ne seraient pas mis en liberté s'ils parlaient de leurs hallucinations ; ils ont nié, ils ont trompé leurs juges. A un médecin, ils n'auraient pu cependant cacher longtemps l'un son électro-magnétisme, l'autre son diablotin. Les deux autres aliénés, atteints l'un d'épilepsie, l'autre de manie raisonnante, ont été mis en liberté parce qu'ils étaient lucides.

La critique de M. Rouby porte sur l'article 29 de la loi du 30 juin, et il pense que, d'après ses observations, il est impossible de maintenir cet article tel qu'il est. Il ne faut plus que, seul, un tribunal décide si un malade est aliéné ou non. Il faut avoir recours à des juges compétents en la matière.

Les autres travaux de notre distingué confrère portent la marque d'un esprit profond d'observation, d'un travail consciencieux et éclairé. En se l'attachant, la Société médico-psychologique comptera un membre dont les travaux seront toujours accueillis avec reconnaissance. En conséquence, Messieurs, votre Commission est d'avis d'accorder au Dr Rouby le titre qu'il sollicite de vous.

Conformément aux conclusions du précédent rapport, M. Rouby est nommé membre correspondant de la Société.

M. René Semelaigne. — Le Dr Urquhart, superintendant du James Murray's Royal Asylum, sollicite le titre de membre associé étranger de la Société médico-psychologique. Il en est digne à tous égards, et je suis heureux de pouvoir appuyer sa demande et vous prier de l'accueillir parmi nous.

©BIUM

Secrétaire et examinateur, pour l'Écosse, de l'Association médico-psychologique de Grande-Bretagne et d'Irlande, membre associé de la Société de médecine mentale de Belgique, membre correspondant de la Société de médecine légale de New-York, le Dr Urquhart, bien qu'âgé de quarante ans à peine, dirige, depuis près de treize ans, l'asile royal de Perth, fondé par James Murray en 1827. Il avait précédemment occupé le poste de médecin-adjoint à l'asile de district de Perth, pendant quinze mois, à l'asile du comté de Berks, durant deux ans, et à celui du comté de Warwick, pendant neuf mois. Dans les diverses fonctions qu'il a remplies, il s'est concilié l'estime et la considération de tous ceux qui l'ont approché, grâce à son affabilité, son dévouement et son savoir.

Le nombre et l'importance de ses travaux exigeant un développement que m'interdisent les limites étroites d'un rapport de candidature, je dois me borner à vous en présenter le relevé.

Le Dr Urquhart a publié :

1° Un manuel destiné à l'instruction des gardiens des aliénés ;

2° De nombreux articles dans les *Transactions de l'Association médicale du Perthshire*, dont il est l'éditeur ;

3° Un mémoire sur les Asiles égyptiens ;

4° Un mémoire sur les Asiles d'Australie ;

5° Un mémoire sur la décoration et l'ameublement des Asiles ;

6° Une description des nouveaux bâtiments édifiés au James Murray's Royal Asylum ;

7° Un travail sur un cas de microcéphalie ;

8° Un mémoire sur l'anthropologie criminelle ;

9° Un mémoire sur la folie syphilitique ;

10° Un mémoire sur une tentative de suicide ;

11° Un travail sur un cas de perversion sexuelle ;

12° Un mémoire sur le traitement des aliénés à domicile ;

13° Des conférences sur le cerveau et le système nerveux ;

14° Des conférences sur l'hypnotisme ;

©BIUM

15° Des articles dans le *Dictionnaire de médecine psychologique*, du Dr Hack Tuke, sur :

a. La construction des Asiles;
b. Les soins à donner aux aliénés ;
c. La législation écossaise sur les aliénés ;
d. Les Asiles royaux de l'Ecosse ;
e. La folie en Espagne ;
f. La bibliographie concernant l'aliénation mentale ;
g. Les Sociétés établies pour l'étude de la folie.

Enfin, le Dr Urquhart a publié, dans diverses revues, un grand nombre d'observations. Vous voyez, messieurs, que son œuvre est importante et le recommande à vos suffrages. Je viens donc vous prier, au nom de votre Commission, de décerner au Dr Urquhart le titre de membre associé étranger.

Conformément aux conclusions de ce rapport M. Urquhart est nommé membre associé étranger de la Société.

La séance est levée à cinq heures et demie.

PAUL SOLLIER.

SÉANCE DU 30 JANVIER 1893

Présidence de MM. TH. ROUSSEL et J. CHRISTIAN.

Installation du Bureau.

M. THÉOPHILE ROUSSEL. — Messieurs, avant de procéder à l'installation des membres du Bureau, élus à la dernière séance, j'ai, conformément aux précédents de la Société médico-psychologique, à jeter un coup d'œil en arrière sur les principaux faits, intéressants pour elle, qui ont marqué l'année qui vient de finir.

J'ai à rappeler d'abord les pertes qu'elle a faites ; la mort lui a enlevé un de ses membres honoraires, qui a figuré au nombre de ses fondateurs, M. Alfred Maury, membre de l'Académie des inscriptions et belles-lettres ; un de ses membres correspondants, M. Prosper Despine, de Marseille, et trois de ses associés étrangers, MM. Steen-

©BIUM

berg, de Danemark, Fiordispini, de Rome, et Fetscherin, de Suisse.

En réparation de ces pertes, 15 nouveaux membres ont été élus, dont trois, au titre d'associés étrangers, MM. Clémens Neisser, d'Allemagne, Paschoud, de Suisse, Urquhard, d'Ecosse, et douze membres correspondants, à savoir :

M. Boubila, médecin en chef de l'asile de Marseille, M. Henri Coutagne, de Lyon ;

Six médecins-adjoints de nos asiles publics, MM. Bonnet, de Saint-Robert; Paul Sérieux, de l'asile de Ville-juif ; Marie, de l'asile d'Evreux ; Nicoulau, de Saint-Yon ; Pactet, de Sainte-Anne; Colin, de Sainte-Gemmes ;

Trois anciens internes des asiles de la Seine, MM. Roubinovitch, Toulouse et Boëteau; enfin, M. Rouby, médecin à Dôle.

Pour ce qui constitue l'œuvre scientifique de la Société en 1892, je ne puis en présenter qu'une table des matières sommaire, en écartant de nombreux et souvent très substantiels rapports sur les candidatures et sur des ouvrages offerts à la Société.

Je dois noter : deux communications de M. Charpentier : l'une, qui a donné lieu à une intéressante discussion, sur les *Aliénés à séquestrations multiples ;* l'autre, sur les *Folies du caractère et leurs rapports avec les asiles spéciaux.*

Un travail de M. Baret, membre correspondant, sur *Un délire névropathique avec dédoublement de la personnalité*, observé au Japon ; une étude de M. Sollier sur la *Mise en liberté des aliénés persécutés*, et la discussion qui a suivi.

Une communication de M. Christian sur les *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*, communication suivie de discussion.

La lecture par M. Ritti d'un mémoire intitulé : *Contribution à l'étude des stigmates psychiques de la dégénérescence mentale*, par M. Michel Catsaras, professeur agrégé de psychiâtrie à la Faculté d'Athènes et médecin de l'asile de Dromocaïtis.

Deux communications de M. Roubinovitch : l'une, sur

©BIUM

Un cas de maladie (tics convulsifs) avec mouvements par obsession ; l'autre, intitulée : *Contribution à l'étude clinique des hallucinations verbales psycho-motrices.* Ces deux travaux ont donné lieu à des discussions.

Il faut ajouter à ce bilan scientifique la proposition développée par M. Falret et admise par un vote unanime de la Société, pour la mise à l'ordre du jour des prochaines délibérations, de la question des *Variétés cliniques du délire des persécutions.*

Ce bilan de l'année 1892 serait trop incomplet s'il n'y avait pas place pour un souvenir reconnaissant au Congrès de médecine mentale de Blois.

Les congrès nationaux annuels des médecins aliénistes, aussi bien que le Congrès international de 1889, dont l'organisation et le succès sont dus, pour une si grande part à son président Falret et à son secrétaire général Ritti, sont l'œuvre de la Société médico-psychologique, œuvre utile à la science comme à ceux qui s'y dévouent et pleine d'avenir, si la constance des efforts reste au niveau des difficultés de la tâche.

L'impression vive de satisfaction que j'ai gardée de Blois, où mon rôle scientifique a été des plus effacés, pourrait être à bon droit suspectée, à cause des agréments attachés à la place d'honneur que j'ai occupée comme représentant de la Société à la présidence du Congrès ; mais le compte rendu des séances et la publication des mémoires sont là pour attester les profits que doit retirer la médecine mentale de ces cinq journées, passées, en temps de vacances, dans cette pittoresque ville de la Loire, où, au sortir des discussions du Congrès, nous nous retrouvions en face des plus curieux monuments de la Renaissance, au milieu de souvenirs historiques pleins d'intérêt, accueillis, fêtés, avec une bonne grâce et une courtoisie toutes françaises, par des hôtes d'une infatigable bonté. J'ai la certitude d'être l'interprète de tous mes collègues du Congrès, en exprimant ici le souvenir reconnaissant que nous gardons de la ville de Blois, de sa municipalité, qui a mis à la disposition du Congrès sa nouvelle mairie, nous a fait les honneurs du château, aujourd'hui propriété communale; de M. le préfet Sainsère, qui a voulu présider à l'installation du Bureau, et s'est fait presque un des nôtres, et surtout de

©BIUM

ces deux excellents collègues blaisois qui ont tout préparé et dirigé, le président et le secrétaire infatigable du Comité d'organisation, MM. Bouchereau et Doutrebente.

Il me reste, mes chers collègues, à vous adresser mes remerciements personnels. Il y a deux ans, vous avez appelé à siéger à ce Bureau un ancien externe de Falret, ancien interne provisoire de Mitivié et qui a dû à ces deux maîtres son premier succès d'études comme lauréat des Hôpitaux. Depuis cette époque lointaine, les titres à votre estime qu'il a pu acquérir prouvent bien moins son savoir que l'amour persévérant qu'il porte à cette belle et haute branche des sciences médicales que vous cultivez, qui l'attirait fortement à ses débuts, de laquelle il n'a été écarté que par la force des choses. Cela vous a suffi pour m'appeler, sur mes vieux jours, à occuper le fauteuil illustré par mes premiers maîtres. Il ne pouvait pas m'être fait un honneur mieux senti, et je dois ajouter, un honneur plus mêlé d'agrément. Assis en 1891, à la droite de M. le président Bouchereau ; siégeant en 1892, entre M. le vice-président Christian et M. le secrétaire général Ritti, j'ai passé, à suivre, de cette place que je vais quitter à regret, les communications et les discussions de ces deux années, des heures dont le souvenir ne s'effacera pas. Grâce, d'abord, à l'affabilité simple et franche de mes voisins du Bureau et, finalement, à leur cordialité amicale, j'emporterai, mes chers collègues, de l'honneur que vous m'avez fait une gratitude que je sens plus vivement que je ne pourrais le dire. Aussi, je me borne à dire, en quittant ce fauteuil : Je vous remercie du fond du cœur.

Nous allons procéder maintenant à l'installation des membres du Bureau élus à la dernière séance. J'invite M. le président Christian à venir occuper le fauteuil de la présidence ; j'invite M. le vice-président Voisin et M. le secrétaire général Ritti à venir prendre leurs places à côté du président.

M. CHRISTIAN. — Messieurs, ce n'est pas seulement pour obéir à la tradition que je vous demande, au moment de prendre possession du fauteuil de la présidence, de voter des remerciements au maître éminent qui m'y a précédé ; en le faisant, je ne suis que votre interprète à tous.

©BIUM

La Société médico-psychologique honore en M. Roussel non seulement le savant dont les travaux sur la pellagre sont restés classiques, dont l'activité laborieuse s'est portée sur les sujets les plus divers, mais encore le philanthrope éclairé qui, depuis près d'un demi-siècle qu'il a paru dans nos assemblées délibérantes, a su attacher son nom aux lois les plus bienfaisantes et les plus tutélaires.

Si l'Etat a pris des mesures pour la répression de l'ivrognerie, pour l'assistance des enfants moralement abandonnés, pour la surveillance du travail des enfants, c'est à M. Roussel que nous le devons, et il n'est que juste que ces lois gardent le nom de celui qui en a été le promoteur. Quand il s'est agi de reviser la loi de 1838, M. Roussel s'est trouvé tout désigné pour être au Sénat le rapporteur de la nouvelle loi, et vous connaissez l'œuvre importante qu'elle lui a inspirée.

Ce sont là des titres qui font de M. Roussel l'un des nôtres, et non des moins méritants. C'est un honneur pour notre Société de compter parmi ses membres un homme dont la vie, déjà longue, a été tout entière consacrée au bien, sans une défaillance, sans un moment de découragement. Aux heures les plus difficiles, M. Roussel a su rester lui-même et toujours tendre ses efforts et sa volonté vers le noble idéal qu'il s'était proposé. Les honneurs sont venus le trouver : ils n'ont été que la consécration d'une belle et méritante carrière.

Je suis, quant à moi, profondément touché de l'honneur que vous m'avez fait en m'appelant à présider vos travaux. Dans ce fauteuil, où j'ai vu se succéder tant de maîtres et de collègues éminents, je m'inspirerai de leurs exemples. Votre bienveillance ne me fera pas défaut ; elle me facilitera la tâche.

Je retrouve au Bureau de précieux collaborateurs ; par un vote unanime vous avez maintenu vos secrétaires annuels, MM. R. Semelaigne et Sollier, qui savent rendre vos discussions d'une manière si vivante et si exacte. Votre secrétaire général, M. Ritti, vous l'avez vu à l'œuvre depuis de longues années ; vous connaissez son zèle qui ne s'est jamais ralenti. Comme moi vous espérez qu'il ajoutera quelque page nouvelle à ce livre d'or où il a su faire revivre quelques-uns de nos

©BIUM

grands disparus. Vous avez appelé à la vice-présidence M. Aug. Voisin qui a été si longtemps pour nous un ministre des finances irréprochable : son successeur au Trésor n'aura qu'à s'inspirer de ses exemples.

Et maintenant, Messieurs, au travail. Notre science, comme toutes les sciences, se modifie sans cesse. Des questions, que l'on croyait résolues, se posent de nouveau. Notre horizon s'élargit. Assurément, si l'on se reporte à près d'un demi-siècle en arrière, si l'on considère le travail que notre Société a accompli, on conviendra qu'elle est toujours restée fidèle à son programme, qu'elle a cherché la vérité, et, disons-le bien haut, qu'elle a été une source féconde de progrès. Ce qu'elle a été dans le passé, elle le sera dans l'avenir ; elle vivra, comme elle a vécu, par la libre discussion, et l'année qui commence ne sera pas inférieure à ses aînées.

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le Dr Rouby, de Dôle, remerciant la Société de lui avoir décerné le titre de membre correspondant;

2° Une lettre de M. le Dr Henry Coutagne, de Lyon, remerciant la Société de lui avoir accordé le titre de membre correspondant;

3° Une lettre de M. le Dr Urquhart, remerciant la Société de lui avoir donné le titre de membre associé étranger.

La correspondance imprimée comprend :

Le numéro de janvier 1893, de la *Revue de l'hypnotisme* et des *Annales de psychiâtrie.*

Mémoires envoyés pour les prix à décerner en 1893.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL énumère les mémoires envoyés à la Société pour les prix à décerner dans la séance solennelle du mois d'avril 1893 :

©BIUM

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

Deux mémoires ont été envoyés :

N° 1. — Épigraphe :

« On l'emporte souvent sur la duplicité
En allant son chemin avec simplicité. »
(Gresset, *Le Méchant*, acte I, scène I.)

N° 2. — Épigraphe : « *Fac et spera.* »

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

Un seul mémoire, ayant pour épigraphe la phrase suivante : « Ils ont des yeux pour ne point voir et des oreilles pour ne pas entendre. »

PRIX ESQUIROL. — 200 francs, plus les œuvres d'Esquirol.

Cinq mémoires ont été envoyés.

N° 1. — *Des troubles visuels chez les aliénés.* — Épigraphe : « Aucune hallucination n'a lieu sans l'intervention des sens. » (Baillarger.)

N° 2. — *Du tremblement de la langue chez les aliénés, en particulier chez les paralytiques généraux, et de son étude par la méthode graphique.* — Epigraphe : « *Primum observare.* »

N° 3. — *De la dissimulation des idées de grandeur, dans le délire chronique des persécutions.* — Épigraphe : « Les aliénés sont, comme dit Locke, semblables à ceux qui posent de faux principes d'après lesquels ils raisonnent très juste, quoique les conséquences en soient erronées. » (Esquirol, t. I, p. 13.)

N° 4. — *Observations et réflexions sur les maladies nerveuses chroniques des enfants.* — Épigraphe : « Pour bien connaître les choses, il faut en savoir les détails. »

N° 5. — *Contribution à l'étude de la dégénérescence héréditaire, envisagée spécialement chez les enfants à mauvais instincts.* — Epigraphe : « Mieux vaut prévenir le crime que d'avoir à le punir. »

PRIX MOREAU (de Tours). — 200 francs.

Trois thèses ont été envoyées :

N° 1. — *Des hallucinations génitales et des idées érotiques chez les persécutés ;* par le Dr Maurice Hamel.

©BIUM

N° 2. — *Tabes et paralysie générale;* par le Dr Nageotte.

N° 3. — *De la paralysie générale due aux excès alcooliques;* par le Dr Henry Berbez.

Nomination des Commissions de prix.

Prix Aubanel. — MM. Briand, Charpentier, Falret, Joffroy, René Semelaigne.

Prix Belhomme. — MM. Dagonet, Garnier, Magnan, Séglas, Aug. Voisin.

Prix Esquirol. — MM. Bouchereau, Falret, Mitivié, Ritti, Sollier.

Prix Moreau (de Tours). — MM. Arnaud, Ballet, Marandon de Montyel, Moreau (de Tours), Vallon.

Rapport de la Commission des finances.

M. Mitivié. — Messieurs, vous avez chargé MM. Falret et Mitivié d'examiner la situation financière et la gestion du Trésorier pendant l'année 1892. De notre examen il résulte :

Qu'au 31 décembre 1891 l'encaisse était de.	Fr.	9,054 80
auxquels il faut ajouter les recettes de 1892 s'élevant à.		1,446 50
et formant un total de.		10,511 30
Les dépenses de l'année montent à. . .		1,010 85
Il reste donc en définitive en caisse au 31 décembre 1892.		9,500 45

Ces 9,500 fr. 45 se décomposent ainsi :

Rentes et legs Bourdin.	Fr.	5,090 05
Argent disponible.		4,410 40

A ces chiffres il faut ajouter les sommes disponibles sur les caisses particulières répondant aux fondations de prix :

Caisse Aubanel.	Fr.	2,594 45
Caisse Belhomme		635 »
Caisse Moreau (de Tours).		250 »
Total. .	Fr.	3,479 45

©BIUM

Chiffre qui s'augmentera de 1,200 francs dans l'année, par les arrérages à toucher.

L'avoir total disponible au 1er janvier 1892
est donc de. 12,979 90
supérieur de. 635 65
à celui de l'an passé.

Cette somme assure largement le fonctionnement de la Société, lui permet de donner aux prix un chiffre très respectable, et donne toute sécurité pour l'avenir.

La somme de 4,410 francs, sans emploi défini, sera placée dès que M. le Trésorier jugera le taux des valeurs favorable.

Ces chiffres, Messieurs, disent par eux-mêmes la situation prospère de notre Société et, sans insister sur la régularité et l'exactitude des comptes, nous ne pouvons que remercier M. le Trésorier de sa sage et économe administration. Il a bien voulu, pendant vingt-sept ans, de 1865 à 1892, continuer ces fonctions quelque peu ingrates, retardant toujours les honneurs de la présidence auxquels vos suffrages viennent de l'appeler, bien que, depuis longtemps, ses mérites l'avaient désigné à votre choix. Le dévouement qu'il a témoigné dans ses modestes fonctions vous est un sûr garant des services qu'il rendra à la tête de votre Compagnie. Votre Commission fait acte de justice en vous demandant de voter des remerciements à M. Voisin pour sa longue et si utile gestion.

Ces conclusions, mises aux voix, sont adoptées à l'unanimité.

Rapport de candidature.

M. Marcel Briand. — Messieurs, je viens au nom d'une Commission composée de MM. Garnier, Marandon de Montyel et Briand, vous proposer d'agréer M. le Dr Lwoff comme membre correspondant de notre Société.

Notre confrère n'est pas un inconnu pour vous; il est venu plusieurs fois vous faire des communications sur divers sujets d'aliénation mentale, à l'étude de laquelle il s'est adonné tout spécialement.

Reçu interne des asiles de la Seine à la suite du concours de 1887, il y est resté attaché en cette qualité

©BIUM

pendant trois années à Vaucluse, à Villejuif et au bureau central d'admission de l'asile Sainte-Anne.

En 1891, il a été nommé, après de brillantes épreuves, médecin-adjoint des asiles de la région de Paris. Il en remplit actuellement les fonctions à l'asile d'Auxerre.

C'est pendant son internat à Villejuif qu'il a fait ses débuts dans la littérature médicale. On s'occupait beaucoup, peut-être même trop, à cette époque, de pratiques d'hypnotisme qui prêtent si facilement aux abus. Signaler ceux-ci était faire une œuvre utile. Profitant d'un cas qui se trouvait dans mon service, il l'a étudié en collaboration avec votre rapporteur, et de la relation que nous en avons faite dans la *Revue de l'hypnotisme*, il résulte, qu'à la suite de manœuvres maladroites d'hypnotisme tentées par un homme incompétent, un accès de délire avec tentative de suicide a pu être produit chez une prédisposée. L'attention du Dr Lwoff étant éveillée sur ce sujet, il vous apporta, dans le mois de février 1889, une nouvelle observation du même genre recueillie encore à Villejuif. Il s'agissait d'une prédisposée hystérique qui servait de « voyante » à un curé défroqué. Celui-ci l'hypnotisait et l'utilisait à faire des diagnostics chez ces nombreux malades qui viennent toujours en foule trouver les charlatans.

A propos de cette observation, le Dr Lwoff se demande si, en général, on ne doit pas condamner la thérapeutique par l'hypnotisme chez les déséquilibrés, étant donné que l'état hypnotique trop fréquemment provoqué n'est pas déjà sans danger par lui-même, pour l'équilibre mental.

Au mois de juin 1888, le Dr Lwoff vous a apporté une observation très détaillée d'un cas de délire chronique qu'il avait observé également dans mon service.

C'était à l'époque de la discussion sur le délire chronique à évolution progressive. Dans ces conditions, un fait bien établi n'était pas sans offrir quelque intérêt. J'ajoute que dans cette observation, l'auteur a pu, à l'aide des écrits de la malade, faire la preuve de la transformation du délire de persécution en délire de grandeur par le syllogisme de Foville.

Au mois de juillet 1889, notre confrère vous a présenté un autre malade qu'il avait eu l'occasion de suivre

©BIUM

pendant deux ans dans les asiles de Vaucluse et à Villejuif.

C'était un individu atteint d'un trouble vaso-moteur dont on s'est beaucoup occupé dans ces derniers temps, mais qui, à l'époque, constituait une véritable rareté pathologique. Il n'existait alors que trois ou quatre cas de ce genre dans la littérature médicale.

Il s'agissait d'une forme particulière d'urticaire, développée sous l'influence de la moindre irritation de la peau. Le Dr Lwoff, après en avoir fait la description, proposait de donner à ce phénomène le nom « d'urticaire graphique » ; les plaques en relief avaient, en effet, la plus grande ressemblance avec l'urticaire vraie et cette dénomination avait l'avantage d'indiquer en même temps le moyen par lequel on les provoquait. Le nom d'autographie ou autographisme, aujourd'hui plus généralement employé pour désigner ce trouble vaso-moteur, est moins heureux que le terme mis en avant par M. Lwoff, puisqu'il faut une cause extérieure pour provoquer le phénomène.

Au mois de mai 1889, M. Magnan faisait part à la Société de Biologie, en son nom et en celui de M. Lwoff, des résultats des recherches faites en commun sur le chlorhydrate d'hyoscine (*Sur quelques effets thérapeutiques du chlorhydrate d'hyoscine*).

Le chlorhydrate d'hyoscine n'avait pas jusqu'alors été employé en France.

En 1890, le Dr Lwoff présentait pour le concours de la médaille d'or de l'internat des asiles, un mémoire qui lui a plus tard servi de thèse inaugurale. Il portait comme titre : *Etude sur les troubles intellectuels, liés aux lésions circonscrites du cerveau, considérés surtout au point de vue du diagnostic avec la paralysie générale.*

Ce mémoire est basé sur trente et une observations personnelles, dont dix avec autopsies et presque toutes recueillies par l'auteur dans le service de l'Admission.

Rappelons que la Société médico-psychologique a proposé, il y a quelques années, un sujet analogue pour le prix Aubanel et que personne n'a répondu à l'appel. On peut dire que le principal intérêt de ce travail peut ainsi se résumer : étant donné un malade porteur d'une lésion circonscrite du cerveau et chez qui les troubles

©BIUM

moteurs n'ont pas existé ou ne sont pas ou peu apparents, arriver à pouvoir rattacher ces troubles intellectuels à leur cause et faire le diagnostic différentiel.

L'auteur insiste sur ce fait que, dans les lésions circonscrites, on trouve une intelligence à lacunes, que les facultés sont inégalement atteintes et, qu'à côté d'une faculté fortement endommagée, on trouve une autre peu touchée. Enfin, chaque faculté qui est une chose complexe, n'est pas également troublée dans tous ses éléments constitutifs.

Quant aux idées délirantes, l'auteur leur attache moins d'importance, étant donnée leur variabilité. Cependant leur plus grande instabilité, la fréquence des idées de persécution, les modifications de caractère, sont encore pour lui éléments de jugement qu'il ne faut pas négliger.

On a dit qu'une oreille exercée distinguait facilement les troubles de l'articulation chez un paralytique général de ceux qui accompagnent l'hémiplégie. En admettant cette assertion comme exacte, M. Lwoff fait remarquer que tous les médecins ne sauraient prétendre à posséder cette oreille exercée. Un signe de diagnostic objectif pourrait remédier à tout et, ce signe, l'auteur dit l'avoir trouvé. Il le désigne sous le nom d'hémi-tremblement des lèvres et des muscles de la face. Avant d'en donner la description, l'auteur rappelle que la contracture chez les anciens hémiplégiques n'est pas toujours manifeste et ne se produit souvent qu'à l'occasion des mouvements intentionnels. Les névropathologistes donnent à cette contracture le nom de contracture latente. Or, chez les hémiplégiques très améliorés, la déviation de la face est corrigée par une contracture de muscles du côté paralysé. Faites parler le malade et vous constatez un embarras de la parole avec tremblement fibrillaire; examinez-le de près, quand il parle, et vous verrez que le tremblement ne se produit que du côté où existe la contracture latente et qu'il ne se manifeste qu'à l'occasion de la parole, laquelle n'est autre chose qu'une série de mouvements intentionnels. Cet hémi-tremblement aurait surtout de l'importance parce qu'il servirait à faire le diagnostic dans les cas les plus difficiles. Là où le tremblement fibrillaire n'existe pas, le diagnostic ne présente pas beaucoup de difficulté.

©BIUM

Il nous reste encore à mentionner deux communications que l'auteur a faites au mois de janvier 1892, à la Société médicale de Nice, sur le diagnostic de la paralysie générale et sur l'emploi de la camisole de force chez les aliénés.

Tels sont les titres par lesquels M. Lwoff se recommande à vos suffrages. Votre Commission vous propose d'accueillir favorablement la demande qu'il vous a adressée.

Conformément à ces conclusions, M. le Dr Lwoff est nommé membre correspondant de la Société.

Note sur un cas de délire des négations.

M. Ritti. — Messieurs, M. le Dr Edouard Toulouse, médecin-adjoint de l'asile Saint-Yon, membre correspondant de la Société, m'a envoyé le travail suivant qu'il m'a chargé de vous lire :

Le délire des négations est aujourd'hui à l'étude. Décrit d'abord par Cotard, qui, sans en faire nettement une entité morbide, l'a comparé, par son évolution et sa systématisation, au délire des persécutions à marche progressive, il a fait récemment l'objet de travaux importants dus à MM, Séglas, Camuset et Arnaud. Enfin une discussion a eu lieu à son sujet au Congrès des aliénistes. L'accord est loin d'être fait sur cette question. Aussi est-il nécessaire que, pour éclairer les débats, toutes les observations de délire des négations systématisé soient publiées. On jugera mieux de la théorie quand les faits seront plus nombreux.

J'apporte la relation d'un cas qui, pour cette raison, présente, je le crois, un certain intérêt.

Observation. — Mme Mand..., soixante-deux ans, née le 8 mai 1831.

Antécédents héréditaires. — Père mort à soixante dix-neuf ans d'une maladie de cœur; sobre, très vif, emporté. Etait sujet à des accès de colère violents.

Mère morte à quatre-vingt six ans des suites d'une chute (?). Très vive aussi. Se disputait fréquemment avec son mari.

De cette union, naquirent huit enfants, dont la malade. Trois moururent en bas âge. Des cinq autres :

Le premier, garçon, mourut, à quarante ans, des fièvres palu-

©BIUM

déennes. Noceur et buveur, il n'a jamais pu rien faire. Avait appris le métier de serrurier, ne l'exerça jamais. Soldat, il fut envoyé dans une compagnie de discipline. Non marié.

La deuxième, fille, a été enfermée à l'asile Saint-Yon deux fois. La première fois, elle était âgée de dix-huit ans ; elle vint à l'asile après un accouchement. Morel rédigea d'abord le certificat suivant : « Exaltation de la sensibilité morale. Se fait des reproches immérités. S'accuse d'infanticide. Actes violents. » Et cet autre plus tard : « Mélancolie extrême. S'accuse d'avoir tué son enfant. » La malade retourna à Saint-Yon à l'âge de quarante-sept ans, y passa environ deux mois. Elle présenta de la dépression mélancolique, avec idées de culpabilité et dégoût de la vie. Cette sœur aînée de la malade a eu sept enfants dont quatre sont morts : l'un se serait suicidé (?) ; une autre aurait été sujette à des attaques de nerfs (?).

La troisième, fille, serait saine et bien portante. Elle a eu sept à huit enfants, dont deux sont morts.

Le quatrième, garçon, serait mort d'une maladie de cœur à trente-huit ans. Sa femme aurait eu douze grossesses, dont une seule se serait terminée heureusement. Cet enfant serait sain d'esprit.

La cinquième est la malade.

Une tante paternelle est devenue aliénée après une couche. Elle a été internée à Charenton et est morte à soixante-dix-huit ans.

Tous ces renseignements sur la famille de M^me^ Mand... nous ont été fournis par la malade elle-même. Cependant nous avons tout lieu de croire qu'à part quelques erreurs possibles de chiffres, les détails mentionnés plus haut sont exacts.

Antécédents personnels. — Réglée à quinze ans. A dix-huit ans, elle eut la variole. Elle se maria à vingt-trois ans et eut deux enfants : un garçon, qui a aujourd'hui trente-sept ans, et qui serait très intelligent, mais qui a appris à marcher très tard et n'a jamais eu une bonne santé; et une fille de trente ans, bien portante et qui a elle-même trois enfants sains. La malade ne s'entendait pas avec son mari, qui était un ivrogne et qui la battait, et dont elle s'est séparée après neuf années de mariage.

M^me^ Mand... a toujours été d'un caractère triste. Toute jeune, elle avait peur de mourir; et cette crainte ne l'a jamais complètement abandonnée. A diverses reprises, ces idées noires ont pris la forme d'un accès mélancolique. C'est ainsi qu'à l'âge de dix-huit ans, elle eut des idées de suicide. La nuit, elle avait des cauchemars, où elle entendait les chantres qui venaient faire la levée de son corps; cette crise a duré environ une année. A trente-cinq ans, nouvelle période mélancolique à la

©BIUM

suite de la mort d'une amie. Elle présenta de nouveau des idées de se détruire. Elle désirait et craignait la mort. Elle mangeait peu et ses nuits étaient traversées de rêves à caractère très pénible. Cet état a duré une douzaine de mois et n'a pas nécessité sa séquestration.

La malade a toujours eu peur de l'obscurité ; il fallait que la nuit on l'accompagnât lorsqu'elle devait traverser une pièce obscure. Assez dévote auparavant, et même quelque peu superstitieuse, elle allait à l'église prier la Vierge pour que Dieu équilibrât son budget. Cependant, elle ne se rendait presque jamais à la messe. Elle n'a jamais eu, d'ailleurs, des idées bien arrêtées sur quoi que ce soit. Elle changeait souvent d'opinion et a toujours paru très émotive, au point qu'elle ne dormait pas quand son mari ou son fils sortait le soir, parce qu'elle craignait toujours qu'il leur arrivât quelque malheur.

La ménopause a eu lieu à l'âge de trente-neuf ans. Elle n'a jamais fait d'excès alcooliques. On ne trouve pas sur elle de traces de syphilis antérieure.

En septembre 1886, elle se sentit très lasse de corps et d'esprit. En octobre, elle apprend la mort d'une amie. A ce moment, elle perd le sommeil, se sentant comme anéantie et ne pouvant presque plus travailler. Elle s'agenouillait à tout instant dans le magasin, où elle exerçait son commerce de chapellerie, et priait Dieu. Elle se promenait la nuit dans l'escalier, très agitée et parlant sans cesse. Elle refusa de manger à plusieurs reprises. Parfois, elle devenait violente, et un jour battit sa fille qui la gardait.

On l'interne le 19 septembre 1887. Le certificat du Dr Giraud est ainsi libellé : « Tristesse, dépression, préoccupations hypocondriaques. Est incurable. Se désole et gémit. Ne mange pas *parce qu'elle est morte*. » Il est bon de faire remarquer que, dès cette époque, cette idée de négation de son existence a été constatée. Dans les notes que nous avons relevées sur elle, nous retrouvons souvent cette même idée ainsi que d'autres analogues. En octobre 1887, elle disait qu'elle ne pouvait pas guérir, qu'elle était l'ombre d'elle-même, et elle paraissait très anxieuse. En novembre, elle manifeste des idées hypocondriaques, et elle écrit une lettre dont nous transcrivons des passages intéressants : « *Je suis morte* depuis plus de treize mois sans être enterrée... Je pleure jour et nuit... Jamais martyre n'aura souffert autant... Pourquoi n'ai-je pas eu le courage de me jeter au bassin?....*Je ne suis rien du tout...* » Elle refuse de manger pour mourir. Elle ne dort plus. Elle n'a pas conscience d'elle-même. *Elle se désole de ne pouvoir dormir, sentir le froid, la chaleur, vivre enfin.* Elle donnerait tous les biens de la terre pour savoir ce que c'est que vivre.

©BIUM

Durant l'année 1888, le délire ne se modifie guère. On constate des périodes d'anxiété et de dépression, ainsi que des idées hypocondriaques. En janvier 1889, la malade dit être réduite à l'*état de cadavre;* en mai, elle répète encore qu'elle est morte; en octobre, elle se désole beaucoup de n'*avoir rien dans le corps*.

Ces idées de négation, qui apparaissent un peu vagues et mal liées dans les notes que je viens de relater, forment aujourd'hui un système solide, vers lequel convergent toutes ses pensées.

D'abord, il est utile de faire remarquer que la malade se sent transformée; elle n'est plus la même qu'auparavant; elle ne sent pas, elle ne voit pas, elle n'entend pas comme jadis. Ce changement de la personnalité, qui paraît constituer la base de ces idées de négation, la malade en a une conscience très nette. Mais voici la description de son état actuel.

M^me^ Mand... reste assise durant des heures entières, sans presque bouger. Elle est dans une attitude affaissée. La tête est fléchie sur une épaule; le dos est courbé en avant; les mains sont inertes. Si on la prie de se lever, elle dit qu'*elle ne peut marcher*, qu'*elle n'a pas de force, pas de jambes*. Si on insiste, elle se lève péniblement, s'accroche à vous, et marche pliée en deux, traînant les pieds. Cependant, la force musculaire paraît bien conservée. Le dynamomètre, qui ne donne pas exactement la force de la malade, dont il est difficile d'obtenir qu'elle s'exerce sérieusement sur l'instrument, marque 15 et 13 degrés de pression pour les mains gauche et droite. Mais quand on essaye de s'opposer aux mouvements de flexion et d'extension des membres, on sent une force musculaire plus considérable. Il semble donc que la malade marche difficilement et se tient affaissée parce qu'elle ne *veut* pas tendre ses muscles.

Dès qu'on l'interroge, les idées de négation apparaissent. Elle oppose à toutes les questions qu'on lui adresse une négation continuelle. Elle parle d'un ton dolent, geignant et pleurnichant sans cesse.

Pourquoi s'occupe-t-on d'elle? Il vaudrait mieux la mettre sous une voiture. Quand finira son martyre? Il est inutile de l'interroger puisqu'elle n'est plus rien. Avec cela, les facultés intellectuelles paraissent encore assez solides. Elle raisonne bien, a une mémoire suffisante et une parfaite conscience de son état, du milieu dans lequel elle vit et des causes qui l'y ont amenée. Elle n'a pas et ne paraît jamais avoir eu d'hallucinations.

Ce qu'elle présente, c'est un découragement profond, un pessimisme qui s'étend à tout, et que les idées de négation manifestent d'une façon pittoresque. Le ton de sa conversation est

©BIUM

un ton d'anxieux; la malade s'inquiète de ce qu'on lui dit, de ce qui va lui arriver, de la durée possible de ses souffrances. Mais cette anxiété, qui jadis était intense, est aujourd'hui apaisée, et se fond dans la négation systématisée de son moi et du moi extérieur.

M^me^ Mand... cause avec une certaine monotonie ; les mêmes phrases, les mêmes tournures de phrases reviennent souvent. C'est sans cesse l'interrogation dubitative ou la négation : « Puis-je voir avec mes yeux? Comment verrai-je avec mes yeux? Je n'ai pas d'yeux. »

Une des idées qu'elle exprime souvent est celle-ci : elle est morte. Et cependant elle demande qu'on la tue. Comme je lui fais remarquer qu'il y a une certaine contradiction entre cette affirmation et ce désir, elle me répond qu'elle ne peut pas m'expliquer, que je ne la comprends pas. Elle vit en effet, mais ce n'est pas la vie pour elle, puisqu'*elle ne sent plus comme autrefois, ni le chaud, ni le froid, ni l'air, ni ses organes, ni rien de ce qui l'entoure*.

Quand elle dit ne pas avoir d'os, de bras, de muscles, d'yeux, et que je touche ou que je désigne les organes qu'elle nie, elle me répond : « Je ne suis pas folle, allez. Oui, j'ai des yeux, mais *ce ne sont pas des yeux; ils ne bougent pas, ils ne contiennent rien*. Et c'est tout comme cela dans mon corps. » J'ai cru utile d'insister sur la façon dont M^me^ Mand... entendait ses négations. On dirait que la malade, se sentant changée, nie des organes qui lui semblent altérés, parce qu'elle ne peut employer une autre expression plus adéquate à sa pensée.

Cette négation s'applique à toutes les parties du corps de M^me^ Mand... Je l'ai interrogée à plusieurs reprises sur tous ses organes, et toujours elle m'a opposé les mêmes négations systématiques. Elle est morte vivante, parce qu'*elle ne sent rien de son corps*, qu'elle ne comprend rien de ce qui se passe autour d'elle. Elle n'ose pas regarder un objet parce qu'elle sait *qu'elle ne vit pas*. Elle sent qu'il y a un vide complet dans son corps. *Son cœur ne bat pas*. Elle perçoit bien un petit mouvement de temps à autre dans la poitrine ; mais le cœur se déplace constamment, tantôt en haut, tantôt en bas, et jamais n'est là où il devrait être. *Elle n'a plus de sang;* si on la saignait, on n'en trouverait pas une goutte. *Elle n'a pas de nerfs* (elle veut dire de muscles) ; c'est pour cela qu'elle ne peut ni marcher ni se tenir droite. *Elle n'a pas de chair* et elle se dit très maigre, bien qu'elle présente un certain degré d'embonpoint. *Elle n'a pas d'os;* en touchant son poignet, elle dit que c'est comme des *croquants* et que *ça ne tient pas*. *Ses yeux ne bougent pas;* ce ne sont pas des yeux d'ailleurs, puisqu'ils ne remuent pas.

©BIUM

Elle n'entend pour ainsi dire pas, et comme si les voix étaient éloignées. *Elle ne sent aucune odeur.* Il n'y a plus d'air dans ses narines. *Elle ne sent pas le goût des aliments;* on lui donnerait de la terre ou de la confiture, qu'elle ne pourrait les distinguer. Elle ne perçoit ni le chaud, ni le froid, ni même l'air ambiant. *Elle ne respire pas du tout* et est comme étouffée. C'est l'intérieur du corps qui donne la respiration et *elle n'a rien dans le corps.* Elle urine à peine. Elle n'a plus aucune fonction. Elle ne peut pas lever ses bras. Elle ne sait pas où passe sa nourriture, car elle ne va *pour ainsi dire pas* aux cabinets. *Elle n'a pas de cerveau; elle n'a plus d'idées; elle ne peut plus penser.*

Ses idées de négation s'étendent donc à presque tous les organes et toutes les fonctions de son corps. Mais elles atteignent aussi le monde extérieur et même métaphysique.

« *Il n'y a pas d'arbres dans la cour,* dit-elle, *ni rien dans la chambre. Dieu n'existe pas, ni le diable, ni le ciel.* » Cependant, dans cet ordre d'idées, la malade se laisse peu entraîner et ne présente pas une tendance négative aussi marquée que dans le domaine de son organisation physique. Elle ne présente pas d'idées d'immortalité précises. Cependant elle déclare qu'elle est morte vivante, ce qui est bien une manière de vivre éternellement. *D'ailleurs ses souffrances ne doivent jamais prendre fin.*

Toutes ces idées de négation, qui forcent l'attention de l'observateur, reposent sur un fonds mélancolique. La malade est, comme je l'ai dit plus haut, à un certain point anxieuse. Elle demande quand son martyre finira. Elle réclame un anéantissement complet, une véritable mort qui serait la délivrance. « Dieu, s'il existait, dit-elle, serait pire que Tropmann, en tolérant de pareilles souffrances; car l'assassin achevait au moins ses victimes. » Parfois elle se montre comme ces mélancoliques perplexes de Lasègue, et adresse aux autres et à elle-même une foule d'interrogations. Son cas existe-t-il? Sa maladie est-elle curable? Pourquoi est-elle ainsi? Que pense-t-on de sa maladie? Souffrira-t-elle encore longtemps? Comment son corps s'est-il ainsi transformé? Mais ce qui domine chez elle, c'est le découragement. Elle désire qu'on lui tire un coup de fusil, qu'on la coupe en morceaux, qu'on la jette sous une voiture. Ce sera moins terrible que ce qu'elle ressent. La médecine ne peut rien pour elle.

Plusieurs fois déjà, elle a essayé de se suicider. En 1887, au début de sa maladie, elle s'est jetée d'un arbre; et elle aurait aussi avalé de la teinture d'iode, des morceaux de verre, des aiguilles, des épingles. Elle a tenté de s'étrangler avec un mouchoir de poche. Souvent la nuit elle se serre le cou pour

©BIUM

s'étouffer. Toutefois, du moins actuellement, ces tentatives de suicide ne paraissent pas sérieuses.

Elle dit souvent qu'elle ne voit plus les objets comme auparavant, qu'elle ne les reconnaît plus. Il semble, en effet, que la vision mentale est affaiblie chez elle.

On sait, depuis les travaux de Cotard et de M. Séglas, que ce phénomène est assez fréquent chez les mélancoliques. Ainsi elle ne peut s'imaginer les traits de ses enfants ; elle ne revoit plus en pensée les objets qui, auparavant, lui étaient familiers, le magasin qu'elle habitait jadis, les rues qu'elle traversait quand elle vivait au Havre. Il lui semble qu'elle ne pourrait plus se conduire dans la ville où elle est demeurée longtemps. De même l'audition mentale serait peut-être aussi affaiblie. Elle ne se rappelle pas le son de la voix des personnes qu'elle a connues.

Les fonctions sensorielles paraissent normales. L'acuité visuelle est assez bonne. Toutes les couleurs sont reconnues. La pupille se contracte à la lumière et à l'accommodation. L'acuité auditive est bonne. Elle reconnaît les principales odeurs et saveurs. Les diverses sensibilités ne sont pas notablement altérées. Elle perçoit le contact des corps, et peut situer ses perceptions. Elle distingue parfaitement les objets froids des objets chauds. Enfin, la sensibilité à la douleur est normale, ou presque normale. Il y aurait en effet une certaine obtusion de cette sensibilité spéciale. Les réflexes patellaires sont conservés.

Pouls généralement très faible, presque incomptable ; normal et régulier, quant au nombre et au rythme des pulsations. Pas d'athérome artériel appréciable.

Les battements du cœur sont faibles, mais réguliers ; aucun bruit de souffle à l'auscultation. Les extrémités sont fraîches ; les jambes sont légèrement œdématiées.

La respiration est courte, superficielle et fréquente. On compte en moyenne vingt-quatre à vingt-six mouvements inspiratoires par minute. L'auscultation du thorax ne révèle aucune lésion pulmonaire ou bronchique.

La malade mange bien en général. Cependant il lui arrive quelquefois de se refuser à se mettre à table. Il faut dans ce cas la forcer. La langue est rose et nullement chargée. Il n'y a pas de vomissements. M^me^ Mand... dit qu'elle est sujette à des diarrhées fréquentes.

L'urine est acide, chargée en phosphates, et présente quelques traces d'albumine.

Les cheveux sont presque tous blancs, et peu abondants. Il existe des poils nombreux sur la lèvre supérieure et quelques autres au menton. Il n'y a pas d'autres troubles trophiques.

©BIUM

Ce sont là les seuls phénomènes morbides physiques que j'ai pu constater avec les procédés d'observation employés quotidiennement en clinique.

L'observation rapportée plus haut offre des analogies remarquables avec celles qui ont été publiées par Cotard et, dernièrement, par MM. Séglas et Arnaud.

Après une période d'hypocondrie morale, la dépression psychique, apparaît un délire mélancolique à forme anxieuse. La malade est très agitée, refuse de manger, manifeste des idées de découragement. Puis apparaissent quelques idées de négation, qui d'abord portent sur son existence physique, et s'étendent peu à peu à tous ses organes, à ses fonctions intellectuelles, au monde extérieur, et même aussi à certaines conceptions métaphysiques. Ce délire, très stable aujourd'hui, forme un véritable système, et repose sur un fonds d'anxiété, qui n'a jamais complètement disparu.

La malade n'a pas manifesté des idées de damnation ni d'énormité. Les premières ne sont que le vêtement prêté au délire par l'éducation religieuse du malade. Or, M^me^ Mand... est une femme intelligente et au fond peu dévote. Quant au délire mégalomaniaque des négateurs, son existence, comme le disait M. Séglas au Congrès de Blois, n'est pas plus indispensable au délire des négations, que les idées de grandeur au diagnostic du délire des persécutions. D'ailleurs, Cotard ne le considérait que comme un symptôme de chronicité survenant chez certains anxieux et empruntant au fonds mélancolique sa physionomie spéciale.

On a remarqué que M^me^ Mand... avait présenté d'une façon très précoce ses tendances négatives, assez analogues à la malade dont M. Ballet a rapporté l'histoire au dernier Congrès des aliénistes. Est-ce la conséquence du terrain héréditaire de la malade? Il serait peut-être hardi de l'affirmer, car la plupart des négateurs dont on a rapporté les observations présentent tous une hérédité plus ou moins chargée.

Toutefois, M^me^ Mand... est une héréditaire, en quelque sorte renforcée. Le père était ivrogne ; une sœur a été enfermée pour un accès de mélancolie ; un frère, buveur et indiscipliné, n'a jamais travaillé ; enfin, une tante pater-

©BIUM

nelle a été internée à Charenton. Il est intéressant de signaler la fécondité remarquable des membres de cette famille; c'est, en effet, par demi-douzaines que se comptent les rejetons. La malade a eu sept frères et sœurs. Ses deux sœurs vivantes ont eu chacune sept à huit enfants. Celui de ses frères qui s'est marié a fécondé douze fois sa femme.

Outre ces antécédents héréditaires névropathiques, il faut signaler les antécédents personnels de la malade, qui a eu dans sa vie trois accès mélancoliques : un à l'âge de dix-huit ans, un autre à trente-cinq ans, et le dernier à cinquante-six ans. Il m'a été impossible de savoir si, durant ces crises antérieures, des idées de négation avaient apparu. Remarquons aussi l'âge avancé de la malade, au moment de l'explosion du délire des négations.

Mme Mand... n'a jamais présenté d'hallucinations. C'est un fait intéressant à mentionner. Un autre phénomène qui mérite d'attirer l'attention, c'est la perte de la vision mentale. Il semblerait aussi que l'audition mentale soit lésée. Ces deux derniers symptômes sont certainement en rapport avec les altérations de la personnalité, qui paraissent être le point de départ du délire. La malade a une conscience parfaite qu'elle est changée, qu'elle ne voit plus, qu'elle n'entend plus comme auparavant. Et cependant, il n'y a pas de troubles apparents des fonctions sensorielles.

Les impressions visuelles antérieures paraissent être effacées. Aussi ne voit-elle plus les objets comme elle les voyait, et ne peut-elle que très difficilement se représenter ceux qu'elle a vus jadis; voilà pour la cécité mentale. Mais il paraît en être de même pour l'audition mentale, et aussi probablement pour toutes les perceptions sensorielles, tactiles, gustatives, olfactives et cœnesthésiques.

Il semble donc qu'il existe un affaiblissement général de la perception mentale, affaiblissement qui provoquerait les idées de négation. La malade ne reconnaissant plus les objets, les nie. C'est, d'ailleurs, bien ce que Mme Maud essayait de m'expliquer. Lorsque je lui demandais : « Vous me dites que ceci n'est pas une table, cependant vous la voyez bien? — Oui, me répon-

©BIUM

dait-elle, je la vois, je la touche, mais *je ne la comprends plus, je ne la reconnais plus, je ne sais plus ce que c'est.* » Y a-t-il aussi des troubles des sensations cœnesthésiques, consécutifs aux perturbations de la nutrition générale, et déterminant à leur tour des altérations de la personnalité, selon l'hypothèse de Cotard et de M. Séglas? C'est possible.

Quoi qu'il en soit de leur pathogénie, les idées de négation de M^me^ Mand... sont systématisées, stables, évoluant sur un fonds d'anxiété mélancolique, et constituent ce que Cotard a appelé le *délire des négations.* Que ces idées de négation aient été précoces, qu'elles ne s'accompagnent pas d'idées délirantes de damnation et de possession, qu'il n'ait pas encore été constaté de délire d'énormité, que l'on ne puisse pas retrouver dans l'évolution de ces troubles mentaux cette *marche ascendante*, sur laquelle M. Arnaud insistait dernièrement, on ne peut nier, toutefois, que ce ne soit là un délire particulier, dont les tendances négatives sont si fermes et si envahissantes qu'elles monopolisent en quelque sorte toutes les facultés intellectuelles de la malade.

Si l'on veut bien maintenant se reporter aux travaux de Cotard, on sera obligé d'admettre que ce médecin, en créant le délire des négations, n'a jamais, soit dans son mémoire sur le *Délire des négations*, soit dans celui sur le *Délire d'énormité*, conçu cette sorte d'entité vésanique, imaginée après coup, et consistant en une maladie mentale, analogue au délire des persécutions, et divisée, comme lui, en quatre périodes (hypocondrie morale, délire des négations, idées mégalomaniaques d'énormité, et démence). Cotard avait seulement remarqué que certains mélancoliques anxieux devenaient négateurs, et que certains autres devenaient pseudo-mégalomaniaques, ambitieux dans le sens triste; que ces épisodes psychopathiques, surtout le dernier, paraissaient avoir une signification de chronicité; et enfin que les idées de négation n'étaient pas réservées uniquement aux mélancoliques, puisqu'il les décrivit chez les paralytiques généraux, après Baillarger, et puisque-même systématisées, il les a retrouvées ailleurs, chez les persécutés.

Au dernier Congrès, plusieurs opinions contradic-

©BIUM

toires ont été émises sur ce sujet. La grande querelle a surtout porté sur la question d'entité morbide, question que l'on peut réserver parce qu'elle atteint quelque peu la métaphysique. Mais en dehors de ce point, on a paru admettre, et M. Séglas, entre autres, que, d'une part, bien des symptômes donnés primitivement par Cotard (idées d'immortalité, de damnation, de possession et d'énormité), ne sont pas nécessaires au diagnostic du délire des négations ; et que, d'autre part, ce dernier, même systématisé, pouvait survenir chez des persécutés, quoique avec des caractères différents. Enfin, la précocité plus ou moins grande des idées de négation a semblé être aussi un élément de classification de ces délires spéciaux, plutôt qu'un argument contre leur existence.

Si l'on en vient maintenant à la clinique, on remarque, quelque restreint que soit encore le nombre des observations, que ce qui fait le délire des négations, c'est uniquement la tendance négative générale du malade, c'est la systématisation de ces idées spéciales, leur cohésion et leur stabilité. C'est là proprement en quoi consiste le délire des négations, qui n'est, en somme, qu'un syndrome, dont l'apparition au cours d'une vésanie imprime cependant à cette dernière une allure particulière ou plutôt qui se substitue en quelque sorte à elle, en prenant la première place sur la scène délirante.

Des symptômes donnés primitivement par Cotard pour la constitution du délire des négations, la plupart n'appartiennent pas à ce délire, mais à la mélancolie qui est dessous. L'anxiété, les idées de damnation ou de possession, la propension au suicide et aux mutilations volontaires, l'analgésie, tout cela, c'est de la mélancolie, et rien que de la mélancolie.

Maintenant ce qui est vrai, c'est que ce syndrome, délire des négations, affectionne le terrain mélancolique pour évoluer. Pourquoi ? Parce qu'il trouve, là plutôt qu'ailleurs, ses conditions d'existence. Il est, en effet, probable que l'idée de négation est une altération de la personnalité qui, elle-même, est sous la dépendance de troubles esthésiques et de la nutrition. Les mélancoliques étant des vésaniques qui présentent le plus souvent ces deux groupes de symptômes, subordonnés les uns aux autres, il s'ensuit que l'idée de négation, leur résul-

©BIUM

tante, doit naître et se développer chez eux avec une facilité merveilleuse. Et c'est ce qui arrive dans la clinique.

Cependant, ces conditions pathogéniques peuvent se retrouver dans d'autres états vésaniques, par exemple chez les persécutés, et alors il doit s'ensuivre logiquement l'apparition d'idées de négation chez ces derniers. Et c'est ce qui a lieu aussi.

Donc, en résumé, le délire des négations ne peut être considéré que comme un syndrome. Car, si l'on analyse ces mélancoliques négateurs, dont on a voulu faire une espèce vésanique bien distincte, on remarque que les symptômes se divisent en deux groupes. Le premier comprend des troubles banals de la mélancolie anxieuse; le second est exactement constitué par les idées de négation systématisées. D'autre part, ces mêmes idées, avec une systématisation analogue, se rencontrent chez d'autres que les mélancoliques, chez des persécutés tout au moins. Un complexus symptomatique dont une partie est une maladie connue et dont l'autre s'observe dans des états morbides différents n'est pas une espèce nosologique. C'est un composé qu'il faut dissocier dans ses éléments composants. En pratiquant cette analyse dans les observations de délire des négations à quatre périodes, on arrive facilement à extraire, à *dénuder* en quelque sorte le syndrome original, qui mérite bien qu'on le considère isolément. Car ce qui fait en somme son intérêt, c'est que, évoluant chez certains malades, il en arrive peu à peu à se faire une place large et principale dans la vésanie où il s'est glissé en parasite. Outre que l'étude de son mécanisme physio-psychologique et de son apparition dans des états morbides différents jettera peut-être un jour quelque lumière sur l'origine des délires.

Variétés cliniques du délire de persécution.

M. Arnaud. — Messieurs, j'ai l'honneur de vous communiquer, au nom de mon excellent maître M. J. Falret, et en mon nom personnel, une observation qui nous a paru intéressante, comme contribution à l'étude

©BIUM

des variétés cliniques du délire de persécution, étude que vous avez inscrite à l'ordre du jour de la Société.

Observation.

Sommaire. — Troubles nerveux chez une héréditaire. — Délire de persécution systématisé, continu, aboutissant aux idées de grandeur. — Anomalies dans l'évolution : état névropathique, longue phase de dépression mélancolique, accès d'agitation maniaque. — Difficultés de diagnostic, de pronostic et de classement. — Pas d'hystérie, aucun stigmate de dégénérescence.

La malade dont il s'agit, M^me^ Ad..., a une hérédité assez chargée.

Les *grands-parents*, morts vers soixante-dix ou quatre-vingts ans, paraissent normaux.

La *mère*, très nerveuse, emportée, très autoritaire, parlant avec une extrême volubilité, est morte vers l'âge de quarante ans d'un cancer au sein.

Le *père*, très nerveux et emporté comme sa femme, souffrait de fréquents accès de *goutte aiguë*, avec fièvre et *délire*. Il était pris assez souvent, dans la conversation, d'*absences* pendant lesquelles il restait immobile, *avec déviation d'un œil;* quand il revenait à lui, il ne se souvenait de rien. Notons que ces absences ont tous les caractères de celles qui se produisent dans l'épilepsie.

Un *oncle maternel* n'a jamais rien pu faire de bon, quoique ayant tenté nombre de métiers.

Un *frère*, très nerveux, un peu bizarre, est sujet aux *mêmes absences que le père*. Il a trois enfants très nerveux, chétifs.

Enfin, la malade a trois fils, nerveux tous les trois, surtout l'aîné.

Antécédents personnels. — M^me^ Ad... a toujours passé pour nerveuse et un peu fantasque. Elle a eu, vers l'âge de onze ans, une fièvre typhoïde grave.

Depuis, sa santé a toujours été bonne.

Menstruation normale.

Mariée à l'âge de vingt et un ans, elle a eu quatre enfants.

Son mari a très vite remarqué qu'elle était d'un caractère soupçonneux et jaloux. Ces tendances se sont aggravées pendant les années qui ont immédiatement précédé la maladie actuelle. Elle se croyait alors en butte à la malveillance, à la calomnie. Elle attribuait toutes les difficultés de la vie de chaque jour à une intention hostile et concertée. Dès que son mari la quittait pour aller à ses affaires, elle lui écrivait des

©BIUM

lettres de quatre pages, se plaignant de tout et de tous, disant que « *ça ne pouvait plus durer ainsi*, etc. ». En même temps, elle avait de *violentes migraines*, *de l'insomnie*, *des troubles nerveux variés* pour lesquels elle fut traitée par MM. Charcot et Bernheim.

Malgré tous les soins, la situation s'aggravait progressivement. Une affection utérine, des crises de violence vinrent encore compliquer les choses, et Mme Ad... entra dans un établissement d'hydrothérapie, dirigé par le Dr B. D. — C'est là que le délire, encore vague et mal déterminé, semble s'être fixé et systématisé. La malade voue une véritable passion au Dr B. D..., qui, depuis, joue le rôle principal dans ses conceptions délirantes.

Après quatre ou cinq mois de séjour à l'établissement hydrothérapique en question, Mme Ad... rentre chez elle, améliorée quant à son affection utérine, mais dans un état mental toujours fâcheux; ses idées de persécution, son irritabilité n'ont fait que croître. Mme Ad... devient enceinte pour la quatrième fois, et cette grossesse précipite encore les choses; quelques mois après son accouchement, elle est envoyée à Vanves pour « *un état mélancolique avec idées de persécution et tendances au suicide* ». (Novembre 1886.)

Mme Ad... était alors âgée de trente-six ans.

A Vanves, on constate un « *délire des persécutions avec hallucinations auditives, interprétations délirantes et accusations contre son mari, contre toute sa famille, et principalement contre une somnambule; tendance au refus des aliments* ».

Peu après (décembre 1886), la malade *refuse complètement les aliments*, même les liquides, et il faut la nourrir à la sonde. Elle reste dans un *mutisme absolu*, coupé de véritables accès d'agitation maniaque pendant lesquels ses actes sont désordonnés et souvent très violents ; elle cherche à mordre et à frapper les autres, elle cherche à se faire du mal à elle-même.

Il importe de faire remarquer ici que le refus des aliments, qui va se prolonger *pendant deux ans*, a été annoncé d'avance par la malade comme un propos délibéré et en manière de représailles au refus de la laisser retourner auprès du Dr B. D...

Janvier 1887. — Même état de mutisme et d'inertie. La malade ne retrouve son activité que pour résister à tous les soins. Il y a près de deux mois qu'elle n'a prononcé une seule parole. Cependant, elle suit et comprend tout ce qui se passe autour d'elle.

La situation reste identique jusqu'au mois de juin 1887. A cette époque, Mme Ad... commence à prononcer quelques paroles, toujours les mêmes : elle veut aller retrouver son bon ami, elle veut aller retrouver le Dr B. D... Ces quelques

©BIUM

mots permettent de penser que le délire ne s'est pas sensiblement modifié pendant la *longue période de mutisme qui a duré six mois*. Mme Ad... paraît souvent absorbée comme en extase ; dans d'autres moments, elle semble écouter des voix imaginaires. Parfois, elle s'excite, devient violente. Elle persiste à refuser toute espèce d'aliment.

Octobre 1887. — Mêmes idées délirantes ; alimentation forcée. S'imagine que le Dr B. D... est son mari. Quand elle voit son mari véritable, elle se détourne et ne veut pas lui parler.

Aucun changement jusqu'en juin 1888, où l'on note *des tendances érotiques*, des provocations et des gestes obscènes vis-à-vis des personnes de l'un et de l'autre sexe, à l'exception de son mari.

En octobre de cette même année 1888, *après avoir mangé à la sonde pendant près de deux ans*, la malade consent à se laisser nourrir à la cuillère.

En novembre, elle se nourrit mieux, mais elle est toujours désordonnée, malpropre, obstinée et résistante. Rires, grimaces; paroles incohérentes.

Au mois de mars 1889, une modification appréciable se produit. Elle est un peu moins difficile à gouverner, elle est propre, se nourrit mieux, se promène dans le parc. L'intelligence est toujours profondément troublée et affaiblie ; rires, paroles incohérentes.

Le mois suivant (avril 1889), le changement est devenu plus manifeste : Mme Ad... se tient plus proprement, s'occupe de sa toilette avec une certaine coquetterie, se livre à des travaux d'aiguille, fait de la peinture. Elle garde ses sentiments d'aversion pour son mari.

Juillet 1889. — Physionomie et gestes enfantins. La malade se met à genoux et joint les mains devant les personnes qui la visitent.

Toute cette première partie de l'observation est parfaitement résumée dans la consultation suivante, signée de MM. Falret et Cotard. Les particularités et les anomalies de cette évolution morbide y sont très nettement indiquées, ainsi que les difficultés de diagnostic et de pronostic :

Juillet 1889.

« Mme Ad..., placée en novembre 1886, était à cette époque atteinte d'idées de persécution dont le début remontait, paraît-il, à plusieurs années. Mme Ad... accusait plusieurs personnes de sa famille, une somnambule, et, en particulier, son mari, pour lequel elle manifestait une antipathie extrême, d'autant plus grande que, depuis quelques mois, il s'était développé un

©BIUM

délire érotique portant sur la personne du Dr X... qui avait donné des soins à Mme Ad.... A ces troubles intellectuels s'ajoutaient de nombreuses interprétations délirantes et des hallucinations auditives.

Du reste, Mme Ad... conservait les apparences de lucidité qui s'observent ordinairement chez les délirants partiels et chez les persécutés; elle ne voulait pas admettre qu'elle fût malade et protestait avec énergie contre son placement dans une maison de santé.

Un mois à peine après le placement de Mme Ad..., un changement considérable se produisit dans les symptômes qui, jusque-là, avaient caractérisé le trouble mental. Mme Ad... déclare que, puisqu'on ne la laissait pas retourner auprès de son ami, M. le Dr X..., elle cesserait désormais de prendre aucune nourriture. Il fallut recourir à l'alimentation forcée, et, pendant deux années sans interruption, Mme Ad... fut nourrie à la sonde œsophagienne.

Pendant cette longue période, les apparences de lucidité qui existaient au début s'effaçaient complètement, le délire, relativement limité, fit place à un trouble beaucoup plus étendu des facultés mentales, se manifestant tantôt par des crises d'agitation, avec violences, désordre et malpropreté extrêmes, tantôt par des phases de mutisme absolu et d'inertie, avec résistances instinctives. *Dans les moments où Mme Ad... était capable de prononcer des paroles intelligibles, elle demandait à aller retrouver son ami le Dr X...*, cherchait à sortir de son pavillon dès qu'on ouvrait une porte et voulait aller dans le parc où elle s'imaginait trouver celui qu'elle cherchait. Souvent, Mme Ad... restait immobile, absorbée, dans l'attitude d'une personne qui écoute et paraissant entendre des voix qui lui faisaient croire à la présence du Dr X..., dans le voisinage de son pavillon. *Les visites de son mari provoquaient de véritables accès de fureur.*

Vers la fin de l'année 1888, Mme Ad... consentit à se laisser nourrir à la cuillère, puis, peu à peu, arriva à manger seule. Le délire, toujours très étendu et à peu près incohérent, prit une couleur plus gaie. Mme Ad... riait aux éclats, affectait de parler d'une manière enfantine, demandait des joujoux pour s'amuser; quelquefois elle manifestait par des paroles et par des gestes ses tendances érotiques, cherchant à se découvrir devant les messieurs et même devant les femmes qui la servaient. Un changement plus considérable, une véritable transformation s'accomplit au mois d'avril dernier. Depuis cette époque, la maladie est entrée dans une nouvelle phase qui dure encore actuellement. Mme Ad... est devenue très soigneuse de sa personne et s'occupe beaucoup de sa toilette, elle est gaie et

©BIUM

souriante, peut écrire des lettres assez suivies, enjolivées de dessins et d'enluminures, dans lesquelles elle demande des objets de toilette; elle s'occupe un peu et fait de la peinture au pastel et à l'aquarelle. La dernière fois que son mari est venu la voir, elle lui a fait bon accueil.

Malheureusement, cette transformation porte plutôt sur des manifestations extérieures, sur la manière d'être que sur le délire qui, il est très facile de s'en assurer, conserve toute son intensité et, suivant la règle habituelle, *a évolué vers les idées de grandeur*. M^me^ Ad... prétend qu'elle est divorcée et remariée avec le D^r^ X... Celui-ci est un très haut personnage, il habite les Tuileries, il est roi de France. *M^me^ Ad... est reine de France*, elle sera plus tard impératrice, le czar de Russie est son oncle; elle-même est de famille noble; elle est extrêmement riche, elle a *beaucoup, beaucoup de millions*.

M. Ad... est aussi très riche et très noble, elle l'appelle M. de A...

M^me^ Ad... dit tout cela en minaudant, en parlant d'une manière enfantine; ce qu'elle demande avec le plus d'insistance, c'est la permission d'aller à la fête de Neuilly. Il n'est pas besoin d'insister longuement ni de pousser bien loin l'interrogatoire pour juger combien ces idées de grandeur sont faiblement coordonnées et systématisées, et combien le délire est rempli de contradictions. Tantôt M^me^ Ad... prétend qu'elle est divorcée, tantôt elle prétend n'avoir jamais connu M. Ad... Il y a un degré manifeste d'affaiblissement des facultés mentales. Une phase de dépression mélancolique, aussi manifeste que celle que nous avons constatée chez M^me^ Ad... pendant deux ans, est un fait exceptionnel dans le cours du délire de persécution.

Il y a là quelque chose d'insolite qui nous oblige à quelques réserves, tant au point de vue du diagnostic que du pronostic. »

A la même époque, la malade écrivait ainsi à son mari :

« *Juillet* 1889.

« Monsieur *de* Ad...,

« M. B. D... me fait savoir que je dois rentrer chez moi, *notre divorce* ayant atteint sa dernière période. J'espère tante et les parents en bonne santé.

« M. B. D... me fera bien, j'en ai l'espoir, *l'honneur de vous accompagner*. Il fut un temps où M. B. D... était accompagné de S. M. le roi des Belges. Ces personnages sont-ils toujours dans la même intimité?

« Mes respects. »

©BIUM

La maladie paraissait entrer alors dans une phase toute différente des précédentes. Les rires en apparence non motivés, les préoccupations enfantines, l'incohérence du délire et l'affaiblissement intellectuel sont signalés dans la consultation ci-dessus et dans les notes mensuelles de la maison de santé. Nous pensions tous être en présence d'un état démentiel au début.

La suite vint nous prouver que c'était là une erreur, erreur imputable à deux causes : d'abord, la profonde dissimulation, les réticences de la malade, qui ne se livrait sur aucun point ; ensuite, la physionomie elle-même des idées délirantes, physionomie incohérente qui était déterminée, non point par l'affaiblissement des facultés, mais par une excessive systématisation, M^me^ Ad... reproduisant les apparences extérieures de la personnalité nouvelle qu'elle s'était créée.

Inévitable pendant un certain temps, l'erreur ne tarda pas à être rectifiée, grâce aux aveux de la malade.

Voici, en effet, les intéressantes confidences que j'ai pu obtenir d'elle le 15 février 1890 :

Elle et B... D... vivent depuis des *centaines d'années*. En 1850 (date réelle de sa naissance), elle a été *embryonnée* dans le sein de sa mère, elle a été *réincarnée ;* neuf mois après, B... D... a été *réincarné en elle ;* il se trouve donc être son fils, bien qu'elle ait seulement neuf mois de plus que lui. Mais, comme il est l'*Ante-Christ ou Dieu* (identiques pour elle), il modifiera les lois morales et humaines de façon que leur mariage deviendra possible. C'est, d'ailleurs, en vue de ce mariage qu'au moment où il l'a soignée pour une de ses grossesses, il a fait sur elle *une petite opération* pour *détraquer sa matrice.*

Dans le passé, avant sa réincarnation de 1850, elle a vécu dans l'*Olympe*, où elle était la *mère des dieux.*

Son mari vivait aussi, comme elle, il y a plusieurs centaines d'années ; il était *Satan.* C'est lui qui, d'accord avec une somnambule, est la cause de sa maladie et de tous ses tourments. La somnambule, *par influence*, *par magnétisme*, a essayé de l'empoisonner : un jour, on mangeait des moules dans sa famille, elle a été très malade, alors qu'aucune autre personne n'a éprouvé le moindre malaise. Cette somnambule l'a rendue enceinte, toujours par *influence magnétique*, et alors qu'elle est bien sûre de n'avoir pas eu de rapports avec son mari ou avec un homme quelconque ; le but était de l'accuser d'avoir trompé son mari.

10 *mars.* — Pense toujours à B... D..., l'attend avec une grande impatience ; chaque fois qu'une porte s'ouvre, qu'une personne paraît à l'improviste, elle croit qu'*il arrive ;* dès qu'elle entend du bruit dans une pièce voisine, elle se lève et court voir s'il n'est pas là. Mêmes idées relatives à son existence an-

©BIUM

térieure, mais les dissimule habituellement « *parce que vous me diriez que je déraisonne* ».

20 *mars* 1890. — Nous remet un paquet de lettres (quatorze) qui, toutes, témoignent d'un orgueilleux mysticisme. Adressées à des parents ou à des amis, elles se terminent par les formules suivantes : « *Recevez la grâce de mes hommages respectueux* », « *la dignité de mon affection* », « *mes très hauts sentiments de dignité* ». Elle parle de « *la condescendance de mes opinions* », de « *toute ma condescendance pour vos éternités* ». Elle souhaite « *que notre calme évangélique nous donne la joie de compter les siècles* ». « *J'ai tant prié le bon Dieu*, ma bonne amie, que *je me réincarne tout doucettement.* » (Le bon Dieu, pour elle, c'est le Dr B... D...; elle lui donnera désormais cette appellation.)

Comme preuve de réticence et de dissimulation, je relève les phrases suivantes : « Je vous raconterai tous *mes petits histrions* (*sic*), lorsque nous ne compterons plus nos visites, *précautions à prendre; silence.* »

25 *mai.* — Depuis quelques jours, attitude un peu cavalière : impatiences, brusqueries, impertinence, surtout quand on lui parle de son mari. Plus que jamais, déclare s'ennuyer, réclame son départ, des toilettes, des visites, des voyages; coquetterie croissante. Quelques accès de colère et de violence : brise plusieurs objets dans sa chambre, frappe ses bonnes, en disant que cela ne regarde personne, que le bon Dieu lui ordonne d'agir ainsi.

5 *août.* — Depuis deux mois, brise et déchire, de temps en temps, pour manifester son ennui et son impatience. Répond invariablement : « Je m'ennuie, faites-moi sortir et je ne briserai plus rien. » Si on lui fait des remontrances, s'irrite, prend une attitude insolente, parle du bon Dieu (le Dr B... D...) qui doit venir l'épouser incessamment; s'agenouille en prononçant son nom. *Dit avoir quinze ans, parle et minaude comme une fillette*, écrit de même et fait volontairement des fautes d'orthographe; laisse ses cheveux dénoués et flottants sur ses épaules, *demande des jouets, une poupée.* Bref, elle joue en tout la petite fille.

12 *octobre.* — Elle est triste; le bon Dieu la néglige, ne pense plus beaucoup à elle. Il lui avait annoncé plusieurs fois sa visite, et il n'est pas venu. Continue de s'agenouiller, de briser, de déchirer. Au bas de ses lettres, ajoute à son nom le mot *reine.* Dessine souvent le bon Dieu avec une grande barbe blonde.

Même aversion pour son mari. Mange très peu, il faut souvent la menacer de la sonde. Préoccupations enfantines.

Novembre. — Mange ou ne mange pas, brise, frappe, etc.,

©BIUM

d'après les ordres du bon Dieu : « Ce n'est pas moi qui fais cela, c'est lui. » En parle plus que jamais, toujours en s'agenouillant. S'irrite parfois contre lui, parce qu'il ne vient pas l'épouser et la faire sortir. Ne veut venir à notre table que si le bon Dieu y est invité.

Elle est gaie, expansive; nous donne de nouveaux détails sur son passé : avant sa réincarnation actuelle, elle a été incarnée au moins *quarante fois*, chaque fois pour une durée d'*environ vingt-cinq ans;* partout et toujours elle a été *reine* : dans l'Olympe, *reine des dieux;* plus tard, *reine de Saba*, *Cléopâtre*, etc. Elle est la fille et l'épouse du bon Dieu, qui est le Père éternel et dont elle est aussi la mère; elle est également la mère de son mari actuel (qu'elle déteste et d'avec qui elle se croit divorcée) et du frère de celui-ci. C'est le bon Dieu qui, pour la taquiner, lui a fait épouser son fils; l'un et l'autre ignoraient leur situation véritable. Son fils et mari a été, lui aussi, embryonné un grand nombre de fois, etc.

Sa conversation est entrecoupée de phrases mystérieuses, qu'elle prononce d'une façon inintelligible et en baissant la voix. Répète à plusieurs reprises qu'elle a tort de dévoiler ainsi ses secrets, qu'elle me dira *tout* quand je lui aurai amené le bon Dieu qui doit l'épouser. Génuflexions fréquentes. Mange mal, indifférence complète pour ses enfants. Reçoit mieux son mari qui lui apporte des friandises, qui la fait sortir quelquefois; elle se laisse même embrasser par lui. Mais elle éprouve à son égard la même aversion et n'aime pas qu'on lui en parle.

Juillet 1891. — Même délire. Parle sans cesse du bon Dieu. Phases de violence. Mange mal.

Octobre. — Moins violente.

Février 1892. — Conversations incessantes avec le bon Dieu. Enfantillages. Ne brise plus ni ne déchire. Mange mieux. Beaucoup moins réticente.

Pour donner une idée plus nette de la complexité du délire de M^me^ Ad.. , nous transcrivons ici le résumé d'un interrogatoire qu'elle a subi en juin 1892. L'apparente incohérence tient à ce que nous rapportons seulement les réponses, qui s'adaptaient parfaitement à des questions précises.

« M. Ad.. (son mari) est mon fils *en antan*... Henri d'Orléans est réincarné, il est mon fils aussi... C'est un grand malheur que vous ne croyez pas à la divinité du D^r^ B... D... Je ne l'ai reconnue ici qu'*en spirite ;* je ne la connaissais pas à sa clinique... Les voix sont venues, les spirites m'ont guérie... Une somnambule m'a hypnotisée à distance... Je ne sais pas où vous êtes *en antan*... Je ne veux pas que vous insultiez le Tout-Puissant, ne niez pas son existence... Il me parle *en spirite*, comme avant. C'est le Tout-Puissant, c'est notre Créateur.

©BIUM

« Je me trouve très bien comme je suis dans cette maison... Je veux ma liberté, là!.. J'ai peur pour ma santé, le contact du mariage m'effraie pour ma santé. Quand je serai réincarnée, rafistolée, je pourrai sans danger épouser le Dr B... D... Je ne veux pas renier mon Tout-Puissant. J'ai été *échaudée en réputation*... Je suis très soigneuse de ma réputation... C'est absolument lui qui me taquine en vous faisant parler, ce n'est pas vous qui parlez. Il faut m'emmener chez lui. Vous devez savoir aussi bien que moi de qui dépend ma sortie, c'est du Tout-Puissant; je l'ai connu de toutes les façons. C'est le Dr B... D... Il est le *Tout-Puissant tout seul... J'ai six mille ans...* Je suis *sa maman*, je suis choisie par lui pour être sa maman, je l'ai connu au ciel... Je suis *en antan*, je suis sa cachette... Il m'a choisie pour me réincarner... Il a épousé ma grand'mère, il ne m'a quittée qu'hypnotisée... Je suis *la maman des antans... Je me retire des affaires*, je ne suis plus *la grande prêtresse* que j'étais; *je consacre la maçonnerie...* Mon mari est mon fils aussi... Mon grand désir est d'aller aux bains de mer, de recevoir des visites, le plus possible. J'accepte très bien le bras de M. Ad... (son mari) pour aller passer quinze jours au bord de la mer. Mais pour reprendre la vie commune, la vie conjugale, j'aime mieux rester dans mon pavillon. »

Septembre. — Elle est calme, mange beaucoup.

Novembre. — Très calme. Parle toujours du bon Dieu, du Tout-Puissant. Le bon Dieu est Satan Ier, son mari Satan II. Ils sont en lutte continuelle à son sujet. Toujours aussi indifférente envers son mari et ses enfants.

Décembre. — Depuis plusieurs mois, Mme Ad... ne cache presque rien de son délire. Elle parle très volontiers du Dr B... D..., qu'elle nomme indifféremment Bon Dieu, Tout-Puissant, Ante-Christ ou Fanfan; elle est la mère de Fanfan, et elle doit l'épouser quand il aura modifié dans ce sens les lois et les coutumes.

Elle nous demande tous les jours de ses nouvelles, si nous l'avons vu, si nous n'avons rien à lui dire de sa part, s'impatiente de sa lenteur. Sans cesse elle réclame de belles toilettes, des bijoux, des sorties, des voyages.

Elle est en conversation continuelle avec le bon Dieu, qui la dirige dans tous ses actes, qui lui dicte ses paroles. Elle dessine beaucoup, elle peint. Ses dessins et ses peintures, très bizarres et souvent très compliqués, reproduisent toujours ses conceptions délirantes. Le bon Dieu, Fanfan et elle-même y sont reproduits sans cesse et sous toutes les formes, même sous la forme obscène.

Le bon Dieu est représenté le plus souvent sous la figure d'un enfant (Fanfan) à la magnifique chevelure blonde, ou bien

©BIUM

sous l'aspect d'un homme agrémenté d'une superbe barbe d'or.

En l'interrogeant avec soin, à plusieurs reprises, sur ses conversations avec le bon Dieu, nous nous sommes assurés qu'elles avaient lieu, tantôt par l'intermédiaire de l'hallucination auditive, tantôt et le plus souvent par l'intermédiaire de l'hallucination verbale motrice. Pour le dire en passant, le fait est loin d'être rare, non seulement dans les cas complexes comme celui que nous rapportons, mais aussi dans les cas typiques de délire des persécutions à évolution systématisée; nous en avons en ce moment, à Vanves, plusieurs exemples sous les yeux.

La malade distingue fort bien ses deux sortes d'hallucinations : « J'entends quelquefois le bon Dieu, dit-elle, comme j'entends votre propre voix, *par les oreilles*, mais sa voix est moins forte. Mais presque toujours, il me parle en-dedans, là (elle montre sa gorge); *c'est comme quand je lis à voix basse*, et, à certains moments, *ma langue prononce involontairement les mots qu'il me dit*. « Un jour, pendant que je l'interrogeais, elle se met à rire tout d'un coup, et dit : « N'écoute pas M. Arnaud, c'est un farceur, qui t'interroge tout le temps et ne te donne pas des nouvelles. » — Entendez-vous, ajouta-t-elle, voilà ce qu'il vient de me dire. » Elle prononça encore, à voix demi-haute, les phrases suivantes qu'elle attribuait au bon Dieu : « Je viendrai quand je voudrai..... Peut-être bientôt. »

Elle dit n'avoir connu toutes ses incarnations, toutes ses transformations que depuis trois ou quatre ans. Avant, elle ne se rendait compte de rien.

Résumons cette longue observation en ses traits essentiels.

M^me^ Ad..., héréditairement prédisposée aux troubles nerveux, a toujours été considérée elle-même comme nerveuse. Vers l'âge de trente ans, cette disposition générale se précise et se manifeste par des phénomènes morbides : M^me^ Ad... souffre de violentes migraines, elle perd le sommeil.

La sphère psychique est atteinte aussi, l'humeur devient difficile, changeante, acariâtre, le caractère soupçonneux et jaloux, des tendances érotiques se manifestent.

A ce moment, la malade est considérée et traitée comme une simple névropathe. Mais, pendant quelques

©BIUM

années, tous ces phénomènes morbides s'aggravent insensiblement, la malade ne voit partout que malveillance et calomnie, elle a des périodes de violence.

Une affection utérine légère est le prétexte d'un premier internement dans un établissement hydrothérapique, c'est là que le délire se fixe dans sa formule définitive. Environ dix-huit mois après, M^me^ Ad... est devenue *persécutée délirante*, elle a des hallucinations de l'ouïe. Mais déjà, son délire, tout en restant partiel, est plus complexe qu'il ne l'est dans les cas francs, classiques, de délire des persécutions à évolution systématisée. Au délire de persécution s'enchevêtrent des idées érotiques, des tendances mélancoliques, allant jusqu'au refus des aliments et aux idées de suicide. Non seulement ce délire est plus complexe que le vrai délire des persécutions, il est aussi plus diffus, d'une trame moins serrée et moins ferme ; il ne s'accompagne pas des réactions psycho-somatiques des vrais persécutés. Il présente, enfin, des allures tout à fait spéciales ; la malade, brusquement, se met à refuser les aliments, non point, comme le font parfois les vrais persécutés, en vertu d'une idée délirante (crainte du poison, par exemple) ou d'une hallucination, mais à la manière d'une enfant gâtée, simplement parce ce que l'on ne veut pas faire ce qu'elle désire. Ce refus des aliments, qui se prolongera pendant deux années, se complique durant six mois d'un mutisme absolu, d'inertie complète, de malpropreté ; la maladie reproduira alors l'aspect de la *mélancolie avec stupeur*, mais sans qu'il y ait la moindre idée de culpabilité, d'auto-accusation ou de crainte. Cet état de dépression, d'inertie, est coupé d'alternatives de violente agitation, avec *délire maniaque généralisé*, les idées délirantes ne variant pas, d'ailleurs, quant au fond, dans l'un ou l'autre état.

Enfin, *des idées de grandeur* se développent, liées aux idées de persécution qui persistent, comme il est de règle dans le vrai délire de persécution systématique.

Mais, ici encore, la dissemblance s'accuse par ces mêmes caractères de complexité, de mobilité, d'apparente contradiction, parfois de puérilité, que nous avons relevés dans les idées de persécution. La puérilité, et, en quelque sorte, le flottant des conceptions délirantes

©BIUM

sont tels à un moment donné qu'ils simulent un début de démence, apparence démentie depuis quatre ans par la suite de l'observation.

Actuellement, Mme Ad... offre tous les caractères d'une aliénée très chronique — de fait, la maladie dure depuis dix à douze ans, — son délire est stéréotypé; on observe chez elle ces phénomènes de lutte intérieure pour l'attaque et la défense qui indiquent de profondes altérations de sa personnalité ; elle a aussi la conversation mentale incessante qui l'isole même dans une réunion animée, le vocabulaire spécial, le symbolisme, les gestes, les grimaces, etc. Mais on n'est pas autorisé à dire que son intelligence ait sensiblement diminué ; sa mémoire est parfaite, elle écrit plus que correctement, elle parle fort convenablement des choses que peut connaître une femme de condition et d'éducation moyennes. Bref, son délire laissé de côté, elle paraît être à peu près semblable intellectuellement à ce qu'elle a toujours été.

Au physique, elle ne présente aucun symptôme d'hystérie, ni de neurasthénie, aucun stigmate de dégénérescence.

Si l'on peut affirmer, comme nous le pensons, que Mme Ad... ne guérira jamais, la question de la démence à échéance plus ou moins éloignée reste toujours douteuse.

Nous nous sommes attachés, dans cette observation, à mettre en lumière le double *polymorphisme* qu'a présenté la maladie, d'une part dans les conceptions délirantes, considérées à chaque moment de l'évolution, d'autre part dans la succession de ses diverses phases. Mais ce polymorphisme n'affectait que les manifestations les plus saillantes, les plus apparentes du désordre mental ; au-dessous de ces manifestations variables et transitoires, au-dessous de ce *relief*, pour employer le langage de Falret père, persistait un *fond délirant* continu, toujours semblable à lui-même, et qui évoluait sourdement et systématiquement. Quand Mme Ad... avait les apparences d'une simple névropathe, elle était déjà *persécutée*. Plus tard, pendant ses accès de délire maniaque généralisé, pendant sa longue période de dépression mélancolique, au moment même où elle

©BIUM

semblait verser dans la démence, elle restait, — comme le prouvent ses paroles et ses actes, — elle restait une *persécutée hallucinée*, elle passait à la *phase des idées de grandeur*, et elle est encore aujourd'hui une *persécutée* avec idées de grandeur, avec hallucinations auditives et psycho-motrices, avec altération de la personnalité.

Mais elle est évidemment une persécutée d'une nature particulière, anormale, que l'on ne saurait confondre avec les classiques persécutés à évolution systématique.

Quelle place conviendrait-il d'assigner à cette malade dans les classifications actuelles? C'est ici, nous semble-t-il, la grande difficulté. Si l'on admet, en effet, que dans une bonne classification, les premières phases d'une maladie commandent, au moins dans leurs grandes lignes, les phases suivantes et la terminaison elle-même, l'observation de Mme Ad..., avec ses incidents absolument imprévus, nous paraît être un de ces cas *incertæ sedis* qu'il appartient à des recherches ultérieures de débrouiller et de classer.

M. Falret. — Cette communication prouve combien il est utile d'étudier les diverses variétés cliniques du délire de persécution.

M. Charpentier. — J'ai, dans mon service, trois malades, qui offrent beaucoup de rapports avec le sujet de l'observation de M. Arnaud. Je les ai classés sous l'étiquette de « Délire chronique de persécution ». Ils parlent souvent de la mort, ont vécu mille ans, ont été noyés un grand nombre de fois, puis sont ressuscités; puis, ces idées disparaissent pour reparaître ensuite. La lecture des études de Janet, sur le dédoublement de la personnalité chez les hystériques, m'a conduit à rechercher ce phénomène, et j'ai cru remarquer aussi, chez mes malades, des transformations de la modalité. Il est des persécutés orgueilleux, qui deviennent ensuite tristes, soucieux, et ne présentent plus trace d'idées de grandeur; mais ces idées se montrent à nouveau après deux ou trois mois.

M. Arnaud. — Ma malade a présenté un délire progressif, régulier et ascendant; à un moment donné, nous trouvons une période mélancolique avec stupeur

©BIUM

complète, mais jamais de périodes alternantes, comme chez les malades de M. Charpentier.

M. Paul Garnier. — Je crois, comme M. Arnaud, que ces malades ne sont pas comparables. Dans l'intéressante observation qui vient de nous être communiquée, lediagnostic du délire chronique systématisé, est-il rigoureusement exact ? Cette femme a bien offert des manifestations délirantes sous forme d'idées de persécution ; mais ce délire a-t-il pu évoluer d'une façon continue pendant la période de stupeur ? je n'oserais l'affirmer.

M. Arnaud. — Je n'ai pu assister, depuis le début, à l'évolution du délire chez le sujet de mon observation. Mais j'ai trouvé, dans les notes de la maison, que la maladie s'était développée sans solution de continuité.

M. Séglas. — J'ai observé un cas comparable à celui de M. Arnaud. Il s'agissait d'une persécutée à délire progressif, sans idées de grandeur ; hallucinations. Parfois état d'anxiété comparable à des accès de mélancolie anxieuse ; mais avec persistance des idées de persécution. Elle s'imaginait que son mari vivait avec une maîtresse, et cherchait à se débarrasser d'elle en l'empoisonnant ; dans les périodes mélancoliques, elle se résignait et disait : Il a raison, je suis une misérable.

M. Falret. — Il s'agit parfois de cas mixtes.

La séance est levée à six heures moins dix.

René Semelaigne.

SÉANCE DU 27 FÉVRIER

Présidence de M. CHRISTIAN.

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

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de remerciements de M. Lwoff, nommé membre correspondant à la dernière séance ;

©BIUM

2° Une lettre de M. Vigouroux, médecin-adjoint à l'asile d'Evreux, sollicitant le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Bouchereau, Magnan et Paul Garnier, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

Le numéro de février 1893 des *Annales de psychiâtrie* et de la *Revue de l'hypnotisme*.

Mort de MM. Ball et Pichon.

M. LE PRÉSIDENT. — Messieurs, depuis notre dernière séance, la Société médico-psychologique a été cruellement éprouvée ; elle a perdu deux de ses membres titulaires, le Dr Pichon et le professeur Ball.

Pichon n'avait que trente-trois ans, il nous appartenait depuis 1888. Il a succombé à une longue et douloureuse maladie, contre laquelle il se raidissait avec la dernière énergie. Ses obsèques ont eu lieu le 15 février. Je lui ai adressé, au nom de la Société, les derniers adieux et je vais donner lecture des paroles que j'ai prononcées devant son cercueil. (V. ce discours aux *Variétés* de ce numéro, p. 328).

Je regrette l'absence de M. Vallon ; je l'aurais prié de nous lire son discours ; il était lié avec Pichon, il avait vécu dans son intimité, et, mieux que moi qui ne connaissais notre collègue que par ses travaux et pour l'avoir vu à nos séances, il a pu rendre à ses qualités l'hommage qu'elles méritaient (1).

M. le professeur Ball a succombé, le 23 février, à la longue et cruelle affection qui, depuis deux ans environ, le tenait éloigné de nos réunions et l'avait obligé de renoncer à toute vie active. Affection doublement cruelle, car elle lui laissait la conscience de son état ; et si, stoïquement, il pouvait envisager sans crainte le moment de l'issue fatale, que de fois il a dû songer avec tristesse et douleur, au désespoir de ceux qu'il laissait derrière lui, auxquels il était passionnément attaché et pour lesquels il était un guide et un appui si nécessaires !

(1) V. le discours de M. Vallon aux *Variétés*, de ce numéro, p. 329.

©BIUM

M. Ball avait demandé formellement qu'aucun discours ne fût prononcé sur sa tombe ; nous avons dû nous incliner devant sa dernière volonté. Mais ici, Messieurs, j'ai le devoir de lui dire notre suprême adieu.

M. Ball était agrégé de la Faculté quand fut institué l'enseignement officiel des maladies mentales, quand à Sainte-Anne on créa une chaire de clinique. Ses travaux antérieurs avaient porté presque exclusivement sur la pathologie générale ; ils ne semblaient pas le désigner spécialement pour la chaire nouvelle. Mais la Faculté avait pu apprécier sa haute intelligence, son immense érudition ; elle connaissait sa rare faculté d'assimilation, elle savait qu'avec lui le nouvel enseignement ne pouvait déchoir. A Sainte-Anne, où il rencontrait le voisinage d'un enseignement libre, brillant et original, il sut vite faire sa place à la clinique officielle, il sut grouper autour de sa chaire un auditoire nombreux, charmé par sa parole élégante et la forme littéraire de ses leçons.

Du jour, où M. Ball fut nommé professeur, ses travaux portèrent exclusivement sur la pathologie mentale et nerveuse. Vous connaissez ses *Leçons sur les maladies mentales*, rapidement arrivées à leur deuxième édition, ses travaux sur la *Morphinomanie ;* vous avez lu son journal l'*Encéphale*, qu'il avait fondé avec son collègue et ami Luys, où, à côté des leçons du maître, ont trouvé place de nombreux travaux inspirés à ses élèves. Vous savez que, dès le début, il avait tenu à faire partie de la Société médico-psychologique, et vous vous rappelez avec quelle assiduité il suivait nos séances et prenait part à nos discussions. En 1890, vous l'avez appelé à l'honneur de la présidence ; c'est lui qui a présidé notre Congrès des aliénistes français, tenu à Rouen.

A l'âge où la maladie l'a frappé, M. Ball pouvait encore légitimement espérer de longues années d'une activité féconde et laborieuse, du moins, sa vie a été bien remplie. Il laissera à ceux qui l'ont connu, le souvenir d'un homme excellent, d'une âme élevée. J'en appelle à ceux qui ont été ses élèves, à ceux qui ont vécu dans son intimité. Ils se rappelleront sans doute

©BIUM

le professeur brillant et spirituel ; mais mieux encore ils arriveront à évoquer l'image du maître bienveillant et serviable, du censeur indulgent, du conseiller dévoué auquel nul ne s'adressait en vain.

C'est toujours un moment douloureux que celui de la séparation. Heureux ceux dont la mémoire mérite d'être conservée ! M. Ball est du nombre, et la Société médico-psychologique gardera précieusement le souvenir de son ancien président.

Je propose de lever la séance en signe de deuil.

La séance est levée à cinq heures.

PAUL SOLLIER.

©BIUM

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX FRANÇAIS

Année 1890

Archives de neurologie.

I. — *Des scolioses dans les névralgies sciatiques* ; par le Dr Brissaud (numéro de janvier), — La science n'a pas dit son dernier mot sur la névralgie sciatique. Bien des points de l'histoire de cette affection sont encore obscurs. En 1889, M. Charcot a appelé l'attention, le premier, sur les déviations du rachis qu'on observait chez les malades souffrant de la sciatique depuis un certain temps. D'autres travaux sur le même sujet ont paru depuis, et on sait qu'ordinairement, il y a déviation latérale du tronc vers le côté sain. M. Brissaud a étudié avec soin cette partie de l'histoire de la sciatique, et il est arrivé à ces conclusions :

1° Le plus ordinairement, la sciatique n'est pas une névralgie du nerf sciatique proprement dit, mais une névralgie du flexus lombo-sacré. Il existe bien souvent d'autres points douloureux que les points classiques, principalement dans les régions lombaire et périnéale.

2° La sciatique est tantôt une névralgie, tantôt une névrite. Dans les deux cas, on peut observer des spasmes douloureux des muscles et de véritables contractures.

3° Il y a des sciatiques qui s'accompagnent de scolioses latérales, lesquelles se produisent ordinairement du côté sain, mais parfois aussi du côté malade. D'une façon générale, les sciatiques non spasmodiques entraînent une scoliose croisée, les sciatiques spasmodiques une scoliose homologue.

4° La scoliose croisée est plus prononcée à la région dorso-lombaire, elle peut être accompagnée d'une courbure compensatrice inverse cervico-dorsale.

5° La persistance de la scoliose croisée, quand le malade est

©BIUM

guéri, doit être rapportée à une contraction permanente des muscles sains.

6° La scoliose homologue est produite par la contracture des muscles du côté malade.

II. — *Nouvelle observation d'idiotie myxœdémateuse ;* par le Dr Bourneville (numéro de mars). — Le sujet de cette observation n'avait pas de glande thyroïde, ce qui est la règle. Le myxœdème aurait été constaté chez lui vers l'âge de trois ans seulement. Peut-être, dit l'auteur, serait-il possible d'en induire que l'apparition de la cachexie pachydermique est retardée par l'alimentation lactée et qu'elle se manifeste au fur et à mesure que l'enfant est soumis à l'alimentation ordinaire.

A noter aussi cette proposition : étant donnée l'opinion de Brown-Séquard sur l'action des glandes sur la nutrition générale, n'y aurait-il pas utilité à employer, comme traitement du myxœdème, des injections sous-cutanées avec certains principes empruntés à la glande thyroïde?

III. — *Sur un cas de paraplégie diabétique.* Leçon de M. Charcot, recueillie par M. Guinon, chef de clinique (numéro de mai). — Présentation d'un diabétique paraplégique. — Le professeur rappelle que la glycosurie peut être consécutive à une lésion des centres nerveux, mais qu'il y a des cas où, au contraire, c'est le diabète, le diabète vrai, qui est le point de départ des lésions nerveuses. Et l'on constate de nombreux symptômes nerveux : coma, névralgies, douleurs lancinantes, monoplégies.

Quel est le mécanisme pathologique de ces symptômes? Y a-t-il lésions d'origine vasculaire, foyer de ramollissement, intoxication du sang, anhydrie? Il est probable que tous les cas peuvent se présenter.

Quant aux paraplégies, M. Charcot admet l'existence de paraplégies diabétiques. Elles peuvent s'accompagner de troubles sensitifs et se rapprocher alors du tableau clinique du tabes; mais la marche n'est pas la vraie marche ataxique, c'est la marche en *shepper*, comme du reste dans presque tous ces états réunis sous le nom de pseudo-tabes.

La paraplégie diabétique ressemble beaucoup à la paraplégie alcoolique et la confusion entre les deux cas est possible. Elle est très probablement due à des névrites périphériques. A noter l'absence du réflexe rotulien.

IV. — *Sur l'anatomie pathologique de la maladie de Friedreich;* par MM. Blocq, chef des travaux anatomo-patholo-

©BIUM

giques à la Salpêtrière, et Marinesco, assistant à l'Institut de pathologie de Bucharest (numéro de mai). — Voici les conclusions de ces recherches : La moelle est toujours notablement diminuée de volume. Les lésions scléreuses sont cantonnées (dans le cas observé) dans la région lombaire : à la presque totalité des faisceaux postérieurs et aux faisceaux pyramidaux; dans la région cervicale : aux faisceaux pyramidaux, cérébelleux, aux cordons de Goll et de Burdach. Dans les parties sclérosées, les tubes nerveux ont disparu, en plus ou moins grand nombre. Dans les parties non sclérosées, on note que les fibres grosses sont beaucoup moins abondantes qu'à l'état normal.

Il s'agirait, dans la maladie de Friedreich, d'une prédisposition morbide héréditaire de l'axe spinal. Au début, il y aurait altération vasculaire. Cette maladie est donc une maladie d'évolution, caractérisée par une sclérose d'origine vasculaire occupant systématiquement des régions exactement déterminées de la moelle épinière.

V. — *De la perception inconsciente ;* par M. Onanoff (numéro de mai). — Étude de psychométrie. En opérant sur des hystériques anesthésiques, l'auteur démontre que : 1° une impression visuelle peut être perçue inconsciemment; mais un travail de cérébration volontaire (ou involontaire) fait entrer cette impression dans la conscience; 2° le temps nécessaire pour la perception inconsciente est plus court que celui de la perception consciente.

L'anesthésie hystérique ayant fourni à M. Onanoff le sujet de son étude, cet auteur signale quelques données sur l'origine de cette anesthésie hystérique. Les uns croient que sa cause réside exclusivement dans la suggestion et l'auto-suggestion. Les autres ne considèrent pas cette origine comme étant unique, ils admettent que les phénomènes hystéro-hypnotiques dépendent du défaut de l'association entre les centres nerveux, conséquence de la maladie même. En terminant, M. Onanoff rappelle que, dès 1886, l'expression « perceptions inconscientes des hystéro-hypnotiques » était d'un usage courant à la Salpêtrière. M. Binet ne doit donc pas en revendiquer la priorité.

VI. — *Etudes sur l'anatomie pathologique de la moelle épinière ;* par le Dr Xavier Francotte, professeur à l'Université de Liège (numéros de mars, de mai et de juillet). — Il s'agit de trois études anatomo-pathologiques portant sur trois maladies différentes de la moelle.

1° *Gliomatose, formation d'une cavité.* M. Francotte croit,

©BIUM

d'après ses préparations histologiques, que la lésion qui donne lieu aux cavités, syringomyélites, est une néoplasie. Il y a formation d'un tissu névroglique, gliose ou gliomatose, lequel tissu se ramollit et donne lieu à des cavités. Le point de départ habituel de la néoplasie est la commissure grise. Il arrive que la syringomyélite entraîne la dégénérescence secondaire, mais il faut pour cela que la cavité atteigne un développement suffisant pour exercer une compression. On peut admettre, du reste, que la lésion qui a donné lieu à la formation d'une cavité et les dégénérescences secondaires relèvent d'une seule et même cause.

2° *Sclérose combinée des cordons postérieurs et des cordons latéraux.* — La moelle examinée présentait une dégénérescence des cordons de Goll, et une dégénérescence des parties internes des faisceaux de Burdach qui allait en diminuant de haut en bas. Les cordons extérieurs étaient sclérosés, en haut, dans le faisceau cérébelleux et, vers le bas, dans une partie des faisceaux pyramidaux. On ne trouve pas réalisés, dans cette observation, les caractères d'une sclérose systématisée; cependant, lorsque l'on considère la symétrie des foyers sclérosés, leur extension à toute la hauteur de la moelle, il est difficile d'admettre que l'on ait affaire à un processus de nature absolument diffuse, aussi l'auteur est conduit à penser qu'il existe un facteur qui dirige la sclérose : distribution des vaisseaux sanguins ou lymphatiques? Conditions spéciales du tissu conjonctif? On ne possède aucun élément qui permette de résoudre la question.

3° *Deux cas de myélite aiguë.* — L'évolution symptomatique a été la même dans les deux cas, et cependant il y a de notables différences dans ces lésions de l'un et de l'autre. Dans le premier cas, infiltration cellulaire abondante de toutes les parties de la moelle et en particulier de l'espace périvasculaire. Pas d'hémorragie. Névroglie sclérosée. Celles des cornes antérieures en dégénérescence vitreuse. Dans le deuxième cas, les espaces périvasculaires sont libres, les parois vasculaires sont sclérosées. Extravasations sanguines multiples. Névroglie plutôt raréfiée. Nombreux corps amyloïdes. Quelques cellules des cornes antérieures seulement en dégénérescence vitreuse. L'auteur attribue ces différences aux différentes conditions organiques des deux sujets, le premier était un jeune homme vigoureux, le second un vieillard affaibli.

VII. — *Du bégaiement hystérique;* par MM. G. Ballet, professeur agrégé, médecin des hôpitaux, et P. Tissier, ancien

©BIUM

interne des hôpitaux (numéro de juillet). — Je copie les conclusions de ce travail :

« 1° Chez les individus atteints d'hystérie, on peut observer un trouble transitoire de la parole, qui rappelle, par les caractères, le bégaiement ;

2° Jusqu'à ce jour, nous n'avons observé le bégaiement hystérique que chez l'homme ;

3° Le trouble est d'ordinaire consécutif à une attaque d'aphasie de très courte durée ;

4° Il persiste pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation ;

5° Nous l'avons toujours vu s'accompagner de troubles de la motilité de la langue (parésie, déviation spasmodique, tremblement). »

VIII. — *Leçon sur un cas de maladie des tics et un cas de tremblement singulier de la tête et des membres gauches ;* par le Dr Grasset, de Montpellier. Recueillie par le Dr G. Rauzier, chef de clinique (numéros de juillet et de septembre). — 1° *Maladie des tics. Observation :* La malade est une jeune fille grande et forte qui présente des mouvements qu'on peut ramener à trois types différents : mouvements de salutation, de projection de la tête en arrière, d'élévation de l'épaule droite. M. Grasset discute cette observation, il fait remarquer que l'on a bien affaire à un tic, ainsi défini par M. Guinon : « Mouvement convulsif habituel et conscient, résultat de la contraction involontaire d'un ou de plusieurs muscles du corps, et reproduisant le plus souvent, mais d'une façon intempestive, quelque geste réflexe ou automatique de la vie ordinaire. » La malade est donc atteinte de la névrose tiqueuse.

Mais cependant elle ne présente aucun stigmate psychique de la folie des dégénérés, malgré les recherches les plus attentives. Pourtant les auteurs classiques signalent l'existence de ces aberrations comme habituelles chez les tiqueux.

D'autre part, les stigmates hystériques font également absolument défaut. Donc la maladie des tics est nosologiquement distincte de l'hystérie, elle constitue une individualité morbide, une névrose à part.

Enfin, la maladie tiqueuse est absolument tenace, rebelle à toute thérapeutique.

2° *Tremblement singulier de la tête et des membres gauches.— Observation :* Jeune fille robuste, d'une bonne santé physique et psychique. Depuis l'époque de la première menstruation, hémi-

©BIUM

parésie gauche avec paralysie faciale qui guérissent, laissant à la suite un affaiblissement marqué du même côté avec un tremblement singulier. La tête oscille d'une façon continuelle, aussi bien au repos que pendant les mouvements. Le bras et la jambe gauches sont également animés de mouvements anormaux, mais seulement pendant les mouvements volontaires ou lorsque le membre n'est pas soutenu. Ces mouvements sont rythmés d'une amplitude constante.

En discutant cette observation, le professeur démontre qu'elle n'a pas trait à la chorée chronique. Il élimine successivement l'existence de la chorée rythmique, de la paralysie agitante, de la sclérose en plaques et il arrive au diagnostic : Tremblement de la tête et des membres du côté gauche chez une hystérique, et dépendant d'une altération fonctionnelle ou organique de la protubérance et du pédoncule cérébral droit. Il lui est impossible de préciser davantage.

IX. — *Sur une complication peu connue de la sciatique;* par MM. G. Guinon, chef de clinique de la Salpêtrière, et E. Parmentier, interne des hôpitaux (numéro de septembre). — Il existe une complication peu connue de la sciatique, consistant en une névrite localisée à une seule branche de division de ce nerf, le sciatique poplité externe, et caractérisée par des troubles moteurs et sensitifs portant sur le territoire de distribution de cette branche nerveuse. Cette complication existe aussi bien dans la sciatique simple que dans la sciatique par lésion traumatique des branches d'origine du nerf dans le bassin. Il s'agit le plus souvent d'une complication sérieuse, d'un pronostic grave commandé par la présence d'une névrite avec atrophie dégénérative des muscles.

X. — *Des paralysies consécutives à l'empoisonnement par la vapeur de charbon;* par M. Pierre Boulloche, interne des hôpitaux (numéro de septembre). — Description de ces paralysies. — Elles traduisent tous les types ; à côté de l'hémiplégie et même de la paralysie généralisée, il y a des troubles moteurs localisés à certains groupes de muscles. Aussi peut-on affirmer que le mode de production de ces paralysies doit varier ; il n'y a pas de lésion pathogénique comparable. Il y a des cas de névrites périphériques, des cas de lésions centrales, des cas où l'oxyde de carbone provoquerait ou réveillerait l'hystérie.

XI. — *Choc nerveux local et hystéro-traumatisme;* par M. Sérieux, médecin adjoint des asiles de la Seine (numéro de

©BIUM

septembre). — Le choc local n'est qu'une modification physiologique démesurément amplifiée par un cerveau prédisposé à la suite d'un traumatisme, il y a souvent anesthésie fugace. Si le choc local est très intense, il peut amener dans les nerfs une vibration assez énergique pour anéantir leur fonctionnement d'une façon permanente ou passagère. Ces phénomènes n'appartiennent pas en propre à l'hystérie, on les retrouve chez un individu quelconque à la suite d'une contusion ; mais, pour un même choc, les résultats varient en intensité suivant qu'il s'agit d'un sujet bien équilibré ou d'un névropathe, d'un hystérique.

Si les observations de paralysies hystéro-traumatiques sont aujourd'hui nombreuses, il n'en est pas de même de celles des phénomènes fugaces du choc local. Il y a des cas qui sont, pourrait-on dire, les esquisses des paralysies hystéro-traumatiques. Suit une observation de ce genre. Les accidents y durent moins de deux jours et constituent un rudiment de paralysie psychique.

XII. — *De la migraine ophtalmique hystérique ;* par le Dr Babinski, ancien chef de clinique de la Salpêtrière (numéro de novembre). — Relation de quatre observations de migraine ophtalmique. — Dans toutes il s'agit de sujets atteints à la fois de migraine et d'hystérie et, dans les deux premières, il est rigoureusement démontré que l'hystérie tient la migraine ophtalmique sous sa dépendance étroite. — On admet que la migraine ophtalmique commune résulte d'un spasme temporaire des vaisseaux sylviens avec anémie transitoire de toute la région qui comprend les diverses localisations du langage. En est-il de même dans la migraine ophtalmique ? Il y a tout lieu de supposer que le siège est identique. Y a-t-il aussi spasme vasculaire ? Cette opinion est bien admissible, puisqu'il est établi que l'hystérie est susceptible de produire l'apparition de phénomènes vaso-dilatateurs ou vaso-constricteurs.

XIII. — *Étude sur la perceptibilité différentielle ;* par les Drs Maurice Mendelssohn et F. Muller-Lyer (numéro de novembre). — C'est la suite, avec quelques modifications, d'un travail publié dans les *Archives de Neurologie*, t. XIV, n° 42. — L'auteur étudie la perceptibilité différentielle du sens de la vue chez l'homme sain et chez l'homme malade. Ses recherches ont porté sur deux cents malades du service de M. le professeur Charcot.

Il établit que la perceptibilité différentielle décroît avec l'in-

©BIUM

tensité lumineuse. Elle est supérieure dans la vision binoculaire à ce qu'elle est dans la vision monoculaire. Puis il contrôle la loi de Fechner. Cette loi peut se formuler ainsi : Lorsque la perceptibilité d'un sens varie également pour deux excitants, la perceptibilité de ce même sens par leur différence relative ne varie pas pour cela. Or, il fait voir que la loi parallèle de Fechner n'est pas applicable à toutes les modifications pathologiques de la perceptibilité sensorielle.

M. Mendelssohn étudie ensuite la perceptibilité différentielle dans ses rapports : 1° avec le seuil ; 2° avec l'acuité visuelle ; 3° avec la vision périphérique ; 4° enfin, avec le sens des couleurs.

XIV. — *Folie puerpérale ; amnésie ; astasie et abasie ; idées délirantes communiquées ;* par les Drs Séglas, médecin suppléant de la Salpêtrière, et Sollier, interne des hôpitaux (numéro de novembre). — L'intérêt de cette observation réside principalement dans des troubles de la mémoire qui revêtaient l'aspect de la démence, mais qui en différaient totalement au fond.

Le Progrès médical.

I. — *Un cas de paralysie alterne de l'oculo-moteur commun, avec aphasie, d'origine traumatique ;* par les Drs A. Manquat et E. Grasset (n° 6). — *Observations :* Homme de trente-trois ans. — *Antécédents héréditaires :* deux ascendants dans la ligne paternelle morts d'apoplexie. — *Antécédents personnels :* Rien à noter, sauf que le sujet a toujours été gaucher. — Traumatisme cérébral produit par un accident de voiture. A la suite, ptosis à droite qui se dissipe en quatre mois. Paralysie du moteur oculaire commun droit : dilatation de la pupille, laquelle ne réagit pas sous l'influence de la lumière. Strabisme divergent, l'œil droit regarde en dehors. Ce strabisme s'exagère quand le malade regarde à gauche. Les divers mouvements de cet œil sont à peine esquissés, alors que l'œil gauche est parfaitement mobile. Aphasie. Hémianesthésie gauche du tronc et des membres. Hémiparésie des deux membres gauches. Donc paralysie croisée bien caractérisée.

Réflexions. — Il doit exister une lésion du pédoncule cérébral droit intéressant les radicules du moteur commun, près de l'émergence de ce nerf. Cette lésion explique la paralysie croisée et aussi l'aphasie, le malade étant gaucher. On sait que les

©BIUM

faisceaux de la capsule interne, qui viennent de la substance grêle de la troisième frontale, passent dans la région interne du pied du pédoncule. Quant à la nature de la lésion, l'on en est réduit aux hypothèses.

II. — *Hémiplégie sans lésions en foyer de l'encéphale ;* par le Dr A. Pilliet, interne des hôpitaux (n° 7). — *Observation :* Un homme a deux attaques d'apoplexie, il présente une hémiplégie droite ancienne et grave avec contracture, escarres du coude et du petit doigt, il meurt avec des accidents nettement cérébraux, et cependant, à l'autopsie, absence de lésion en foyer. — Les cas de ce genre sont rares, il en existe pourtant quelques-uns bien authentiques. Les causes invoquées dans chacun de ces cas sont très disparates. Il faut attendre des observations nouvelles.

III. — *De la maladie de Morvan*, par le Dr Charcot. Leçon recueillie par M. G. Guinon, chef de clinique (n° 11 et 12). — Véritable monographie de l'affection désignée sous le nom de *maladie de Morvan*, à l'occasion d'un malade de la Salpêtrière qui en était atteint. — Ce malade, un homme âgé de cinquante-six ans, n'est ni alcoolique ni syphilitique. Il y a six ans, il eut une maladie fébrile (?) longue et grave, à la suite de laquelle il ressentit des engourdissements dans le bras et la main gauches. Rien de plus pendant quatre ans. Il travaillait, mais il avait une transpiration abondante bizarre de la moitié latérale droite du corps. Il y a trois ans, le pouce gonfla et suppura, puis ensuite la paume de la main suppura également, puis d'autres panaris se déclarèrent encore et la main cicatrisée resta toute mutilée, les premiers panaris furent douloureux, les autres furent à peu près indolores. Le malade s'aperçut qu'il n'avait plus aucune force dans ce bras. Tels sont les principaux symptômes de la maladie de Morvan. Mais le malade en question offrait une hémianesthésie gauche absolue pour le contact, la piqûre, le chaud et le froid, avec perte du sens musculaire au niveau du poignet. Ce dernier syndrome, étranger à la maladie de Morvan, doit être attribué à l'hystérie.

IV. — *Sur un cas d'hystéro-traumatisme.* Leçon de M. Charcot à la Salpêtrière, recueillie par M. Guinon, chef de clinique (n° 16). — Ce nouveau cas est un cas typique, il n'offre rien de particulier. Le mécanisme pathogénique est toujours le même : un élément sensitif quelconque, douleur, engourdissement consécutif, soit au trauma, soit à l'application d'un appareil à fracture, devient pour le malade l'occasion d'une autre sugges-

©BIUM

tion involontaire, le plus souvent inconsciente, qui aboutit en fin de compte à l'impotence fonctionnelle plus ou moins absolue.

Le professeur fait observer que la disposition de l'anesthésie qui correspond aux segments des membres se retrouve aussi dans la syringomyélite; mais le diagnostic entre les deux affections est en général facile à cause des symptômes ordinairement bien distincts de la syringomyélite.

V. — *Modifications apportées à la technique de la suspension dans le traitement de l'ataxie locomotrice et de quelques autres maladies du système nerveux*; par le Dr Gilles de la Tourette, ancien chef de clinique des maladies nerveuses (n° 33). — La pratique a appris que les seuls accidents importants de la suspension étaient les lipothymies et les syncopes, on peut presque dire que les autres accidents sont négligeables. Pour arriver à la tolérance et éviter les syncopes, il faut procéder graduellement, n'augmenter le temps de suspension que très lentement et, pendant l'opération, tenir l'esprit du malade sans cesse en éveil. On aura le plus grand avantage à substituer à l'appareil de Soyre celui du Dr Motchowkowsky. Ce dernier appareil diffère de l'autre par la pièce du menton qui est mobile, il se moule exactement sur la tête du patient.

Si, après vingt ou trente séances, il n'est pas survenu d'amélioration, on devra interrompre et recommencer un nouvel essai après un mois ou deux.

VI. — *Quelques faits de suggestion ;* par le Dr Blanche Edwards, ancien interne provisoire des hôpitaux (n° 25). — Il s'agit de *brûlures par suggestion* avec rougeur et phlyctène, d'un accouchement presque indolore et des vomissements provoqués et arrêtés par la suggestion hypnotique.

VII. — *Contribution à l'étude de la cachexie pachydermique* (*Idiotie myxœdémateuse*) ; par M. Bourneville, médecin de Bicêtre (nos 26, 27, 30, 33 et 34). — M. Bourneville, qui s'est particulièrement occupé de cette espèce d'idiotie, en donne, dans ce mémoire, une étude complète, ou tout au moins expose l'état actuel de la science à ce sujet.

D'abord l'historique, puis quelques observations avec cette remarque que, dans dix-sept cas, il en est cinq dans lesquels on à relevé l'absence complète de toute trace de la glande thyroïde. Viennent ensuite cinq observations personnelles à l'auteur. Enfin une description de la maladie d'après les observations précédentes.

La cachexie pachydermique est due à *l'absence congénitale*

©BIUM

de la glande thyroïde. Parfois elle peut être aussi produite par des lésions pathologiques de cette glande. Parmi les circonstances qui, dans les antécédents des parents, sont capables d'expliquer ce vice de conformation, on relève : la consanguinité, les impressions vives pendant la grossesse, l'alcoolisme, la tuberculose. Il semble que, tant que dure l'alimentation lactée, les symptômes du myxœdème échappent à l'attention ; souvent ils ne s'accusent qu'après une fièvre éruptive.

Comme symptômes : Tous les sujets offrent un arrêt du développement physique. Là, se trouve le tableau clinique de ces idiots myxœdémateux dont la physionomie est si caractéristique.

On observe des maladies intercurrentes assez fréquentes : l'érysipèle, les bronchites, les chutes du rectum, les convulsions, les déformations rachitiques, les manifestations lymphatiques ou scrofuleuses. Ces malades succombent ordinairement aux convulsions, à des phlegmasies pulmonaires, etc.

A signaler dans ce travail un tableau synoptique des symptômes du crétinisme et des symptômes de la cachexie pachydermique.

VIII. — *Sur le sulfonal chez les aliénés ;* par M. J. Roubinovitch, interne à Sainte-Anne (n° 26). — Les propriétés hypnotiques du sulfonal chez les aliénés ont été étudiées ces temps derniers en France et à l'étranger. Cette question a même été discutée à la Société médico-psychologique. M. Roubinovitch donne le résultat de ses observations personnelles qu'il fait précéder d'un historique complet de cette question de thérapeutique.

IX. — *Des fibres intercoticales du cerveau dans les démences ;* par le Dr Kéraval, médecin de Ville-Évrard, et J. Targoula, interne des asiles de la Seine (n° 29). — Les auteurs ont d'abord contrôlé, par des recherches nombreuses, les données actuelles sur la disposition des fibres à myéline dans l'écorce et sur la disparition de ces fibres et la diminution de leur nombre dans les démences. Ils ont ensuite constaté que ces fibres à myéline intracorticales disparaissent dans la paralysie générale, qu'elles disparaissent également dans la démence consécutive — ils notèrent cependant une exception à cette règle, c'était sur un dément qui avait un kyste dans le lobe frontal gauche, — que les formes de cette disparition se présentent de la façon suivante : dans la paralysie générale, c'est le lobe frontal qui devient le plus pauvre en fibres à myéline. Il en est de

©BIUM

même chez les déments. Une région échappe souvent à la disparition et à l'altération des fibres, c'est le lobule paracentral. Qu'il s'agisse de la paralysie générale ou d'une autre démence, la disparition des fibres à myéline s'effectue irrégulièrement sur toute l'étendue des couches corticales. A la période d'atrophie la plus avancée des fibres correspond le plus souvent une déchéance plus ou moins marquée des faisceaux qui viennent de la couronne rayonnante. Il peut y avoir atrophie des fibres à myéline sans qu'il y ait eu lésion méningitique.

Ce mémoire n'est que le début d'un important travail sur l'anatomie microscopique de la couche corticale dans la démence, tout au moins sur l'anatomie pathologique des fibres à myéline de cette écorce.

X. — *Sur un cas de migraine ophtalmoplégique (paralysie oculomotrice périodique)*. Leçon par M. le professeur Charcot à la Salpêtrière (n^{os} 31 et 32). — Cette affection est peu connue encore, mais il convient déjà, dit M. Charcot, de reconnaître l'existence d'une nouvelle migraine ophtalmique dans laquelle les symptômes d'ordre sensitifs : scotomes scintillants, diplopie, etc., sont remplacés par une paralysie totale du moteur oculaire commun.

La paralysie est toujours totale et elle ne s'accompagne pas de paralysie d'autres nerfs. On constate donc du ptosis, du strabisme, de la diplopie, de la paralysie de l'accommodation. Il n'y a jamais qu'un seul œil qui soit atteint et, dans toutes les crises, c'est toujours le même œil qui est pris, il n'y a jamais de changement, quelle que soit l'ancienneté de la maladie. L'œil est un peu rouge pendant l'accès, l'ophtalmoscope ne donne que des résultats négatifs.

C'est la migraine, toujours hémicranienne, quelquefois excessivement douloureuse, qui ouvre la scène. Il y a nausées et vomissements. Puis la douleur cesse brusquement au moment même où la paralysie apparaît. La durée de l'accès est variable, ordinairement de trois à six jours, quelquefois beaucoup plus longue.

Le début a lieu le plus souvent pendant l'enfance; quand il est tardif, il a été précédé de crises de migraine ordinaire.

Comme étiologie, on note l'hérédité névropathique et quelquefois des traumatismes de la tête.

Il arrive que l'affection guérisse, mais elle laisse parfois alors une paralysie permanente du moteur oculaire commun.

Il est bien probable qu'il n'y a, au moins pendant les premiers

©BIUM

temps, d'autre lésion anatomique qu'une fluxion. Mais cette fluxion peut à la longue se transformer en lésion permanente, exsudat, par exemple. La fluxion doit intéresser la cinquième paire, la douleur le fait admettre; mais elle doit aussi intéresser le moteur commun, et non pas son noyau d'origine, mais un point de son trajet basique.

Enfin le bromure de potassium, continué pendant des mois, a une action thérapeutique puissante. Il serait bon de lui associer le mercure et l'iodure de potassium. On peut soupçonner, en effet, de la syphilis héréditaire ou acquise. Du reste, les lésions irritatives, les exsudations chroniques, sont justiciables de ce traitement.

XI. — *Des tremblements hystériques*. Leçon de M. le professeur Charcot à la Salpêtrière, recueillie par M. G. Guinon, chef de clinique (nos 36 et 37). — L'hystérie peut présenter toutes les espèces de tremblements liés à des maladies organiques ou purement névropathiques.

M. Charcot classe les tremblements hystériques comme il suit :

1° Tremblements non exagérés par les mouvements intentionnels. — Ils comprennent les tremblements à oscillations lentes, et imitant alors le tremblement sénile ou celui de la paralysie agitante, et les tremblements à oscillations rapides, et, dans ce cas, ils imitent le tremblement alcoolique, celui de la maladie de Basedow, celui de la paralysie générale.

2° Tremblements existant ou non au repos, provoqués ou exagérés par les mouvements intentionnels. Ils imitent le tremblement de la sclérose en plaques et celui de l'empoisonnement mercuriel (lequel n'est souvent qu'un tremblement hystérique).

Ces tremblements hystériques sont généralisés ou localisés. Dans ce dernier cas, ils peuvent affecter la forme monoplégique, paraplégique et même hémiplégique.

Le diagnostic n'est pas toujours facile. Il faut rechercher les stigmates de l'hystérie, la présence des attaques. Quelquefois, dans le cas d'atténuation ou de disparition, la pression sur les points hystériques fait réapparaître le tremblement.

Présentation de deux malades présentant le tremblement intentionnel, le diagnostic d'avec la sclérose en plaques était assez délicat, une erreur avait été commise dans un hôpital de Paris.

XII. — *Tentative de suicide par une piqûre d'épingle;* par

©BIUM

M. Henri Colin, interne des asiles d'aliénés de la Seine (n° 37). — L'épingle était très longue, 15 centimètres environ. La malade, une femme de cinquante et un ans, se l'enfonça jusqu'à la tête dans le poumon. Il n'y eut aucune suite grave. Il s'agissait d'une débile inconsciente qui avait volé dans un grand magasin.

XIII. — *L'œdème bleu des hystériques.* Leçon de M. Charcot, recueillie par M. G. Guinon, chef de clinique (nos 41 et 42). — L'œdème bleu est un phénomène peu connu de l'hystérie. Sydenham le premier a signalé l'œdème de l'hystérique, et depuis lui d'autres médecins en ont parlé; mais tous ces auteurs n'ont décrit que l'œdème blanc qui ressemble à s'y méprendre à l'œdème des hydropiques. M. Charcot le premier a appelé l'attention sur l'œdème bleu.

Cet œdème siège ordinairement à la main, au poignet et aux doigts. Il y a tuméfaction dure sur laquelle la pression du doigt ne laisse pas de trace. La coloration est bleue avec petites taches et marbrures d'un rouge violacé. Le refroidissement des parties est notable.

C'est un trouble vaso-moteur de nature spasmodique sans doute. Il est quelquefois isolé, mais le plus souvent il coïncide avec d'autres symptômes d'hystérie locale, anesthésie, paralysie, contracture.

On peut parfois reproduire artificiellement l'œdème bleu chez certains hystériques par la suggestion hypnotique. — Le traitement est celui de l'hystérie. Il faut rejeter les moyens chirurgicaux.

XIV. — *De la neurasthénie et de l'hystéro-neurasthénie traumatique.* Leçon du Dr Pitres, à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, recueillie par le Dr E. Bitot, chef de clinique (n° 49). — La neurasthénie est une névrose caractérisée par des troubles sensitivo-sensoriels et psychiques, dont les plus fréquents sont des sensations pénibles siégeant sur différents points du corps et un état mental tout particulier, dont l'inquiétude, l'inaptitude au travail et à l'attention soutenue, l'irritabilité constituent les traits principaux. Les formes les plus tranchées sont : 1° la forme cérébrale; 2° la forme spinale; 3° la forme névralgique; 4° la forme cardialgique; 5° la forme gastro-intestinale. Ces divisions sont, du reste, en grande partie schématiques.

La neurasthénie survient d'ordinaire chez des sujets appartenant à des familles névropathiques. Elle peut survenir ac-

©BIUM

cidentellement à la suite de grands ébranlements traumatiques.

Exemple de neurasthénie traumatique pure. Exemple d'hystéro-neurasthénie traumatique. Et exemple, enfin, de névrose complexe, d'origine traumatique, présentant des symptômes d'hystérie, de neurasthénie et de goitre exophtalmique combinés. Les exemples d'associations de névroses, analogues à celui fourni par la dernière observation exposée par le professeur, ne sont peut-être pas aussi rares qu'on pourrait le croire.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale.

I. — *État mental de P... poursuivi pour avoir coupé les nattes de plusieurs jeunes filles;* par MM. Auguste Voisin, J. Socquet et A. Motet (numéro d'avril). — Le prévenu, âgé de quarante ans, a eu plusieurs cas d'aliénation mentale dans la ligne paternelle et un au moins dans la ligne maternelle. Il n'a pas eu de maladie grave pendant son enfance, il s'est toujours montré très intelligent, mais il avait déjà des « manies ». Il était méticuleux, apportait à la toilette des soins exagérés et ne supportait pas qu'on changeât de place un objet dont il avait l'habitude. En 1870, il eut une attaque de rhumatisme, puis plus tard des embarras d'argent, des tracas d'affaires. C'est à partir de ce moment que se produisirent chez lui, à intervalles plus ou moins éloignés, les faits étranges pour lesquels il finit par se faire arrêter.

Toute sa vie, P... a été un timide. Il a eu des exaltations de sentiment qui ne se sont jamais traduits par des actes décisifs. A plusieurs reprises, il s'est montré érotomane. Il parait de toutes les qualités certaines femmes, parfois de mœurs légères, mais qu'il prétendait cependant « vouloir se conserver vierges ».

Il raconte avec franchise ses perversions génésiques. Il était depuis trois ans sujet, à certains moments, à des malaises et à de l'angoisse. C'est pendant une de ces sortes de crises que l'idée lui vient de toucher des cheveux de femme. Ce désir devint de plus en plus intense, et quand il put le satisfaire, il éprouva une volupté extrême avec érection et éjaculation. — Plus tard, il devint plus exigeant, il lui fallut couper les nattes de cheveux et les rapporter chez lui. Il ne choisissait pas; quand il voyait une jeune fille avec des nattes, il éprouvait

©BIUM

le désir immodéré de lui enlever ses cheveux et de les presser dans ses mains. Quand il tenait une natte, « il serait arrivé n'importe quoi, il n'aurait pas lâché prise ».

On voit combien ce cas de perversion génitale est typique. L'hérédité est accentuée et, chose à bien noter, ce phénomène morbide n'était pas isolé, il se combinait avec d'autres syndromes épisodiques de la dégénérescence intellectuelle. Ainsi S... avait la recherche angoissante des noms propres. Il présentait aussi une sorte d'agoraphobie particulière, il avait la crainte invincible de passer par certains endroits ; rien que l'idée de traverser la rue Saint-Martin lui causait un malaise très pénible.

II. — *Le criminel instinctif et les droits de la défense sociale ;* par le Dr Paul Garnier (numéro de mai).— Deux observations de folie morale. L'auteur les fait suivre des réflexions suivantes : certains individus qui, toute leur vie, passent de l'asile à la prison et de la prison à l'asile, ont, toute doctrine philosophique mise à part, ce caractère fondamental d'être des gens foncièrement dangereux.

Il est impossible de les conserver dans des asiles et leur place n'est pas davantage dans des maisons de détention. Ils ont droit à une hospitalisation spéciale. L'organisation des asiles particuliers, qu'il est nécessaire d'établir pour eux, doit être telle qu'on y ait toujours en vue le redressement moral de ces malheureux. Ils y entreront en vertu d'un jugement rendu sur les conclusions de l'expertise médico-légale et ils ne pourront en sortir que par une décision de l'autorité judiciaire, éclairée par les constatations d'une commission médicale.

III. — *De l'hérédité des gynécomastes ;* par le Dr Em. Laurent (numéro de juillet). — La *gynécomastie* est une anomalie qui consiste dans le développement exagéré et persistant des mamelles chez l'homme au moment de la puberté, avec arrêt de développement plus ou moins complet des organes génitaux externes et particulièrement des testicules.

L'auteur donne plusieurs observations de l'anomalie qu'il a, je crois, baptisée lui-même. Puis il étudie particulièrement l'influence de l'hérédité sur son apparition et il pose les propositions suivantes :

Toutes les causes de dégénérescence peuvent être des causes de gynécomastie. En tête marchent la folie, l'épilepsie, l'hystérie, les névroses, l'alcoolisme, et, en seconde ligne, la tuberculose, la scrofule, l'obésité.

©BIUM

Ainsi donc, de par son hérédité, le gynécomaste est un dégénéré. Il présente des caractères physiques de dégénérescence et particulièrement, ce qu'il est inutile de noter, l'*effémination*. Au point de vue psychique, c'est quelquefois un détraqué, plus souvent un débile, un être dont l'esprit manque d'harmonie comme le corps.

IV. — *Rapport médico-légal sur un persécuté homicide*; par M. Gilbert Ballet, professeur agrégé, médecin des hôpitaux (numéro de juillet). — Le sujet de ce rapport médical est le nommé Georges R..., le meurtrier du regretté M. Roux, directeur à la préfecture de la Seine. Georges R... est un persécuté classique atteint de délire systématisé à évolution progressive. Son observation ne présente rien de particulier. Il est pourtant certaines remarques bien justes que je trouve dans le rapport de M. Ballet et que je veux relever; les voici :

Georges R... était atteint de délire de persécution depuis déjà longtemps, lorsqu'il commit son attentat. Si les personnes, en mesure de le faire, avaient provoqué un examen médical, on se fût décidé à l'interner et l'on eût ainsi empêché, en le prévenant, le douloureux événement que l'on a eu à déplorer. A la vérité, « *si l'on s'était décidé à cette époque à séquestrer Georges R..., il se serait peut-être rencontré des journalistes et, qui sait, des députés pour interpeller* ».

Certainement oui; mais comme le dit M. Ballet, le médecin ne doit pas se laisser émouvoir plus qu'il ne convient par les accusations sans fondement des incompétents. Le mieux encore pour lui est de continuer à faire simplement son devoir.

V. — *Des exhibitionnistes;* par le Dr Magnan (numéro de juillet).— Etude rapide mais complète sur les exhibitionnistes. L'impulsion morbide à laquelle sont en proie ces sujets a sa place parmi les syndromes épisodiques des folies des dégénérés. Plusieurs observations à l'appui. Mais l'exhibitionnisme n'est qu'un symptôme, un élément, on le retrouve aussi dans la démence sénile, dans la paralysie générale, etc... Seulement le mécanisme pathogénique n'est pas le même dans les deux cas. Dans le second, il y a exhibition mais pas impulsion, et si l'acte est le même, quelle différence dans les mobiles!

VI. — *Le vagabondage et son traitement;* par le Dr Maurice Benedikt, de Vienne (numéro de décembre). — Étude médico-sociologique d'une très haute portée. L'auteur fait de la sociologie médicale un peu comme Lombroso, dont il semble bien s'être inspiré, qu'il soit ou non partisan de l'école d'anthropo-

©BIUM

logie criminelle nouvelle. Sa méthode est certainement celle de Lombroso.

Le vagabondage est acquis ou inné, simple ou compliqué de criminalité ou de folie. Le vagabondage acquis est en principe conséquence de notre ordre social, qu'il sévisse sur l'adulte ou sur l'enfant moralement abandonné. Donc, faire disparaître ce délit du Code pénal en ce qui concerne les vagabonds non innés. Remarquer que les vagabonds par acquisition se transforment avec le temps en véritables vagabonds innés, quant aux symptômes et au pronostic, et j'ajouterai, quant au traitement.

Le vagabond inné n'est pas nécessairement vicieux. Il présente une certaine périodicité. Il en est parmi cette classe qui sont des héros de vertus. Autrefois ces derniers se retiraient dans des cloîtres et devenaient des demi-saints. Il faut lui créer des abris spéciaux avec liberté provisoire et même permanente selon les cas.

Les vagabonds innés vicieux peuvent être tels d'accident ou être vicieux de naissance. D'où des subdivisions dans la classification et des subdivisions aussi dans les moyens de traitement.

L'article, très court et très suggestif, est à lire avec soin, je ne puis ici qu'en indiquer les points principaux.

Archives générales de médecine.

I. — *Des accidents nerveux tardifs consécutifs aux fractures du rachis et de leur traitement;* par MM. Tuffier, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé et Halliou, interne des hôpitaux (numéro de mars). — Le traitement consiste dans la trépanation et dans la réduction tardive, celle-ci devant être maintenue par l'extension continue ou par le corset de Soyre. Mais l'intervention tardive est loin d'être toujours suivie de succès, une intervention précoce reste la méthode de choix. Dans l'incertitude où l'on est généralement sur l'état précis de la moelle lésée, il est impossible de formuler des contre-indications absolues aux tentatives opératoires.

II. — *Les troubles sensoriels, organiques et moteurs, consécutifs aux traumatismes du cerveau;* par le Dr Azam, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux (numéro de mai). — M. Azam appelle l'attention sur les accidents consécutifs aux traumatismes du crâne et du cerveau, accidents bien plus nombreux et bien plus fréquents qu'on ne le croit en général. Il

©BIUM

insiste sur la possibilité de les combattre, et le prouve par de nombreux exemples.

La constitution physique du cerveau, sa densité faible, son système vasculaire, ses enveloppes osseuses inextensibles, tous ces facteurs font que les traumatismes du cerveau ont une importance considérable. Le cerveau a certainement une influence majeure sur le fonctionnement des organes; mais, il faut l'avouer, la science n'est pas très avancée sur ce point. D'après les découvertes récentes, il est cependant permis de prévoir que l'avenir dévoilera bien des relations mystérieuses encore aujourd'hui. On peut espérer que le jour viendra où l'on pourra, étant donné un blessé qui présente certains troubles intellectuels ou sensitifs, déduire de la nature de ces troubles quel est le point du cerveau particulièrement atteint, de même qu'à présent, on peut, d'après la nature des sécrétions du rein, déduire les altérations de cet organe.

Dès à présent les localisations cérébrales peuvent guider, et les exemples de ce fait ne sont plus rares, le médecin dans la cure des troubles cérébraux consécutifs. Le trépan, « ce bistouri du cerveau », n'est pas le seul moyen que nous ayons à notre disposition. Les antiphlogistiques énergiquement appliqués empêchent des phlegmasies insidieuses de se produire après les traumatismes, et l'on ne doit jamais considérer comme peu grave un traumatisme un peu violent du cerveau, même quand la guérison semble s'être établie en quelques jours. Les troubles consécutifs ne se manifestent souvent qu'après de nombreuses années. On trouve dans ce mémoire très intéressant des observations nombreuses de trépanation, pour des accidents survenus longtemps après l'accident initial.

III. — *Contribution à l'étude des névroses mixtes de l'estomac;* par M. le Dr A. Rémond (de Metz) (numéro de juin). — L'auteur donne une série d'observations d'affections gastralgiques diverses, mais ayant entre elles une analogie évidente. A la suite de son tableau clinique il expose les considérations suivantes:

Il existe une maladie polymorphe dans ses symptômes accessoires, nettement caractérisée au contraire par le phénomène principal : l'augmentation de la sécrétion stomacale. Le fait le plus important et qui domine tous les cas particuliers, c'est le rôle pathogénique du système nerveux. En première ligne se place toujours la lésion nerveuse, anatomique ou dynamique, ataxie ou neurasthénie. C'est de ce côté que doivent se

©BIUM

diriger les efforts thérapeutiques, ce n'est qu'après la disparition que la guérison sera certaine.

IV. — *De l'hystérie mâle dans un service hospitalier* (*hôpital Broussais*, 1889); par M. A. Souquet, interne des hôpitaux (numéro d'août). — M. Souquet veut démontrer, dans cette monographie: 1° que l'hystérie mâle n'est pas l'apanage de quelques hôpitaux spéciaux, mais qu'on la rencontre fréquemment dans les services hospitaliers ordinaires ; 2° *qu'elle semble plus fréquente, du moins dans les classes inférieures, que l'hystérie féminime;* 3° qu'elle soulève enfin un problème clinique dont la solution présente un intérêt de premier ordre.

La lecture de ce travail est très intéressante. Par un heureux hasard, l'auteur a rencontré dans son service des cas rares d'hystérie et il en donne d'excellentes observations. Seulement, je ne suis pas bien certain de l'exactitude de celle de ses propositions que j'ai soulignée plus haut.

V. — *Le spasme saltatoire dans ses rapports avec l'hystérie;* par M. E. Brissaud, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Saint-Antoine (numéros d'octobre et de novembre). — Le phénomène désigné sous le nom de *spasme saltatoire* ou *maladie de Bamberger* n'est autre chose qu'un incident de la « diathèse de contracture », et comme tel, il appartient, ainsi que cela a lieu le plus souvent (mais pas toujours), à l'hystérie. M. Brissaud démontre cette proposition au moyen de cinq observations personnelles. On trouve d'abord, dans ce mémoire, la description du phénomène, puis les cinq observations se rapportant toutes à des hystériques.

L'auteur discute ses observations longuement et, par le faitt son travail constitue une importante leçon clinique. Il fai, observer que le spasme saltatoire diffère de l'abasie trépitante de Charcot et, enfin, il termine par cette conclusion : le spasme saltatoire est, le plus souvent, une manifestation d'ordre hystérique, mais on ne doit pas le considérer comme un syndrome purement hystérique. Les affections spinales capables de déterminer des paraplégies spasmodiques peuvent se traduire accidentellement par le spasme saltatoire. La myélite transverse les scléroses latérales peuvent à la rigueur rentrer dans le cas et, malgré que la chose paraisse anormale, le tabes dorsalis peut aussi s'accompagner de ce phénomène convulsif. Mais dans toutes ces affections le spasme saltatoire constitue une exception, il relève presque toujours de l'hystérie. Dr Camuset.

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE

De la responsabilité criminelle; par le Dr Cabadé. 1 vol. in-12. Paris, G. Masson, 1893.

Le Dr Cabadé vient de publier un livre intitulé : *De la responsabilite criminelle.* Ce n'est pas, à proprement parler, un traité de médecine légale ; la responsabilité des délinquants est étudiée à un point de vue général ; mais ceux qui sont appelés comme experts devant les tribunaux suivent avec soin les travaux faits en anthropologie criminelle, et la question intéresse les médecins aussi bien que les magistrats.

L'auteur signale, en débutant, la progression : 1° du nombre des aliénés ; 2° du nombre des criminels et des délinquants ; 3° de la consommation de l'alcool. Pour lui, ces trois ordres de faits sont liés à la civilisation et constituent un péril social, car le nombre de ceux dont le cerveau devient malade augmente ; or, les modifications de l'encéphale sont transmises par hérédité, et la proportion des dégénérés augmente. Comme conclusion, la première question à résoudre, quand on est en présence d'un criminel, est celle-ci : l'accusé a-t-il commis l'acte incriminé dans la plénitude d'une raison normale, ou bien une maladie cérébrale a-t-elle pu vicier la rectitude de ses conceptions intellectuelles ou morales ?

Le Dr Cabadé fait preuve de beaucoup d'érudition en discutant les théories émises par les différents auteurs, et il exprime l'avis qu'il existe bon nombre de criminels, qui ne sont pas responsables de leurs actes, qu'il faut se garder de condamner comme des malfaiteurs. Il n'admet pas que la société ait le droit de récompenser ou de punir ; elle ne peut que « se mettre à l'abri des agissements de quelques-uns de ses membres dont les tendances ne vont à rien moins qu'à la destruction de toute association ».

Les sociétés primitives ne s'occupaient pas de l'état mental du délinquant, mais la législation romaine a posé le principe que l'on ne pouvait considérer comme criminel que celui qui

©BIUM

était *compos mentis*. Or, la folie peut exister, sans que celui qui en est atteint présente un désordre général dans les idées et dans les actes. D'après le Dr Cabadé, on côtoie, tous les jours dans la vie, des malades qui vont, viennent, s'occupent de leurs affaires, souvent mieux que la plupart des gens dits raisonnables, et qui, cependant, ne sont que des gens absolument irresponsables de leurs actes. Tous les épileptiques rentreraient dans cette catégorie.

Le Dr Cabadé consacre un chapitre à la physiologie du cerveau et à l'influence de l'hérédité, puis il arrive à l'examen des théories de Lombroso et à l'étude des *criminels par raison anatomique*. Il examine les anomalies portant sur les os du crâne et les viscères. C'est un fervent admirateur du savant professeur italien ; toutefois, il exprime l'opinion que la doctrine donne lieu à de sérieuses critiques. On rencontre des anomalies chez des gens qui ne sont pas et qui ne seront probablement jamais des criminels ; un des points faibles de la doctrine italienne est de vouloir considérer certaines malformations comme devant engendrer le crime d'une façon quasi fatale, et de dire que telle lésion cérébrale caractérise les assassins et que telle autre détermine les vols ou les crimes contre la pudeur.

Un des chapitres les plus importants s'applique à la folie morale que l'auteur définit ainsi : « Un trouble cérébral portant uniquement sur l'ensemble ou sur une des parties des facultés intellectuelles et psychiques, pouvant reconnaître pour cause, soit une lésion d'ordre anatomique, soit un changement moléculaire d'ordre fonctionnel ou héréditaire, ou bien encore une intoxication. » Cette définition nous paraît avoir le très grave défaut, non seulement de ne pas caractériser la folie morale, mais encore de ne pouvoir s'appliquer à presque toutes les formes de l'aliénation mentale sans en définir aucune. Le Dr Cabadé est beaucoup plus heureux quand il aborde l'étude des dégénérés et quand il présente sa division des fous moraux : 1° par impulsion irrésistible ; 2° par absence du sens moral ; 3° par absence de volonté ; 4° par défaut d'équilibre. Le chapitre se termine par un rapide examen des conséquences possibles de l'hypnotisme.

Tous les délinquants n'ont pas des anomalies ou des troubles fonctionnels du cerveau, et, dit le Dr Cabadé : « Tous ceux dont le cerveau ne présente pas une tare anatomique ou physiologique, que cette tare soit héréditaire ou acquise, sont les véritables criminels responsables. » Mais, pour arriver

©BIUM

à une semblable conclusion, il faut avoir reconstitué la vie antérieure de l'accusé. C'est pour n'avoir pas ainsi procédé qu'on a aujourd'hui à déplorer des erreurs judiciaires telles que la condamnation à mort de Verger, qui avait tué l'archevêque de de Paris. Les vrais criminels n'agissent pas comme ceux qui subissent une poussée impulsive, et qui, le crime commis, manquent de suite dans les idées : ils conçoivent et mûrissent un plan longtemps à l'avance, laissent peu de chose au hasard et s'efforcent de prévoir toutes les éventualités. Par leur habileté, ils échappent souvent à la justice. Toutefois, le Dr Cabadé nous semble forcer la note quand il écrit : « Le véritable criminel sait fort bien que, malgré toutes ses précautions, il peut être pris et accusé, aussi est-il en mesure de se défendre sur ce terrain-là ; il a su se créer, soit des alibi, soit une série de motifs qui, dans une certaine mesure, peuvent excuser son crime ou tout au moins l'atténuer ou le rendre en quelque sorte légitime. Aussi ce criminel est-il rarement pris, le plus souvent il échappe, tandis que de pauvres malheureux, coupables surtout d'avoir un cerveau imparfait, soit dans sa forme, soit dans ses fonctions, ne peuvent pas se sauver, et, quand on instruit leur procès, leur idéation est trop imparfaite pour pouvoir combattre avec succès les charges rassemblées contre eux. En un mot, la perpétration d'un crime, sans que le coupable soit découvert, est un problème qui sera toujours mieux résolu par un cerveau normal et bien pondéré, que par un cerveau malade ou défectueux.

« Aussi quelle différence dans les résultats : le criminel qui n'est qu'un fou moral forme une notable partie du contingent de nos bagnes et de nos maisons centrales. Le véritable criminel fait souvent le beau de nos salons et de nos réunions; on se le dispute, on se l'arrache, il a réussi et, possédant beaucoup d'argent, il a beaucoup d'admirateurs, il est réellement le roi du jour, l'entrepreneur du vol organisé, qui consiste à faire croire au public qu'on le fait participer à une immense et glorieuse entreprise et qui vole et dilapide l'argent d'une foule de gens qui, naturellement, ne peuvent rien contrôler. »

Un chapitre est consacré à l'étude de ce que deviennent les criminels. Les faux criminels sont comparés aux épileptiques qui peuvent rester parfois des années sans présenter aucun symptôme. Les cas d'aliénation mentale sont beaucoup plus fréquents dans les prisons que dans la masse des gens qui vivent au dehors. On ne doit pas chercher à expliquer ce fait par le système pénitentiaire auquel est soumis le prisonnier

©BIUM

(détention en commun ou emprisonnement cellulaire), mais par des conditions inhérentes au prisonnier lui-même. D'habitude, les détenus ont une intelligence au-dessous de la moyenne, avec tendances aux idées dépressives ; mais, parfois, il y a chez eux des explosions de révolte, des accès de fureur analogues à l'accès de manie aiguë. Ces crises sont, pour le Dr Cabadé, un nouveau point de rapprochement avec l'épilepsie.

Les criminels ont-ils des remords? La réponse est négative pour ceux qui sont délinquants parce qu'ils sont dépourvus de sens moral. Le remords peut exister chez quelques impulsifs. La fréquence des récidives est, pour notre confrère, un argument en faveur de l'irresponsabilité de la plupart de ceux qui sont détenus dans les prisons comme criminels.

« Certainement, dit-il, s'il y a une tendance si grande pour certains cerveaux à commettre toujours les mêmes actes délictueux, c'est que ces cerveaux sont de telle nature, de telle composition psycho-chimique, de telle modalité, en un mot, qu'il leur est impossible de ne pas perpétrer des actes de ce genre, ces actes étant une conséquence de leur constitution. »

La conclusion du livre est qu'il faut modifier le système pénitentiaire actuel, et le Dr Cabadé attaque très vivement la théorie de la responsabilité partielle, limitée ou atténuée. Pour lui, la responsabilité existe ou n'existe pas, et, ajoute-t-il : « Dès le moment qu'il existe une maladie cérébrale héréditaire ou acquise, dès le moment qu'il existe une lésion du cerveau ou une anomalie fonctionnelle de cet organe, nul ne peut affirmer que le coupable sur lequel on observe cette malformation puisse être considéré comme responsable ».

Les criminels sont alors divisés en deux catégories : les criminels vrais et les faux criminels qui sont des malades. Or, comme la société a le devoir de protéger ses membres, on doit séquestrer les deux catégories de criminels, mais établir aussi deux catégories dans les moyens de claustration, les malades devant être soignés et guéris si la chose est possible. Mais comment établir le classement des accusés dans l'une ou l'autre catégorie? Le Dr Cabadé propose l'institution d'un jury de responsabilité distinct du jury criminel, et entrant en fonction quand le verdict aurait été rendu sur la matérialité des faits. Le fonctionnement de ce jury de responsabilité entraînerait la création de maisons de santé spéciales, où l'on soignerait les faux criminels et où l'on conserverait indéfiniment « ceux qu'une malformation cérébrale, congénitale ou acquise, condamne pour

©BIUM

le restant de leurs jours à ne posséder jamais qu'un cerveau inférieur avec tendance aux actes criminels ou délictueux. »

Les criminels irresponsables seraient soignés dans les établissements spéciaux et seraient rendus à la liberté quand la guérison serait jugée complète par le médecin. Mais pour la mise en œuvre d'une pareille entreprise, il faut un groupe important de médecins légistes connaissant parfaitement la physiologie et la pathologie cérébrale, et pour arriver à ce résultat, les études médico-légales actuelles devraient être modifiées.

Le Dr Cabadé termine son livre en ces termes : « Arrivé au terme de cette étude, nous ne nous faisons pas la moindre illusion sur la chance qu'il y a de voir adopter les idées que nous venons d'indiquer après d'autres auteurs. Certainement, les temps ne sont pas proches où les nations se laisseront guider par les principes scientifiques. Nous sommes les produits d'une telle hérédité, et nous comptons dans notre lignée tant d'ancêtres auxquels ces idées auraient apparu comme des monstruosités morales que, de longtemps, on n'envisagera cette question, en la dépouillant de tout le cortège des idées fausses et erronées que nous ont léguées nos prédécesseurs. Nous savons que l'humanité n'a pas coutume de marcher d'un pas rapide dans la voie des améliorations, qu'il faut parfois des siècles, comme dit Herbert Spencer, pour déplacer un clou dans le sens du progrès. Mais nous savons également que si l'humanité effectue ses évolutions avec lenteur, elle ne rétrograde jamais. »

L'auteur a fait, dans ce dernier paragraphe, la critique la la plus forte qu'on pût faire à son ouvrage, c'est que les conclusions ne paraissent pas pouvoir être admises aujourd'hui comme pratiques. Nous avons lu avec beaucoup d'intérêt le livre sur la responsabilité criminelle. Nous y avons trouvé de bonnes choses, mais nous ne partageons pas toutes les idées qui y sont émises. Nous nous attachons, lorsque nous sommes appelés à examiner l'état mental d'un délinquant, à distinguer le malade du criminel; or, l'exagération conduit toujours à l'encontre du but que l'on poursuit. Nous ne croyons pas qu'on puisse poser comme axiome qu'une malformation cranienne, quelle qu'elle soit, ou une lésion cérébrale, prise d'une manière générale, ou même des antécédents héréditaires, suffisent pour faire déclarer l'irresponsabilité du prévenu. C'est une présomption, mais il faut encore examiner chaque cas en particulier. On a pu dire qu'il n'y avait pas de maladies, mais qu'il

©BIUM

y avait des malades. De même, c'est une des théories soutenues en anthropologie criminelle, qu'il ne faut pas poursuivre la répression du crime pris comme une entité, mais qu'il faut examiner chaque criminel en particulier.

A notre avis, le Dr Cabadé a étudié la responsabilité des criminels à un point de vue trop général. Des attentats sont commis par des aliénés avérés : ici, l'irresponsabilité du délinquant n'est pas douteuse. Des gens sains d'esprit peuvent commettre un crime, et le Dr Cabadé les considère comme responsables. Enfin, on rencontre une catégorie d'individus que Maudsley place dans une zone neutre entre le crime et la folie. C'est quand il s'agit de ces individus que le rôle de l'expert et l'appréciation du magistrat deviennent très difficiles, parce qu'il n'existe pas de ligne de démarcation bien tranchée entre la raison et la folie. Nous aurions désiré trouver dans le livre du Dr Cabadé des données un peu plus précises pour faire le diagnostic différentiel du criminel responsable et du criminel irresponsable, et nous doutons fort que l'institution d'un nouveau jury puisse être la solution de la question.

A. Giraud.

Psychologie de l'idiot et de l'imbécile ; par M. le Dr Paul Sollier, ancien interne des hôpitaux. 1 vol. in-8°. Paris, Félix Alcan, 1891.

Ce livre représente une somme considérable de travail, il est rempli d'aperçus nouveaux, d'analyses cliniques et de considérations thérapeutiques importantes. Quand on l'a lu complètement, ce qu'on peut faire vite et sans fatigue, car le style en est clair et le plan bien ordonné, on s'aperçoit qu'en réalité trois sujets différents y sont traités sous ce même titre : *Psychologie de l'idiot et de l'imbécile.* Ces trois sujets ne sont pas traités séparément; ils sont, au contraire, entremêlés et confondus ensemble, de la première à la dernière page. D'abord, l'exposé d'une doctrine, jusqu'à présent inédite, d'après laquelle l'idiotie et l'imbécillité constituent deux variétés de dégénérescence ayant chacune ses caractères propres et distinctifs, lesquels sont indiqués plus loin. Puis, une description clinique de ces deux dégénérescences, et qui est, ce me semble, la partie la plus heureuse du livre. Enfin, quelque peu de psychologie ;

©BIUM

mais ce dernier sujet, malgré le titre de l'ouvrage, est celui sur lequel l'auteur a le moins insisté.

Je voudrais faire ressortir les points principaux de chacun de ces trois sujets; mais il me faut, au préalable, indiquer rapidement l'idée maîtresse de l'étude de M. Sollier, idée qu'il développe longuement d'abord, et à laquelle il revient dans presque tous les chapitres de son livre.

Notre auteur admet donc que « la clef de voûte du développement intellectuel est l'attention », ce sont ses expressions, et prenant, en conséquence, l'attention pour point d'appui, il établit la classification suivante :

1° Idiotie absolue : *absence complète et impossibilité de l'attention ;*

2° Idiotie simple : *faiblesse et difficulté de l'attention ;*

3° Imbécillité : *instabilité de l'attention.*

Les idiots absolus et les idiots simples appartiennent, par suite, à une même catégorie. Chez eux, l'attention manque ou est rudimentaire, mais quand elle existe, elle se manifeste avec ses attributs normaux, elle est pour ainsi dire physiologique. Les imbéciles, eux, constituent une classe à part. Chez eux, l'attention est plus ou moins développée, mais elle ne pèche pas uniquement par la quantité, car elle n'est pas physiologique, mais elle est *instable*. C'est cette instabilité qui constitue la caractéristique des imbéciles et qui donne au fonctionnement cérébral de ces dégénérés un cachet particulier.

Et, d'un bout à l'autre de son étude, M. Sollier oppose les idiots aux imbéciles. Qu'il s'agisse d'instincts, de perceptions, de facultés intellectuelles, de sentiments moraux, de sentiments moraux surtout, les caractères différentiels sont toujours les mêmes. Il y a absence du développement rudimentaire chez l'idiot, et chez l'imbécile il y a développement plus ou moins incomplet, quelquefois même développement exagéré, mais en même temps il y a aussi perversion et inversion. Il en résulte que l'idiot finit par paraître comme un malheureux déshérité qui inspire la pitié, tandis que l'imbécile, avec son instabilité, les vices et les mauvais instincts, devient parfaitement antipathique. « *L'idiot est un extra-social, l'imbécile un anti-social.* »

Ces assertions ne laissent pas que d'étonner au premier moment. On est, en général, habitué à considérer l'idiotie, l'imbécillité, la débilité mentale, simplement comme des degrés différents de dégénérescence psychique, et on n'établit pas de ligne de démarcation bien tranchée entre l'idiotie et l'imbécillité. On

©BIUM

base les diagnostics sur le degré de dégradation des sujets, dégradation qu'on envisage dans son ensemble, et on rapporte particulièrement à l'idiotie les stigmates physiques de dégénérescence très prononcés, ceux surtout qui intéressent la bête. Cette façon de procéder est assez arbitraire; mais comment mieux faire, en l'absence de points de repère anatomiques ou même symptomatiques? Il faut bien en convenir, cette partie de la médecine qui concerne l'idiotie est encore peu avancée.

On pense aussi aux nombreux idiots qu'on a rencontrés et qui étaient aussi mal doués, sous le rapport des qualités morales que sous celui des facultés intellectuelles. On se souvient en même temps de certains imbéciles qu'on a suivis et qui étaient affectueux, honnêtes, dévoués même, qui faisaient preuve enfin de qualités altruistes normales. On est alors tenté de rejeter, comme une simple conception imaginaire, toute la théorie de M. Sollier. Mais en réfléchissant et en observant mieux, on ne tarde pas à reconnaître que sa façon de voir répond souvent à la réalité. Certainement, il y a de nombreuses exceptions à la règle qu'il énonce, et lui-même en convient, mais enfin on rencontre souvent des idiots et des imbéciles qui répondent parfaitement, au point de vue moral, au type d'idiot et au type d'imbécile qu'il décrit. Je crois donc que tous ceux qui, sans parti pris, étudieront les dégénérés à ce point de vue spécial, se rallieront plus ou moins complètement à l'idée de M. Sollier.

Se ralliera-t-on aussi généralement au choix que cet auteur fait de l'attention pour servir de base à sa classification? M. Sollier critique la classsification de Séguin, établie sur le degré de développement de la volonté, et il risque un peu de voir ses critiques se retourner contre lui-même. L'attention, quand elle n'est pas simple, constitue un phénomène complexe, dans lequel précisément la volonté entre pour sa part. Et puis, en restant dans le domaine de l'observation pure, on voit souvent des idiots chez lesquels l'attention simple ou volontaire est bien plus développée que chez d'autres idiots qui sont bien moins dégradés qu'eux. En vérité, la seule classification qui sera réellement satisfaisante sera celle qui s'appuiera sur l'anatomie; mais l'anatomie pathologique de l'idiotie n'est encore qu'à l'état d'ébauche. C'est à la faire progresser que tendent justement les recherches de l'école de M. Bourneville.

Passons aux descriptions cliniques de l'idiotie et aux moyens thérapeutiques à employer pour l'améliorer. C'est la partie la plus développée et la plus remarquable du livre, et elle forme un excel-

©BIUM

lent traité pratique de l'idiotie et de l'imbécillité. L'auteur étudie les idiots dès leur naissance, il indique les premiers signes qui peuvent faire prévoir leur affection. Ensuite, dans autant de chapitres, il décrit successivement les *diverses sensations*, chez ces dégénérés, il analyse les phénomènes psychologiques, faisant saisir les conséquences de leur état rudimentaire ou de leur insuffisance, suivant les cas. De suite après, il étudie l'*attention*, qui lui sert de critère, comme on sait, et dont il tend à considérer les anomalies comme les conditions nécessaires de l'idiotie. Il décrit les procédés pédagogiques à employer pour développer l'attention. Et, conformément à sa méthode d'opposition qu'il n'abandonne jamais, il montre les différences qui existent entre l'attention chez l'idiot et l'attention chez l'imbécile. Puis il passe aux *instincts*, ce qui l'amène à s'occuper, entre autres choses, des aptitudes spéciales que présentent certains dégénérés. Après le chapitre consacré aux *instincts*, vient celui consacré aux *sentiments*. Inutile de dire combien est intéressante l'étude des sentiments chez les dégénérés. C'est aussi dans ce chapitre qu'on rencontre le plus de psychologie véritable. Faut-il, à ce propos, noter une opinion qui ne sera peut-être pas admise par tous sans discussion : « La pitié n'est pas un sentiment naturel. » Je crois même que, généralisant cette donnée, l'auteur avance que les sentiments altruistes ne sont pas des sentiments naturels, mais qu'ils sont le résultat du raisonnement. S'il en est ainsi, on comprend qu'ils doivent manquer chez les idiots. Certainement les sentiments altruistes ont une origine égoïste. Ils sont basés, au début, sur l'instinct de la conservation personnelle qu'on peut, je crois, prendre comme point de départ pour nombre de raisons qu'il serait impossible d'exposer ici, lequel instinct de conservation s'est étendu, en se différenciant, à l'enfant d'abord, puis à la famille, à la tribu, aux semblables, et même aux dissemblables, aux animaux. Les sentiments altruistes se développent et se perfectionnent par le raisonnement, mais ils ont un substratum irraisonné, inné, comme on disait. L'altruisme élémentaire, si l'on peut s'exprimer ainsi, n'est donc pas acquis. Il est devenu graduellement organique et héréditaire, et il est maintenant tout à fait indépendant du raisonnement, comme l'enseigne Spencer. Mais il ne s'agit, en somme, là, que d'un point de détail, et de quelque façon qu'on le juge, la valeur des excellentes analyses des sentiments chez les dégénérés n'est diminuée en rien.

Enfin, l'étude du *langage*, et ensuite celle de l'*intelligence*

©BIUM

proprement dite, complètent les descriptions cliniques si instructives que M. Sollier donne des idiots et des imbéciles.

J'ai avancé que ce livre, intitulé : *Psychologie des imbéciles et des idiots*, renfermait, en réalité, peu de psychologie. Il me semble, en effet, que des descriptions, même analytiques, des instincts, des sentiments, des facultés diverses des idiots constituent, non pas de la véritable psychologie, mais de la clinique. De telles descriptions ne forment, en somme, que des tableaux symptomatiques, seulement les symptômes sont d'ordre psychique au lieu d'être d'ordre somatique. L'aliéniste fait œuvre de psychologue seulement, quand chez l'idiot, par exemple, il cherche à établir le mécanisme cérébral normal d'un phénomène psychologique quelconque, à l'aide précisément des altérations de ce phénomène chez l'idiot, phénomène altéré dont il poursuit la pathogénie. Et puis la psychologie est devenue surtout une science d'observation, et les recherches psychologiques sont d'autant plus fructueuses qu'on étudie d'abord les fonctionnements les plus simples. On va ensuite du simple au composé. Les idiots, à ce point de vue, offrent un champ d'observations très heureux.

Je suis obligé de terminer là cette analyse, qui demanderait pourtant à être développée davantage encore; je me résume donc : il se peut que quelques-unes des propositions accessoires qu'on trouve dans l'œuvre de M. Sollier soient plus ou moins critiquables, mais l'idée fondamentale du livre, cette différence au point de vue des qualités morales entre l'idiot et l'imbécile, est justifiée dans beaucoup de cas. Quant aux descriptions cliniques, aux analyses des instincts, des sentiments, des facultés, aux principes de thérapeutique, etc., ce sont autant d'études sérieuses et complètes, qui, réunies, constituent un remarquable traité pratique de l'idiotie et de l'imbécillité, aussi utile qu'intéressant.

CAMUSET.

La thérapeutique suggestive et les applications aux maladies nerveuses et mentales, à la chirurgie, à l'obstétrique et à la pédagogie; par M. le Dr A. Cullerre, directeur-médecin de l'asile d'aliénés de la Roche-sur-Yon. Paris, J.-B. Baillière et fils, éditeurs, 1893.

Depuis quelques années, M. Cullerre a pris à tâche de pré-

©BIUM

senter successivement au public l'exposé des questions les plus intéressantes de la neurologie. J'ai déjà eu l'occasion de dire, à cette même place, à propos d'une de ses publications destinées à la fois au grand public et aux médecins, qu'il avait un réel talent de vulgarisateur. Il poursuit la série de ses travaux en donnant aujourd'hui la *Thérapeutique suggestive*. Mais il y a une certaine différence entre cette dernière étude et les études précédentes du même genre. Les gens du monde comprendront bien, et facilement même, les pages de la *Thérapeutique suggestive;* mais cet ouvrage est plus spécial que les autres, plus technique pour ainsi dire, et il s'adresse surtout aux médecins.

Du reste, M. Cullerre, qui joint, à une grande érudition, une grande facilité de travail, et qui est, en outre, un véritable clinicien, produit beaucoup et son œuvre est déjà importante. Je tiens à rappeler qu'il n'est pas exclusivement un vulgarisateur, et si ses livres de vulgarisation sont bien connus dans le public, ses nombreux travaux originaux sont également très appréciés chez les aliénistes. Il est aussi l'auteur d'un *Traité de médecine mentale*, que je considère comme un des meilleurs traités modernes de ce genre, sinon comme le meilleur de tous. Mais je n'ai à m'occuper ici que de la *Thérapeutique suggestive*.

Ecrire un volume sur la thérapeutique suggestive, en se bornant à indiquer les maladies dans lesquelles la suggestion a réussi, celles dans lesquelles elle a été impuissante, et à relater les observations et les opinions des médecins qui ont particulièrement employé ce moyen de traitement, ne serait pas chose difficile. Il s'agirait simplement de mettre en un ordre méthodique une partie des observations dont les recueils spéciaux abondent. Mais un tel travail n'aurait pas grande utilité, et M. Cullerre a autrement compris sa tâche. Il a d'abord largement exposé les notions générales qui ont cours sur l'hypnotisme et sur la suggestion, et c'est là certainement la partie qui lui a demandé le plus d'efforts. Ensuite il a étudié, à l'aide d'une critique sévère et réellement scientifique, et guidé aussi par son expérience personnelle, les effets réellement obtenus par la suggestion dans le traitement de divers états morbides, dans la pratique chirurgicale, dans la pratique obstétricale et dans la pédagogie.

Dans cette première partie, consacrée aux notions générales, l'auteur réussit à débrouiller un peu ce chaos d'opinions diverses et trop souvent contradictoires sur l'hypnotisme, la

©BIUM

suggestion à l'état de veille. Il fait un historique rapide de toutes les questions afférentes à la suggestion : mesmérisme, magnétisme animal, Braidisme, etc. Arrivé à l'époque actuelle, il fait comprendre les exagérations trop enthousiastes des uns et le scepticisme trop absolu des autres, s'efforçant de former un faisceau de faits exacts et de données scientifiquement déduites, et d'écarter toutes les conceptions imaginaires qui n'ont pour point de départ ni l'observation, ni l'expérience. Très heureusement, il parvient à exposer parallèlement les points de divergence et les points de concordance qui existent entre les diverses écoles, et ce n'est pas sans satisfaction qu'on apprend qu'en réalité, certaines opinions importantes, certains principes fondamentaux sont communs, même aux écoles de la Salpêtrière et de Nancy.

Le reste du livre en constitue la partie pratique; on y trouve les indications et les effets de la médecine suggestive. Je ne passerai pas en revue tous les chapitres dans lesquels sont étudiés les effets de la suggestion dans l'hystérie, dans les maladies fonctionnelles et aussi organiques du système nerveux, dans l'éducation des enfants vicieux. Là, M. Cullerre ne compile pas les auteurs, il les étudie et les critique, et le plus souvent son expérience personnelle apporte l'appoint à ses conclusions. Si, à plusieurs reprises, en effet, il se défend modestement d'avoir fait de l'hypnotisme et de la suggestion une étude pratique particulière, il n'en ressort pas moins de la lecture de son livre qu'il a toujours cherché à obtenir, dans son service et sur ses malades, ces phénomènes hypnotiques si intéressants, que décrivent les Bernheim, les Liébault, les Luys..., etc.

Je crois que M. Cullerre accorde, en résumé, à la suggestion une valeur thérapeutique très sérieuse dans les phénomènes morbides nerveux fonctionnels, surtout dans ceux qui sont localisés, mais que ces cas seuls ou à peu près, et ils sont déjà très nombreux, sont justiciables de la méthode suggestive. Quant aux succès notés dans les maladies nerveuses organiques, ils existent bien réellement, mais ils sont dus à la disparition des symptômes d'ordre fonctionnel, toujours surajoutés aux symptômes directs produits par la lésion. C'est de la même façon que la suggestion réussit parfois dans les maladies somatiques ordinaires, en faisant disparaître les symptômes nerveux surajoutés aux symptômes propres de ces maladies.

Le chapitre le plus développé est celui qui a trait à la suggestion dans les maladies mentales. Je craindrais, en cher-

©BIUM

chant à l'analyser succinctement, de rendre mal et incomplètement les idées de M. Cullerre sur cet important sujet. Je dirai seulement que l'auteur a fait des tentatives de suggestion sur les aliénés, et sans grands succès, ce qui ne l'a cependant pas rendu sceptique, car il admet volontiers les cas de guérison relatés par les auteurs, surtout quand ces cas se rapportent à des vésanies liées à l'hystérie. Je dois aussi signaler, dans ce chapitre, plusieurs propositions, présentées sous la forme de digression, d'une haute valeur au point de vue de la pathologie générale.

En terminant cette rapide analyse de l'excellent livre que notre savant confrère vient d'ajouter à ses autres œuvres, je puis certifier que les médecins liront avec intérêt et profit la *Thérapeutique suggestive*, et que bien des spécialistes, parmi lesquels je me compte, trouvant dans cette étude des indications précises sur un point encore très controversé de notre science, tenteront, eux aussi, à l'avenir la méthode suggestive.

CAMUSET.

Epitome of mental diseases with the present methods of certification of the insane, and the existing regulations as to « single patients » for practitionners and students (Abrégé des maladies mentales avec les méthodes actuelles pour établir les certificats concernant les aliénés, et la législation qui concerne les « aliénés isolés »); par le Dr James Shaw, membre de l'Association médico-psychologique, etc., 345 p. in-8. Bristol, 1892.

Si le livre du Dr James Shaw, par son aspect extérieur, répond pleinement à l'idée qu'on peut se faire d'un Manuel, on n'en saurait dire autant de toutes les matières qui y sont contenues, ni surtout de la façon dont elles sont traitées. C'est en vain qu'on y chercherait une méthode, une idée directrice quelconque. L'auteur expose avec un éclectisme dont la qualité maîtresse n'est certes pas l'impartialité, les idées d'une foule d'auteurs dont les noms jurent trop souvent d'être accolés l'un à l'autre.

Était-il possible d'écrire un Résumé de psychiâtrie d'après les travaux contemporains sans dire au moins quelques mots du rôle de l'hérédité dans la genèse des affections mentales? Tel

©BIUM

est pourtant le tour de force qu'a éxécuté le Dr Shaw et cela valait la peine d'être signalé.

Dans le chapitre Ier, M. Shaw nous présente les classifications : 1° d'Esquirol ; 2° des commissionners in lunacy ; 3° de Morel ; 4° du Congrès international de 1889 ; 5° de Skae; 6° de Krafft-Ebing en 1879 ; 7° de Bra ; 8° de Clouston; 9° de Spitzka ; 10° de Savage ; 11° du Collège des médecins de Londres ; 12° de Krafft-Ebing en 1890. Quelle est celle de son choix, ou tout au moins celle vers laquelle le font pencher ses secrètes pensées ? C'est ce qu'il ne nous dit pas. Alors pourquoi s'être arrêté à douze? Il n'en manque pas d'autres qui eussent pu, sans la déparer, s'ajouter à la liste précédente.

Le chapitre II est consacré à la pathologie générale. C'est une liste par ordre alphabétique de tous les symptômes qu'on relève dans les maladies mentales, avec l'indication sommaire des formes de folie où on les rencontre plus particulièrement.

Fidèle à sa manière impersonnelle de traiter son sujet, l'auteur, dans le chapitre III, donne une description abrégée d'une foule de formes mentales étudiées par les auteurs les plus divers, sans se préoccuper de concilier la divergence des principes qui ont guidé la plupart d'entre eux dans l'exposé de leurs vues particulières. Ces formes mentales, si mon compte est exact, sont au nombre de cinquante-neuf. Elles tirent leur nom tour à tour de l'étiologie, de la symptomatologie, de l'anatomie, et, quelques-unes, de la physiologie pathologique. La *folie abdominale* y côtoie la *folie raisonnante*, on y voit l'*aménomanie* non loin de la *folie syphilitique*, et la *folie métastatique* vient après la *folie des onanistes*.

Les autres chapitres sont consacrés à l'étiologie, au diagnostic, au pronostic, à l'anatomie pathologique et à la thérapeutique des maladies mentales. Il y a bien des choses, et de bien savantes, dans les pages consacrées à la pathogénie de la folie, et nous en féliciterions bien volontiers l'auteur, si elles ne faisaient pas un peu hors-d'œuvre, dans un court abrégé de pathologie mentale.

Mais ce que nous tenons du moins à louer sans réserves, c'est l'excellent chapitre consacré à la médecine légale. Si le praticien et l'étudiant ne sont pas de parfaits aliénistes après l'étude des pages qui précèdent, au moins trouveront-ils, dans ce dernier et long chapitre, toutes les connaissances médico-légales dont ils ont besoin pour rédiger un certificat ou un rapport sur un cas d'aliénation mentale, et obtenir le placement

©BIUM

des aliénés, non seulement en Angleterre, en Écosse et en Irlande, mais encore dans les principaux États de l'Amérique du Nord. Tout y est clair, méthodique, suffisamment développé. C'est un excellent guide pour les médecins de langue anglaise, autant qu'en peut juger un Français, peu versé dans la médecine légale étrangère.

A. CULLERRE.

On the simulation of hysteria by organic diseases of the nervous system (De la simulation de l'hystérie par les maladies organiques du système nerveux) ; par le Dr Thomas Buzzard.

Cette brochure est la reproduction d'un discours présidentiel prononcé par le Dr Buzzard devant la Société de neurologie de Londres en janvier 1890, discours dans lequel il se propose d'attirer l'attention sur la fréquence des cas où des symptômes, en apparence de nature hystérique, résultent en réalité de lésions positives du système nerveux. L'auteur passe en revue une série de cas cliniques, et, à propos de chacun d'eux, étudie les difficultés qu'a présentées le diagnostic et fait ressortir les signes, parfois presque imperceptibles, qui lui ont permis de ne pas s'écarter de la droite voie.

Ce sont des paraplégies par atrophie idiopathique du psoas, des cas d'ataxie de Friedreich simulant les diverses formes de la paraplégie hystérique. L'intégrité des fonctions urinaires est généralement regardée comme un bon signe de la nature dynamique d'une paraplégie et cependant, par des exemples appropriés, M. Buzzard montre que la rétention et l'incontinence peuvent se rencontrer dans l'hystérie, tandis que ces symptômes peuvent manquer dans certaines paraplégies organiques.

Certains symptômes sont plus spéciaux à la paraplégie hystérique, comme l'absence du réflexe plantaire et l'exagération des réflexes tendineux, mais, qu'il y ait de la contracture, et le diagnostic deviendra des plus difficiles.

C'est surtout la sclérose disséminée des centres nerveux qui, à ses débuts et dans ses formes mal caractérisées, présente, pour le diagnostic, des difficultés presque inextricables. Elle est souvent prise pour de l'hystérie, et, dans certains cas, la rétrocession de la plupart des symptômes de la maladie rend cette erreur des plus faciles, ainsi que l'ont signalé divers auteurs, et en particulier M. Charcot. Il faut noter ue cette affection est

©BIUM

particulièrement commune chez les jeunes filles, qu'elle succède parfois à une violente perturbation morale, et que beaucoup de ses symptômes sont précisément de ceux qui, longtemps, ont été considérés comme propres à l'hystérie.

Conclusion : Le champ de l'hystérie se rétrécit au fur et à mesure que les maladies organiques des centres nerveux sont mieux étudiées et mieux connues.

A. CULLERRE.

Papers read before the medico-legal Society of New-York, from its organisation. First series (Mémoires lus devant la Société médico-légale de New-York, depuis sa fondation. Première série). 3e édition. 1 vol. in-8°.

La Société médico-légale de New-York qui, grâce au grand nombre de ses membres actifs et à l'énergie de son président, M. Clark Bell, donne les preuves de la plus intense vitalité, a entrepris de publier en volume tous les mémoires dont elle a entendu la lecture depuis sa fondation en 1867.

La première série de ces mémoires, qui en est à la troisième édition, forme un magnifique volume in-8 de 250 pages, illustré de gravures et de portraits des aliénistes célèbres, Pinel, W. Tuke, Guislain et des principaux membres de la Société médico-légale. Elle va jusqu'à la fin de l'année 1871.

Il serait tout à fait impossible de présenter, même une analyse sommaire de ces nombreux écrits, dont plusieurs ont une étendue considérable. Le plus grand nombre de ces mémoires traite des questions médico-légales soulevées par l'alcoolisme ; quelques autres sont consacrés à l'étude d'un cas particulier relevant de la justice criminelle ; d'autres ont pour but d'élucider les questions d'assurances sur la vie dans leurs rapports avec le suicide et l'ivrognerie. La responsabilité des épileptiques, l'état mental et la responsabilité des sourds-muets totalement inéduqués, comptent enfin parmi les nombreuses questions qui sont abordées dans cet important recueil.

A. C.

©BIUM

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— De l'hérédité pathologique régressive en aliénation mentale (sa valeur pronostique). — La confusion mentale ; par le Dr Charpentier, médecin de Bicêtre. Broch. in-8° de 15 pages. Extrait de la *Revue générale de clinique et de thérapeutique*. Paris, Typ. Ch. Schlaeber, 1892.

— La pathologie des émotions. Etudes physiologiques et cliniques ; par le Dr Ch. Féré, médecin de Bicêtre. 1 vol. in-8° de 506 pages. Paris, Félix Alcan, 1892.

— Les folies du caractère et leurs rapports avec les asiles spéciaux ; par le Dr Charpentier. Broch. in-8° de 19 pages. Extrait des *Annales médico-psychologiques*, numéro de janvier 1893.

— Asile de Dijon. Rapport médical et administratif, pour l'année 1891 ; par le Dr Samuel Garnier, directeur-médecin en chef. Broch. in-8° de 106 pages. Dijon, 1892.

— Asile d'Evreux. Rapport présenté au Conseil général de l'Eure (session d'août 1892) ; par le Dr Daniel Brunet, directeur-médecin en chef. Broch. in-8° de 56 pages. Evreux, 1892.

— Il solfato neutro di duboisina negli alienati. Nota (Note sur le sulfate neutre de duboisine chez les aliénés) ; par les Drs S. Marzocchi et G. Antonini. Broch. in-8° de 14 pages. Extrait de la *Riforma medica*, novembre 1892.

— Des hallucinations génitales et des idées érotiques chez les persécutés ; par le Dr Maurice Hamel, interne de la Maison nationale de Charenton. Broch. in-8° de 144 pages. Thèse de Paris, 1892.

— Atrophy of the cerebellum in a Cat (Atrophie du cervelet chez un chat) ; par le Dr William O. Krohn. Broch. in-8° de 11 pages. Extrait du *Journal of nervous and mental disease*, octobre 1892.

— La tetania gastrica. Caso di tetania da acetonemia nella gastroectasia (La tétanie gastrique. Cas de tétanie par acétonémie dans la dilatation de l'estomac) ; par le Dr Ernesto Biscaldi. Broch. in-8° de 40 pages. Extrait de la *Rivista clinica*, 1892.

— Ueber Selenstoerungen bei Chorea (Des troubles psychiques dans la chorée) ; par P. J. Möbius. Broch. in-8° de 16 pages. Extrait du *Münchener Med. Wochenschrift*, 1892, nos 51 et 52.

— Etat mental des hystériques. Les stigmates mentaux ; par Pierre Janet, ancien élève de l'Ecole normale supérieure. 1 vol. in-18° (233 pages) avec 7 fig., de la *Bibliothèque médicale Charcot-Debove*. Paris, Rueff et Cie, s. d.

©BIUM

— Il caffè nella insonnia. Nota terapeutica (Le café dans l'insomnie. Note thérapeutique) ; par le Dr Francesco Aveta. Broch. in-8° de 7 pages. Extrait du *Bolletino del manicomio Fleurent*. Aversa, 1892.

— Du personnage de la mort. Étude philosophique et historique ; par le Dr Pierre Hospital. Broch. in-8° de 14 pages. Extrait du *Bulletin historique et scientifique de l'Auvergne*. Clermont-Ferrand, 1893.

— Bemerkungen zu dem Aufsatze Prof. Wagner's « Ueber Kræmpfe und Amnesie nach Wiederbelebung Erhængter (Observations sur le mémoire du professeur Wagner : « Des spasmes et de l'amnésie après le retour à la vie des pendus ») ; par P. J. Mœbius. Broch. in-8° de 9 pages. Extrait du *Münchener Medic. Wochenschrift*, 1893, n° 7.

— Delirio di negazione. Casi clinici e considerazioni (Délire des négations. Cas cliniques et remarques) ; par le Dr Andrea Cristiani, directeur-adjoint du manicome royal de Lucca. Broch. in-8° de 26 pages. Extrait de la *Nuova Rivista*. Naples, 1892.

— Note sur la fréquence et sur la distribution de quelques difformités de la peau chez les épileptiques. — Note sur l'influence de la compression temporaire sur l'accumulation de la graisse dans le tissu cellulaire sous-cutané. — Note sur l'abaissement de la pression artérielle dans l'hémiplégie hystérique ; par le Dr Ch. Féré. Broch. in-8° de 8 pages. Extrait des *Comptes rendus des séances de la Société de biologie*. Séances des 21 et 28 janvier 1893.

— Sulla isotonia del sangue negli alienati Ricerche (Recherches sur l'isotonie du sang chez les aliénés) ; par le Dr Cesare Agostini, médecin du manicome de Pérouse. Broch. in-8° de 20 pages. Extrait de la *Rivista sperimentale di freniatria et medicina legale*, 1892.

— Swift. Etude psychologique et littéraire, suivie d'un Essai sur les médecins de Gil Blas ; par le Dr P. Max Simon, 1 vol. in-32. Paris, J.-A. Baillière et fils, 1893.

— Di un caso di determinismo ambulatorio. Considerazioni cliniche e medico-legali (Considérations cliniques et médico-légales sur un cas de déterminisme ambulatoire) ; par le Dr Funaioli, médecin en chef du manicome de Sienne. Broch. in-8° de 25 pages. Extrait de la *Riforma medica*, janvier 1893.

— Di un caso di follia simpatica post connubiale (Sur un cas de folie sympathique après le mariage) ; par le Dr Funaioli. Broch. in-8° de 18 pages. Extrait des *Annali di nevrologia*. Naples 1892.

©BIUM

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Décret du 31 *décembre* 1892 : Sur la proposition du ministre de l'intérieur, M. le Dr Camuset, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Bonneval (Eure-et-Loir), a été nommé chevalier de la Légion d'honneur, pour services exceptionnels rendus pendant la dernière épidémie cholérique.

— *Arrêté du* 24 *janvier* 1893 : M. Josserand, directeur de l'asile du Mans (Sarthe), est promu à la 2e classe de son grade (6,000 francs), pour prendre rang à partir du 1er janvier 1893.

— *Arrêté du* 4 *février* 1893 : M. le Dr Dupain, médecin-adjoint de l'asile d'Alençon (Orne), est promu à la 1re classe de son grade (3,000 francs), pour prendre rang à partir du 1er mars 1893.

— *Arrêté du* 8 *février* 1893 : M. le Dr Allaman, ancien interne de la maison de Charenton, déclaré admissible aux emplois de médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés (concours de Montpellier du 15 décembre 1891), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Bailleul (Nord), et placé dans la 2e classe de son grade (2,500 francs).

— *Faculté de médecine de Montpellier :* M. le Dr Bosc est nommé, après concours, chef de clinique des maladies mentales et nerveuses.

NÉCROLOGIE

Professeur Benjamin Ball. — La médecine mentale française vient de faire une perte des plus sensibles : M. le professeur Benjamin Ball est décédé, le 23 février 1893, à la suite d'une longue et cruelle maladie qui le tenait éloigné depuis près de deux ans de la chaire de clinique des maladies mentales, qu'il occupait avec la plus grande distinction.

Le Dr Ball naquit à Naples, d'une famille anglaise, le 20 avril 1833. Après de brillantes études classiques au lycée Bonaparte (aujourd'hui Condorcet), il se fit inscrire à la Faculté de médecine de Paris, et suivit la voie des concours. Il fut nommé interne des hôpitaux en 1855, mais il ne soutint sa thèse de doctorat qu'en 1862 ; elle avait pour titre : *Des*

©BIUM

embolies pulmonaires. Reçu agrégé de la Faculté en 1866, il ne fut nommé médecin des hôpitaux qu'au concours de 1870. Comme agrégé, il fut appelé à plusieurs reprises à suppléer le professeur Béhier dans sa chaire de clinique médicale; les leçons qu'il eut l'occasion de faire, furent très goûtées et pour le fond et pour la forme.

C'est en 1875 que, sur les conseils de Lasègue, il se consacra tout entier à l'étude des maladies mentales. Il fit, pendant deux ans, un cours complémentaire de psychiâtrie à la Faculté de médecine, et, une chaire ayant été enfin créée en 1877, il en fut nommé le titulaire. Par suite de complications administratives, qu'il est inutile de rappeler et dans le détail desquelles il serait fastidieux d'entrer, le nouveau professeur ne put faire sa première leçon, à l'asile Sainte-Anne, qu'en novembre 1879.

L'enseignement de M. Ball fut des plus brillants; il attira dès le premier jour un nombreux auditoire charmé par la parole élégante du maître et par la clarté de son exposition. Dans ces sujets si délicats et si controversés, il savait frapper l'esprit, grâce à des formules brèves et heureuses résumant admirablement tout un exposé clinique. Qu'on relise, sans parti pris d'école ni de doctrine, ses *Leçons sur les maladies mentales*, aujourd'hui à leur deuxième édition, et l'on comprendra le succès de cet enseignement. Ce volume, qui mérite d'être comparé à la *Clinique médicale* de Trousseau, est, comme elle, une œuvre durable, parce qu'il est vivant, littéraire, qu'il est un résumé clair et précis de la science de l'époque où il parut.

Mais si M. Ball possédait des qualités remarquables d'exposition qui faisaient de lui le meilleur des « enseigneurs », il était aussi un observateur très fin, très sagace, comme le prouvent les nombreux mémoires insérés par lui dans les *Annales médico-psychologiques* et, surtout, dans son journal *l'Encéphale* (1881-1889), publié en collaboration avec son ami M. J. Luys, et qui élucident certains points controversés de la médecine mentale. Nous citerons parmi ces travaux : *La claustrophobie* (*Annales médico-psychologiques*, 1879); *Ischémie cérébrale fonctionnelle* (*Encéphale*, 1881); *Impulsions intellectuelles* (*ibid.*); *Torpeur cérébrale* (*ibid.*); *Les familles des aliénés*. En collaboration avec M. Régis (*ibid.*, 1383); *Epilepsie avec conscience* (*ibid.*, 1884), etc. On ne saurait oublier ses recherches sur la *folie érotique* et celles sur la *morphinomanie* dans lesquelles il s'adjoignit la collaboration du Dr O. Jennings.

M. Ball fut nommé, en 1883, membre de l'Académie de médecine (section de pathologie médicale). Il faisait partie de la Société médico-psychologique depuis le mois de janvier 1879; il prit une part active à ses travaux, prenant la parole dans les discussions les plus intéressantes et y apportant une note per-

©BIUM

sonnelle. Comme dans son enseignement, il s'y montra partisan avant tout de la méthode clinique, mais respectueux aussi de la tradition : il était convaincu que la voie la meilleure pour arriver à de nouvelles connaissances est encore celle indiquée par les maîtres qui ont fondé la science.

M. Ball était le meilleur des hommes ; tous ceux qu'il appelait dans son intimité s'attachaient à lui et ne peuvent que rendre justice à l'élévation de ses idées, à la délicatesse de ses sentiments. Sa conversation était très variée ; peu de sujets lui étaient, en effet, étrangers, il avait une instruction très étendue, une érudition profonde et sûre. Sa connaissance approfondie de plusieurs langues et littératures étrangères lui permettait des comparaisons, souvent heureuses, éclairant d'un jour inattendu ses appréciations sur les hommes et les choses.

Depuis plusieurs années, M. Ball se savait malade ; il ne se faisait aucune illusion sur la gravité de son état. Il a montré un stoïcisme rare durant ces longs mois de cruelles souffrances, conservant intacte sa belle intelligence, préoccupé d'une seule chose, de l'avenir de sa nombreuse famille, qui l'entourait de ses soins les plus tendres, les plus affectueux.

Les obsèques de notre regretté maître et ami ont eu lieu le dimanche 26 février, au milieu d'un grand concours de collègues et d'amis. Sur sa volonté formelle, aucun discours n'a été prononcé sur sa tombe.

ANT. RITTI.

Dr GEORGES PICHON. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de notre collègue, le Dr Georges Pichon, décédé le 13 février 1893, à l'âge de trentre-trois ans. Ses obsèques ont eu lieu le 15 février. Devant son cercueil, deux discours ont été prononcés, l'un par M. J. Christian, l'autre par M. Ch. Vallon, qui apprécient dignement la vie et l'œuvre scientifique de notre regretté confrère. Nous nous faisons un devoir de les reproduire :

Discours de M. le Dr CHRISTIAN, *au nom de la Société médico-psychologique.*

« Je viens, au nom de la Société médico-psychologique, adresser un dernier adieu au collègue que nous venons de perdre. C'est avec une profonde tristesse que je m'acquitte de cette tâche : Pichon était un des membres les plus jeunes de notre Société, un de ceux auxquels les longs espoirs étaient permis.

« Un bel avenir s'ouvrait devant lui : depuis le jour où il avait été reçu interne des asiles de la Seine, il s'était livré à un labeur opiniâtre et les succès avaient couronné ses efforts. Dans sa thèse de doctorat sur l'*Epilepsie dans ses rapports*

©BIUM

avec les fonctions visuelles, il avait révélé de sérieuses qualités d'observateur ; un an après, il était nommé, au concours, chef de clinique des maladies mentales, et, presque en même temps, il recevait la bourse de voyage que le département de la Seine réserve au plus digne de ses internes. En 1887, notre Société lui décernait le prix Esquirol pour son mémoire sur les *Délires multiples*. Puis il faisait paraître successivement un volume sur les *Maladies de l'esprit* (1888), un autre sur les *Folies passionnelles* (1891). Que ne pouvions-nous attendre d'un esprit aussi vif, d'un travailleur aussi appliqué ? Ce n'est pas le moment d'apprécier ses travaux : nous sommes tout à la douleur de voir de si belles espérances à jamais détruites. Un mal implacable, contre lequel Pichon luttait avec énergie, mais dont, mieux que personne, il connaissait l'issue fatale, un mal qu'il avait observé chez d'autres et décrit avec une fidélité et une exactitude irréprochables, est venu briser une carrière qui s'annonçait belle et féconde. Quelles consolations pouvons-nous apporter à une mère et à une famille si cruellement éprouvées ? Du moins, je viens leur dire la grande part que nous prenons tous à leur chagrin, et peut-être, dans ces marques de sympathie, trouveront-elles quelque allègement.

« Au nom de la Société médico-psychologique, adieu, Pichon, adieu, cher collègue. »

Discours de M. le Dr CH. VALLON, *au nom de l'Association des internes et anciens internes des asiles de la Seine.*

« Mesdames, Messieurs, malgré le chagrin qui me serre le cœur, je ne veux pas laisser partir ce cercueil sans adresser quelques mots d'adieux à celui qui fut toujours pour moi un ami excellent. Aussi bien ai-je un devoir à remplir. L'association des internes et anciens internes des asiles d'aliénés de la Seine m'a, en effet, chargé de porter la parole en son nom, de me faire l'interprète de ses regrets et de sa douleur. Pichon fut des nôtres dès le début, il faisait partie de notre Comité de direction et tous, nous apprécions son caractère si droit, ses manières si franches ; son nom restera dans nos Annales.

« Après avoir été interne des asiles d'aliénés de la Seine, chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, Pichon fut nommé, le premier au concours, médecin du bureau de bienfaisance du XIVe arrondissement ; dans toutes ces fonctions, il fut toujours à la hauteur de sa tâche. Il meurt, n'ayant pas encore trente-trois ans et cependant il laisse une œuvre importante ; je me contenterai de citer sa thèse si intéressante sur l'*Epilepsie et la vision*, son volume sur les *Maladies de l'esprit* qui, sous un mauvais titre, renferme des pages excellentes, ses

©BIUM

Délires multiples, un modèle d'observation clinique, et surtout ses nombreux mémoires traitant de la *Morphinomanie* et du *Morphinisme* qui sont ce que nous avons de meilleur en France sur la matière. Les différents corps savants ont d'ailleurs consacré la valeur de ces travaux en décernant à leur auteur des récompenses flatteuses ; Pichon a été successivement lauréat de la Société médico-psychologique, de la Faculté, de l'Académie de médecine et enfin de l'Institut.

« Aux qualités de l'esprit, Pichon en joignait d'autres plus rares, celles du cœur ; il avait une délicatesse de sentiments peu commune, un dévouement sans bornes à ses amis, une bienveillance constante à l'égard de ses inférieurs et surtout une bonté infinie pour ses malades. Lorsqu'il y a quelque temps, sa pauvre mère vint l'assister et prendre la direction de son modeste intérieur, elle fut fort étonnée à la fin du mois de voir les notes des fournisseurs bien supérieures à la quantité des objets consommés. Elle eut bientôt le mot de l'énigme : notre ami, non content de dépenser sans mesure ses forces au service des malades pauvres, leur procurait encore parfois, de ses propres deniers, les vivres dont ils manquaient.

« La veille de Noël, déjà très malade, par un froid intense, malgré mes conseils affectueux, malgré les prières de sa mère, il voulut aller voir ses clients du bureau de bienfaisance, il partit, à la tombée de la nuit, un paquet sous le bras, c'étaient des friandises qu'il allait déposer dans les souliers de quelques enfants par trop déshérités de la fortune. Quand il eut rempli son rôle de bonhomme Noël, il rentra tout heureux en pensant aux joies que ses cadeaux allaient produire le lendemain matin; mais, épuisé par l'effort qu'il venait de faire, tout grelottant de froid et de fièvre, il dut se mettre au lit : c'était pour ne plus se relever.

« De pareils faits jugent un homme, ils en disent plus que tous les meilleurs discours.

« Je serais heureux si mes paroles pouvaient apporter quelque soulagement à la douleur d'une famille si cruellement frappée. J'adresse l'expression de notre douloureuse sympathie à ce frère désolé de la mort de son cadet dont il était si fier, qui avait eu l'attention de lui dédier un de ses derniers ouvrages, à cette malheureuse mère tant de fois éprouvée dans ses plus chères affections, qui pendant trois mois, avec un dévouement et un courage infatigables, a disputé à la mort un fils qui était son orgueil.

« Et maintenant, mon pauvre Pichon, au nom de tous vos amis, je vous adresse le suprême adieu, aucun ne vous oubliera; quant à moi, je garderai toujours votre souvenir au fond du cœur. Adieu, mon cher ami, adieu. »

©BIUM

CRÉATION D'UN ASILE D'ALIÉNÉS DANS LE DÉPARTEMENT DE L'HÉRAULT

Le *Temps* (numéro du 22 février 1893) publie l'information suivante, que lui envoie son correspondant de Montpellier :

« Le conseil général s'est réuni, hier, en session extraordinaire, pour prendre une décision définitive dans la question de la création d'un asile départemental d'aliénés. Cette question avait été posée pour la première fois en 1882, et bien que le conseil s'en fût plusieurs fois occupé, aucune décision n'a encore été prise. Il s'agit d'une dépense de 3,300,000 francs.

« Après une longue discussion, le conseil, rejetant les propositions de la commission administrative des hospices de Montpellier, tendant à l'agrandissement de son propre asile, moyennant une dépense de 1,500,000 francs, a voté le principe de la création, et chargé une commission spéciale d'étudier des établissements et des emplacements. »

LA MÉDECINE MENTALE A L'EXPOSITION INTERNATIONALE DE CHICAGO

Pendant l'exposition de Chicago, qui doit avoir lieu au cours de la présente année, seront tenus divers Congrès internationaux, parmi lesquels un Congrès qui s'occupera de l'assistance publique et du régime pénitentiaire. Il se réunira du 12 au 18 juin. La quatrième section de ce dernier s'occupera spécialement de l'internement, de l'assistance et du traitement des aliénés. M. le Dr Alder Blumer, le distingué médecin-directeur de l'asile d'Utica, rédacteur en chef de *The American Journal of Insanity*, est président de cette quatrième section ; il nous écrit pour nous dire qu'il serait heureux de pouvoir se mettre à la disposition de ceux de nos confrères français, qui auraient l'intention de visiter les Etats-Unis et d'assister au Congrès. Il sollicite vivement l'envoi de communications scientifiques et se chargera de faire lire en séance, celles dont les auteurs ne pourraient personnellement assister aux réunions. « Les sujets de ces communications doivent être avant tout, nous dit-il, ceux qui sont d'un intérêt international et qui concernent le bien général des aliénés, ou les progrès généraux de la science ; ainsi, par exemple, les études statistiques, les travaux établissant l'état de la science sur tel ou tel point donné, la discussion de questions pendantes sur la pathologie mentale. Il n'est pas nécessaire d'insister sur ce point, que l'importance des communications doit être en rapport avec les circonstances et avec l'importance même que les promoteurs du Congrès s'appliquent à lui donner. » Ajoutons que M. le Dr Alder Blumer,

©BIUM

qui professe pour la France, où il a fait ses études humanitaires, une affection particulière, ne négligera certainement rien pour donner aux aliénistes français et à leurs travaux, le rang le plus honorable. Nous serons heureux de pouvoir lui transmettre les noms de ceux qui voudraient répondre à son appel.

CRÉATION D'UN ASILE SPÉCIAL POUR ALCOOLIQUES, EN AUTRICHE-HONGRIE

Le Landtag de la Basse-Autriche a voté dernièrement les fonds nécessaires à la création d'un asile spécial pour alcooliques, asile qui sera ouvert prochainement et qui sera le premier de ce genre créé en Europe. La commission permanente de la Basse-Autriche vient d'engager des pourparlers avec le gouvernement, en ce qui concerne les rédactions des règlements légaux, permettant, sur l'avis d'une commission compétente, d'interner dans ledit asile, pendant une certaine période de temps, tout individu ayant séjourné dans un asile d'aliénés pour troubles mentaux consécutifs à des excès alcooliques et qui en est sorti guéri sans avoir cependant acquis la force nécessaire pour résister à la tentation de boire.

(La *Semaine médicale*, numéro du 15 février 1893.)

INFLUENCE DE LA POLITIQUE SUR LA NOMINATION DES MÉDECINS ALIÉNISTES AUX ÉTATS-UNIS

Les lecteurs des *Annales médico-psychologiques* se rappellent une lettre récente du Dr Bannister, sur les choses d'Amérique, où il était question de l'influence néfaste de la politique sur les nominations du personnel médical ou administratif des asiles d'aliénés aux Etats-Unis. Dans un certain nombre d'Etats, ces nominations sont faites souvent, non point en tenant compte de la valeur personnelle, de l'expérience ou de la science des candidats, mais bien plutôt d'après l'importance de leurs relations et de leurs amitiés politiques : aussi, chaque fois qu'un parti nouveau arrive aux affaires, il s'empresse de destituer les médecins ou les administrateurs choisis par le parti précédent, et les remplace par ses amis ou ses créatures. Nous apprenons que les changements profonds que l'élection de Cleveland amène en ce moment dans la situation politique des partis aux Etats-Unis ont leur retentissement sur les asiles d'aliénés. Certains Etats, notamment celui d'Illinois, sont en train de suivre les errements anciens. Ils bouleversent l'administration et le personnel des établissements d'assistance publique et, naturellement, ils le font en s'inspirant uniquement de motifs politiques. Quiconque n'appartient pas au parti actuellement victorieux est évincé et peu importe si son succes-

©BIUM

seur manque absolument de l'expérience et du savoir indispensables pour bien remplir ses fonctions. Constatons, toutefois, que ces pratiques ne sont point universellement suivies dans tous les Etats ; on ne peut que plaindre les malheureux aliénés de ceux où elles sont encore en honneur.

LES ALIÉNÉS EN ANGLETERRE

Les rapports des commissaires-inspecteurs des asiles d'aliénés du Royaume-Uni, de Grande-Bretagne et d'Irlande, fournissent les chiffres suivants, concernant les aliénés des deux sexes et de toutes catégories placés sous la surveillance de l'autorité publique :

	Au 1er janvier 1891.	Pour 10,000 habit.			Pour 10,000 habit.
	—	—			—
Pour l'Angleterre et le pays de Galles.	86.795	29.12	53.177	en 1869	23.93
Pour l'Ecosse	12.595	30.57	7.729	en 1871	23.21
Pour l'Irlande.	16.251	34.72	12.982	en 1881	24.96
Total. . .	115.641		73.888		

Le total, au 1er janvier 1891, est de 115,641, chiffre qui donne, pour une population de 38,613,848 habitants, une proportion d'un aliéné sur 334 habitants.

M. Miquel, qui a commenté ces chiffres devant la *Société de statistique de Paris*, fait remarquer que si, au nombre des aliénés recensés dans les asiles par les soins de l'Administration, l'on ajoute le nombre de personnes démentes vivant au sein de leur famille, évalué à 75,000 en chiffres ronds pour 1890, le rapport précité devient 1 sur 200 habitants environ. (*Revue scientifique*, numéro du 7 janvier 1893.)

TRIBUNAUX

Responsabilité des directeurs de maisons de santé. — Depuis quelques années déjà, la maison de santé de Castel-d'Andorte, au Bouscat, près Bordeaux, donnait asile à un aliéné furieux, M. X... Le malade était tellement dangereux qu'il portait continuellement la camisole de force ; mais enfin, sur les instances de sa famille, il fut placé la nuit et décamisolé, dans une cellule spéciale que gardait un nommé Trottier, gaillard vigoureux, âgé de trente-sept ans. Trottier couchait dans le couloir sur un lit de sangle. Or, dans la nuit du 31 octobre au 1er novembre 1891, X... sortit de sa prison, passa à côté de son gardien sans le réveiller et se rendit tout droit au bûcher, où il s'arma d'une hachette. Cela fait, il revint près de Trottier et lui mit littéralement la tête en bouillie. Le malheureux mourut

©BIUM

sans avoir eu le temps de se réveiller. Ce meurtre accompli, X... alla frapper à la porte du gardien Brun et l'appela en contrefaisant sa voix. Brun, heureusement, le reconnut et, ouvrant brusquement sa porte, réussit à le terrasser, puis à le désarmer avec l'aide d'autres gardiens accourus à son appel. Le gardien Trottier était veuf, mais il avait un fils, aujourd'hui âgé de onze ans et c'est au nom de ce fils que son grand-père, négociant à La Réole, actionna le Dr D..., directeur de l'asile, en paiement d'une somme de 20,000 fr. de dommages-intérêts et d'une rente viagère de 1,000 fr. au profit du jeune Trottier. Le Dr D..., de son côté, appela en garantie le Dr R..., médecin de son établissement, qui, prétendait-il, n'aurait pas dû céder aux instances de la famille et décamisoler X... Mais le Dr R... répliqua qu'il ne saurait être rendu responsable, attendu que, pendant qu'il était en congé régulier et remplacé par le Dr D... en personne, celui-ci n'a rien changé aux mesures prises, qu'il avait, par suite, implicitement approuvées. Le tribunal a condamné le Dr D..., directeur de l'asile, à payer au mineur Trottier la somme principale de 3,000 francs, plus une rente annuelle de 400 francs, constituée en un titre de rente française, payable jusqu'à la majorité dudit mineur Trottier. Le Dr R... a été mis hors de cause. (Le *Progrès médical*, numéro du 7 janvier 1893.)

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ

Avignon, 30 *janvier*. — Dans l'après-midi d'hier, un jeune homme se présentait chez une fille légère nommée Marie Lecomte, âgée de vingt-trois ans et habitant rue de la Fonderie, sur laquelle, sans mot dire, il tira trois coups de revolver, la blessant à la tête, au bras gauche et lui transperçant la main, puis il s'enfuit.

L'assassin a été arrêté dans sa chambre, où il rechargeait son revolver qu'il remit sans résistance. C'est un nommé Delachaise, âgé de vingt-deux ans, qui a répondu que, poussé par le chagrin qu'il avait ressenti du départ de sa fiancée dont il ignorait la retraite, il avait résolu de se venger sur la première femme qu'il rencontrerait. Il reconnaît sa tentative d'assassinat. Il déclare avoir essayé, avant-hier, de s'empoisonner avec des allumettes.

A la suite d'un premier examen, le médecin qui a soigné la blessée a reconnu chez Delachaise des signes d'aliénation mentale. (Le *Temps*, numéro du 31 janvier 1893.)

Louviers, 31 *janvier*. — Un drame a eu lieu, hier, dans la petite commune de Vraiville, canton d'Amfreville-la-Campagne.

Dans un accès d'aliénation mentale, une femme Edmond

©BIUM

Bréant a frappé de plusieurs coups de couteau ses deux jeunes enfants, l'un de dix-huit mois, l'autre âgé de quelques mois seulement.

Aux cris des enfants, plusieurs voisins sont accourus et se sont emparés de la malheureuse femme ; l'un des enfants était déjà mort, l'autre est dans un état désespéré. (Le *Temps*, numéro du 3 février 1893.)

Angers, 21 *février*. — Samedi matin, le sieur Allory, propriétaire à Bauné, vieillard âgé de soixante-seize ans, qui depuis longtemps déjà donnait des signes non équivoques de dérangement d'esprit, a, dans un moment de folie furieuse, étranglé sa femme.

Le meurtre commis, le fou transporta sa victime sur le lit, fit disparaître les traces de la lutte et alla se pendre dans son étable. (Le *Temps*, numéro du 23 février 1893.)

FAITS DIVERS

Un suicide au canon. — On lit dans le *Journal des Débats* (numéro du mardi 10 janvier 1893) :

« Dimanche soir, vers sept heures, une détonation épouvantable mettait en émoi les habitants du n° 197 de la rue du Faubourg-Saint-Antoine, tandis qu'une pluie de vitres brisées venait tomber dans la rue et provoquait un rassemblement considérable.

M. Le Jaïn, commissaire de police du quartier Sainte-Marguerite, dont le commissariat est voisin, se rendit en toute hâte sur les lieux.

Au troisième étage de la maison, il trouva la porte d'entrée défoncée et pénétra dans l'appartement. Là, il heurta du pied un corps; c'était celui de Rotskiski, un ouvrier serrurier, âgé de cinquante-six ans, locataire de l'appartement. Le malheureux était absolument réduit en bouillie; dans un trou du mur étaient plaqués son cœur et ses viscères.

Rotskiski avait mis fin à ses jours en se tirant, en pleine poitrine, un coup d'un petit canon en cuivre qu'il avait vissé à à une table et bourré d'un explosif quelconque et de grenaille de fer.

Il s'était assis dans un fauteuil placé en face de la bouche du canon et avait provoqué la détonation à l'aide d'un mécanisme, mis en mouvement par une ficelle attachée à son poignet.

Tout ce qui garnissait l'appartement du suicidé a été réduit en miettes. »

L'excitation au suicide dans le Code pénal austro-hongrois. — On lit dans le *Temps* (numéro du lundi 30 janvier 1893) :

« La commission permanente du Code pénal a discuté, dans

©BIUM

sa séance d'hier, un chapitre très intéressant : « L'excitation au suicide. » Le rapporteur, comte Pininski, a proposé d'édicter une nouvelle pénalité contre l'excitation au suicide et l'aide prêtée dans l'exécution, vu que de pareils agissements doivent être condamnés au point de vue de la morale publique et qu'il se présente parfois des cas très dangereux et condamnables dans l'intérêt public. La pénalité proposée par le rapporteur a été adoptée, finalement, par 9 voix contre 6, dans la rédaction suivante : « Quiconque excitera quelqu'un au suicide ou l'aidera dans l'exécution de cet acte, ou lui en procurera les moyens, sera puni d'emprisonnement si le suicide a eu lieu. »

L'oreille des aliénés et des criminels. — M. Wilhelm, de Nancy, a réuni, dans la *Revue biologique du nord de la France*, de nombreux matériaux sur l'anthropologie du pavillon de l'oreille.

Les résultats auxquels il est arrivé sont les suivants :

La moyenne des oreilles les plus longues et les plus larges serait plus considérable chez l'homme sain; celle des oreilles courtes, plus forte chez l'aliéné dégénéré; celle des oreilles étroites, plus accusée chez l'aliéné criminel. Relativement à la longueur, les aliénés criminels et épileptiques se rapprochent plus des individus sains que des criminels ordinaires et des aliénés dégénérés. (*Revue scientifique*, numéro du 7 janvier 1893.)

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.

Paris. — Imprimerie L. MARETHEUX, 1, rue Cassette.

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



Pathologie

LA FOLIE A DEUX

SES DIVERSES FORMES CLINIQUES

Par le Dr F. L. ARNAUD
Médecin adjoint de la maison de santé de Vanves.

La communication des phénomènes nerveux est d'observation courante, elle a été reconnue de tous temps. Pour certains de ces phénomènes, *le bâillement*, par exemple, l'influence contagieuse est à ce point répandue qu'on ne la remarque même pas. On y attache plus d'importance quand il s'agit des *tics*, du *bégaiement*, de la *chorée*, qui se propagent avec tant de facilité chez les enfants, des crises convulsives, etc. On la retrouve chez les animaux, et les vétérinaires connaissent bien la contagion de l'*avortement* chez la vache et du *tic de l'ours* chez le cheval.

Les manifestations mentales n'échappent pas à cette

©BIUM

loi générale. A l'état normal, physiologique, c'est sur la possibilité d'une influence intellectuelle et morale qu'est fondée *l'éducation*, à tous les âges de la vie.

Cette influence normale persiste dans les états anormaux de l'intelligence. Un aliéné peut transmettre ses convictions délirantes à un ou à plusieurs individus jusqu'alors sains d'esprit ; il peut aussi les communiquer, exceptionnellement et dans une certaine mesure, à un autre aliéné. Il suffit de rappeler, dans cet ordre d'idées, les nombreuses épidémies de folie religieuse, de démonopathie, d'hystérie délirante, de suicide et de meurtre, dont l'histoire a conservé la relation.

Voilà le fait brutal : la communication des manifestations nerveuses, parmi lesquelles le délire et la folie, cette communication existe.

Mais, pour nous en tenir ici à la transmission pathologique, cette transmission se produit-elle fréquemment et sur des sujets quelconques ? Ou plutôt ne s'exerce-t-elle que sur certains individus et dans des conditions bien déterminées, dont la réalisation est, en somme, assez rare ? Il resterait à discuter ces questions d'après des faits rigoureusement observés. Il faudrait faire le départ entre ce qui revient vraiment, dans les faits allégués, à une sorte de contagion (1), et ce qui doit être rapporté à l'exemple, à la suggestion, à l'imitation, et aussi à la simultanéité d'action, sur des êtres placés dans des conditions semblables, des mêmes influences pathologiques, etc., etc.

Je n'ai pas la prétention d'aborder ici un sujet aussi élevé et aussi vaste.

Je me propose seulement d'étudier l'une des données de ce problème complexe, de rechercher jusqu'à quel

(1) Il est bien entendu que le mot *contagion* n'est employé ici que *par analogie* et nullement au sens rigoureux.

©BIUM

point et dans quelles conditions le délire d'un aliéné peut se transmettre à un sujet regardé jusque-là comme sain d'esprit ; c'est la question de la *folie à deux*, ou *folie communiquée, sous les diverses formes* qu'elle présente en clinique.

Cette question n'a été étudiée scientifiquement, d'après des faits précis et avec preuves à l'appui, que depuis un petit nombre d'années.

Moreau (de Tours) (1) en a donné quelques exemples.

Baillarger (2) relate brièvement quatre observations de *folie communiquée*.

Dagron (3), Maret (4), Legrand du Saulle (5), Macey (6), ont également cité plusieurs cas de folie transmise.

Mais, en rapportant ces faits curieux, les auteurs ne parlaient guère ni des conditions ni du mécanisme de la transmission morbide.

L'ère scientifique de cette étude ne s'ouvre vraiment qu'en 1873, avec le mémoire sur la *Folie à deux*, communiqué à la Société médico-psychologique par Lasègue et Falret (7).

Ce travail, d'une importance capitale, et duquel se sont inspirés la plupart de ceux qui l'ont suivi, est définitif sur plusieurs points. Le mécanisme et les condi-

---

(1) Moreau de Tours. *La Psychologie morbide*, 2e partie, chapit. 1er, sect. III, 1859.

(2) *Gazette des Hôpitaux* (1860) et *Annal. méd.-psych.* 1885.

(3) Archives cliniq. des maladies mentales et nerveuses (1862).

(4) *Du délire des persécutions*, Thèse de Paris (1868).

(5) Du délire des persécutions (1871).

(6) *De la folie communiquée ou du délire à deux ou plusieurs personnes*, Th. Paris (1874). Cette thèse, postérieure à la communication de Lasègue et Falret, a précédé la publication de ce dernier travail.

(7) Ce mémoire a été publié, en 1877, dans les *Archiv. génér. de Méd.* et dans les *Annal. méd.-psych.* Il est reproduit dans les *Etudes cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, par M. J. Falret, 1890.

©BIUM

tions psychologiques de la transmission ; — l'influence réactionnelle du sujet secondairement atteint, du *sujet passif*, comme l'appellent Lasègue et Falret, sur le premier ou *sujet actif ;* — les nuances qui distinguent cette réaction suivant qu'elle se produit entre adultes, suivant qu'elle va de l'enfant à l'adulte, au vieillard, ou inversement, toutes ces questions difficiles y sont l'objet de délicates analyses qui ne sont guère susceptibles d'un résumé.

Les auteurs arrivaient aux conclusions générales suivantes :

« 1° Dans les conditions ordinaires, la contagion de la folie n'a pas lieu d'un aliéné à un individu sain d'esprit. Elle n'est possible que dans des conditions spéciales qui peuvent être résumées ainsi :

a). L'un des individus est l'*élément actif ;* plus intelligent que l'autre, il crée le délire et l'impose progressivement au second qui constitue l'*élément passif ;*

b). Il faut que ces deux individus vivent pendant longtemps dans une intimité complète et en dehors de toute autre influence extérieure ;

c). Il faut enfin que le délire ait un caractère de vraisemblance, qu'il se maintienne dans les limites du possible, pour être accepté du sujet passif.

« 2° Le second malade est, dans la plupart des cas, moins fortement atteint que le premier ; c'est un *faux malade*, un aliéné par reflet. Le premier seul est véritablement aliéné.

« 3° Aussi, l'indication thérapeutique principale consiste-t-elle à séparer les deux malades. Il arrive alors que l'un des deux peut guérir, surtout le second.

« 4° Il peut arriver que le délire s'étende à une troisième personne et même, dans une mesure plus faible, à un plus grand nombre de personnes. »

Quelques-unes de ces conclusions sont si solidement

©BIUM

établies qu'elles s'appliquent même aux variétés de folie à deux que les auteurs n'avaient pas connues. Des recherches ultérieures, en même temps qu'elles faisaient connaître ces variétés nouvelles, ont confirmé dans leur ensemble les vues de Lasègue et Falret. Après eux, en effet, tous les auteurs ont invoqué la nécessité : 1° d'une prédisposition chez le sujet influencé ; — 2° d'une intimité prolongée et absolue entre les deux sujets, et en dehors de toute autre influence extérieure capable de contrebalancer, ne serait-ce que pendant un temps très court, les effets de cette intimité ; — 3° de la vraisemblance du délire, au moins au début.

D'autres points sont plus contestables, et de nouveaux faits sont venus prouver qu'il fallait les comprendre d'une autre façon.

Par exemple, s'il y a toujours, dans cette variété de folie à deux, un élément actif et un élément passif, il n'est nullement nécessaire que le premier soit *plus intelligent* que le second. Il faut et il suffit qu'il ait, même avec une intelligence moindre, une volonté plus énergique et plus tenace. C'est par le caractère, expression surtout de la volonté, que l'on mène les hommes, non par l'intelligence. En fait, le personnage actif est assez souvent inférieur par l'intelligence à son congénère.

De plus, le sujet influencé ne reste pas nécessairement *un faux malade*. Toutes les autres conditions indiquées par Lasègue et Falret existant d'ailleurs, le malade passif peut fort bien franchir la limite qui sépare l'erreur de la folie et devenir un véritable aliéné, *non pas seulement délirant, mais halluciné*. — Nous en rapporterons un exemple démonstratif (V. observat. I).

Au moment de la communication de Lasègue et Falret, Baillarger, Lunier, Motet, Delasiauve, etc., avaient déjà fait observer qu'il importe précisément de distinguer les cas où le second malade ne dépasse pas les

©BIUM

limites de la crédulité, des cas où il devient réellement aliéné.

M. Régis a repris la question dans une thèse remarquable (1) où il analyse finement le travail de Lasègue et Falret, pour arriver à des conclusions différentes. Insistant sur ce fait que, dans tous les cas cités par les précédents auteurs, « *l'individu influencé peut l'être à divers degrés, sans arriver jamais à l'aliénation mentale proprement dite* », car « *une différence capitale existe toujours entre le créateur du délire et celui qui le reflète;... l'hallucination est de règle chez le premier, elle n'existe jamais chez le second* » (2), M. Régis en conclut que le type décrit par Lasègue et Falret ne constitue qu' « une variété bâtarde de folie à deux », et que « cette particularité morbide ne semble pas mériter une appellation scientifique spéciale ».

M. Régis expose ensuite sa conception particulière de *la vraie folie à deux*, dans laquelle les deux personnages sont franchement aliénés. Il la définit : « une folie partielle, ordinairement de persécution, survenant *simultanément* chez deux individus prédisposés, et cela en vertu de trois conditions : 1° une prédisposition morbide héréditaire ; — 2° un contact intime et perpétuel dans la vie des sujets ; — 3° des influences occasionnelles, ordinairement de nature dépressive, agissant sur eux dans le même temps et jouant le rôle de causes déterminantes de leur folie. » — Ces trois conditions aboutissent à la simultanéité d'éclosion du délire. *La vraie folie à deux, la seule,* suivant M. Régis, est donc la *folie simultanée*, exclusive de toute idée de contagion, de communication délirante. L'auteur se prononce sur ce point avec une netteté parfaite : « Nous avouons ne

(1) Régis, *Folie à deux ou Folie simultanée*, thèse, Paris, 1880.
(2) Régis, *id.* p. 22.

©BIUM

pas croire, écrit-il, à la communication proprement dite de la folie. *Pour nous, la folie communiquée de toutes pièces n'existe pas...* Ce qui se communique, c'est la partie la moins invraisemblable du délire ; aussi l'individu qui la reçoit n'est-il jamais un aliéné, quoi qu'il fasse (1). »

L'argumentation de M. Régis, est juste, mais elle est trop exclusive. J'ai déjà dit que, dans certains cas, le sujet influencé peut devenir franchement aliéné et halluciné (Observat. I). De plus, la folie simultanée, dont M. Régis a fort bien pénétré les raisons de développement, n'est peut-être pas aussi radicalement indépendante de toute influence réciproque entre les deux malades. Ces deux êtres, vivant dans « un contact intime et perpétuel », soumis « aux mêmes influences dépressives », ont dû se confier leurs tristesses, leurs inquiétudes, puis leurs soupçons ; ils se sont influencés dans une certaine mesure, car leur délire n'est pas seulement *similaire*, il est *identique*.

Enfin, ce type de folie à deux n'est pas le seul ; celui qu'ont décrit Lasègue et Falret est tout aussi réel. On en peut distinguer encore un troisième, dans lequel le sujet influencé non seulement devient aliéné, mais reste tel, même après avoir été séparé du premier.

Dans un intéressant travail, M. Marandon de Montyel (2) reconnaît ces trois formes de folie à deux :

1° La *folie imposée*, celle qui répond au type Lasègue et Falret ; ici, un seul aliéné, sujet actif, impose son délire à un être moralement plus faible, qui l'accepte passivement.

2° *La folie simultanée*, type Régis : deux prédis-

(1) *Ibid.*, p. 21 et 22.
(2) Folie à deux, *Annal.-Médic.-psych.*, 1881.

©BIUM

posés, placés dans les mêmes conditions, délirent en même temps sous de communes influences.

3° La vraie *folie communiquée* : un aliéné communique son délire à un être qui partage sa vie et qui, après une résistance plus ou moins longue, devient aliéné à son tour. — Ce dernier devrait *avoir une prédisposition héréditaire bien marquée.*

Ces trois types peuvent être conservés, bien que le premier et le troisième soient rapprochés par des formes intermédiaires. A parler rigoureusement, ils se confondent, puisqu'ils diffèrent seulement par le degré d'intensité de la transmission chez le second malade ; on observe, en effet, tous les degrés, depuis l'erreur passagère jusqu'à la folie hallucinatoire persistant même après la séparation. Il y a lieu, en outre, de faire de grandes réserves sur la nécessité, chez le sujet influencé, d'une « prédisposition héréditaire bien marquée ». Nous verrons cette prédisposition héréditaire manquer dans notre observation III, qui est un cas très net de *folie communiquée* au sens de M. Marandon de Montyel.

Depuis les travaux que nous avons rapidement analysés, on a beaucoup écrit sur la folie communiquée, ou *folie induite*, comme on l'appelle en Allemagne depuis Lehmann. Des faits nouveaux et d'un grand intérêt ont été produits ; mais les grandes lignes du sujet n'ont pas été modifiées dans leur ensemble.

J'ai eu l'occasion, dans ces dernières années, d'observer longtemps et de suivre de très près trois cas de folie à deux. Par une heureuse fortune, chacun d'eux se rapporte, en ses traits essentiels, à chacune des trois formes indiquées ci-dessus. Ils s'en écartent par certaines particularités importantes. Nous exposerons chemin faisant ces particularités, montrant ainsi, si cette démonstration était encore à faire, que la clinique est plus variée que n'est ingénieux l'esprit des observateurs

©BIUM

et aussi qu'il est toujours imprudent d'établir des types morbides inextensibles et fermés.

Observation I.

Folie imposée (type Lasègue-Falret). — La mère et la fille vivant dans une intimité absolue. — Hérédité. — Délire de persécution systématisé chez la mère (sujet actif), adopté par la fille (sujet passif), qui devient aliénée et hallucinée, et qui réagit à son tour sur la mère. — Séparation ; la fille guérit en quelques mois ; le délire de la mère continue son évolution. — Une seconde fille, légèrement influencée, guérit très vite.

Mme V... (Mathilde), âgée de quarante-sept ans, arrive à la maison de santé de Vanves au mois d'août 1890, en même temps que sa fille, V... (Marie), âgée de vingt-deux ans.

Les *antécédents héréditaires* de Mme V... se bornent à ceci : deux oncles paternels hypocondriaques, dont l'un s'est *suicidé*.

Mais, dans la *descendance*, nous trouvons deux filles névropathes et délirantes : celle qui entre à la maison de santé avec sa mère, et une seconde, plus jeune, qui n'a pas été internée.

Les *antécédents personnels* sont mal connus. Mme V... aurait eu, vers l'âge de trente à trente-cinq ans, un *goître exophtalmique*. Il n'en reste, au moment de l'entrée, pas d'autre trace qu'une légère saillie des globes oculaires ; les deux filles ont aussi les yeux proéminents. Le cœur ne présente rien d'anormal. — La malade a eu plusieurs attaques de rhumatisme.

Très intelligente, Mme V... cause volontiers. Elle reste d'abord sur la défensive. Bientôt, cependant, elle nous confie son histoire pathologique, dans laquelle ses filles ont joué un rôle important. Elle habitait, depuis douze ans environ, tout près de Paris, une usine occupant deux cents ouvriers. Dès les premiers mois de son séjour à l'usine, elle a reconnu une certaine malveillance à son égard chez les ouvriers et chez les gens du pays : on remarquait ses toilettes, on chuchotait, on ricanait sur son passage. On en est venu à l'injurier et à injurier ses filles, on les appelait *vaches*, *p*.....

Ces mêmes injures étaient proférées la nuit, sous ses fenêtres. Des hommes s'introduisaient dans le jardin et dans la maison, pour lui faire toutes sortes de misères. Les domestiques, la concierge étaient parmi ses ennemis. Il a fallu renvoyer plusieurs domestiques. Elle dit avoir été victime de tentatives d'empoi-

©BIUM

sonnement, bien que *jamais les aliments n'aient eu un goût suspect.*

Le mari, « négligent, très peu attaché à ses devoirs », — ceci n'est pas une supposition de la malade, c'est une réalité qui résulte des aveux mêmes du mari, — le mari ne tenait aucun compte des plaintes de sa femme, il ne les prenait pas au sérieux.

« Tout cela était évidemment combiné, concerté ; il y a eu complot, entente pour la persécuter, elle et ses filles ; le complot est dirigé par un beau-frère, M. R..., qui est jaloux de leur fortune. Pour la faire souffrir davantage, on l'attaque dans ce qu'elle a de plus cher, son honneur et ses enfants !... On a réussi à rendre malade sa fille aînée (vingt-deux ans) qui, dit-elle, a évidemment la tête un peu dérangée, et qui, depuis six semaines, souffre de violentes crises nerveuses. — La plus jeune fille (quatorze ans) commençait à être prise aussi. »

Mme V... répète fréquemment qu'elle n'a jamais quitté ses filles, elle les accompagnait partout, leur éducation s'est faite à la maison. Elle voyait très peu de monde, donnait tout au plus un ou deux dîners par an.

La fille confirme et complète le récit de sa mère.

Depuis cinq ou six ans, l'intimité, déjà grande entre elle et sa mère, était devenue absolue, en raison même de leur complet isolement. Sa mère lui confiait toutes ses peines, tous ses chagrins, toutes ses tristesses réelles ou imaginaires ; elle se plaignait même parfois, mais discrètement, de la conduite du père, qui les délaissait vraiment trop. *C'est la mère qui a attiré l'attention de sa fille sur les persécutions dont elles étaient l'objet.*

Mlle V..., déjà si fortement prédisposée aux troubles mentaux par son hérédité maternelle, l'était aussi *par son père*, très bizarre lui-même, et qui comptait plusieurs anormaux dans ses ascendants. — Elle affirme *avoir entendu* des injures, la nuit et le jour, depuis plusieurs années. Les mots les plus employés étaient : *mascarade, cocotte, vache, p...* Elle répète, à peu près dans les mêmes termes, tout ce que dit sa mère. Elle y ajoute des renseignements personnels : depuis quelques mois, on lui parle de son cousin Georges A..., de deux jeunes gens de leur connaissance, M... et A... On fait allusion à des relations qu'ils auraient eues ensemble. Ces tendances érotiques se précisent en des rêves où elle voit un des trois jeunes gens ; elle éprouve des sensations génitales, tantôt désagréables, tantôt agréables ;

©BIUM

des sensations « d'étreinte » d'où elle sortait brisée, épuisée. La mère et la fille se croient *hypnotisées* par un médecin.

Toutes ces influences réunies avaient absolument détraqué le système nerveux et la santé générale de la fille. Elle eut de violentes crises nerveuses, avec oppression, spasmes, etc., des accès de fureur contre son père, qu'elle menace de mort. Ce dernier s'aperçut enfin que sa femme et sa fille aînée pouvaient bien être malades ; la plus jeune fille avait aussi des crises nerveuses. M. Ritti, consulté, conseilla l'internement de la mère et de la fille aînée. Elles furent placées à Vanves, où elles habitaient fort loin l'une de l'autre, et où, pendant toute la durée de leur séjour, elles n'ont pas une seule fois communiqué entre elles.

La plus jeune des filles, restée avec son père, fut débarrassée en quelques semaines des symptômes délirants.

L'aînée, plus profondément atteinte, ne s'est pas guérie aussi vite.

Très excitée à son arrivée, elle ne tarda pas à se calmer. Elle se montre, dès les premiers jours, beaucoup moins tenace que sa mère au sujet de leurs interprétations. Elle accorde, contrairement à celle-ci, qu'elles ont bien pu aller trop loin dans ce sens, aigries, énervées qu'elles étaient par tous ces ennuis. Mais elle est très affirmative sur la question des injures qu'elle a entendues.

Les *hallucinations* de l'ouïe *persistent* assez longtemps à la maison de santé même, où elles vont en s'atténuant. Au bout d'une quinzaine de jours, elles ne sont plus qu'un murmure ; il est toujours question des trois jeunes gens ; elle dit qu'elle épouserait très volontiers l'un ou l'autre d'entre eux. Les sensations génitales se reproduisent souvent encore.

Deux mois après (octobre 1890), M^lle^ V... dit qu'on lui parle toujours de M..., mais que les voix sont moins distinctes ; et puis, « elle n'y fait plus attention ». Les sensations génitales ont disparu.

Elle admet que pour toutes les histoires passées, sa mère et elle ont dû exagérer notablement. Elle accepte aussi que sa mère soit malade.

Novembre 1890. — Les interprétations délirantes sur les faits passés persistent encore, quoique fort atténuées. Il n'y a plus d'hallucinations.

Janvier 1891. — Paraît normale, sauf quelques réticences sur le passé.

Avril. — Croit toujours à une partie des anciennes persécu-

©BIUM

tions en même temps qu'elle admet leur exagération maladive.

M^lle V... sort au mois de mai 1891, complètement débarrassée de ses hallucinations, de la plupart de ses interprétations, et acceptant l'idée qu'il y avait principalement dans tout cela un état morbide.

Pour la mère, l'aliénée active, la maladie a poursuivi son évolution dans le sens du délire des persécutions systématisé.

D'abord assez calme, un peu défiante, elle ne se livre guère. Elle avoue cependant plusieurs choses importantes : il lui arrive, la nuit, d'entendre frapper auprès d'elle; « ce n'est ni au plancher, ni au plafond, ni contre le mur, ni contre la porte ». En un mot, rien qui pût ressembler à un bruit causé par une personne occupant une chambre voisine; c'était un bruit sans localisation précise, *un bruit de spirite.*

22 *août.* — *Elle a vu,* dans un arbre du parc, en plein jour et à plusieurs reprises, *la figure* de A..., un des jeunes gens dont parle sa fille. Elle est très affirmative sur ce point. Elle est convaincue que sa fille doit être tourmentée ici.

Octobre. — Même état. Interprétations délirantes innombrables. M^me V... croit toujours fermement être victime d'un complot. Elle affirme n'avoir pas revu de « figures dans les arbres », n'avoir entendu ni bruit ni voix. Elle dit que la maladie de sa fille (car elle-même n'est pas et n'a jamais été malade) et toutes les choses extraordinaires qui leur sont arrivées, sont dues, pour la plupart, à des *influences électriques, magnétiques.*

Novembre. — Elle me parle d'influences électriques qui agissent sur ses pensées; « on lui envoie des courants d'idées..., c'est pour elle une lutte perpétuelle contre ces actions..., elle a des appuis, des moyens de défense. » Elle est très émue en apprenant que sa fille est sortie un jour en promenade. Elle affirme qu'on l'enlèvera; elle sait bien qu'elles sont internées pour toujours, s'y résigne, bien que ne voyant pas sa fille, plutôt que de la savoir libre loin d'elle. Elle sait très bien que leurs ennemis rôdent autour de la maison, puisqu'on jette certains objets près de sa fenêtre et que l'on crie les mêmes choses qu'autrefois : *Parrain, marraine! Vive la fleur d'oranger!* Ces derniers mots sont une allusion aux sensations génitales de sa fille, qu'elle suppose connues de leurs ennemis.

Novembre-décembre. — On lui envoie des courants électriques qui lui imposent certaines idées, on est maître de sa pensée, on la connaît et on la dirige.

©BIUM

Heureusement, elle est protégée; elle est comme entre un bon et un mauvais génie, etc.

Janvier 1891. — Hallucinations surtout psychiques; interprétations délirantes innombrables ; tout ce qui lui arrive vient probablement de la *franc-maçonnerie*, dont A... et M... font partie.

Dans un moment d'excitation, elle nous parle avec véhémence d'un complot colossal : toute la banlieue est minée, on va la faire sauter avec la dynamite, le gouvernement sera renversé, et la Révolution anarchiste triomphera. Nous supplie de prévenir le préfet de police.

Février. — Mêmes hallucinations psychiques, actives et fréquentes. *Il ne semble pas y avoir actuellement d'hallucinations de l'ouïe.* Elle voit partout des coïncidences. On en veut surtout à sa fille, et c'est par *les mœurs* qu'on l'a attaquée en lui procurant toutes ces sensations spéciales (génitales).

Mars. — Paroxysme d'excitation cérébrale. On lui impose de plus en plus des idées pénibles, la nuit et le jour; elle est absolument électrisée. Elle me demande si, par l'électricité, on ne peut pas donner à quelqu'un l'apparence de la mort, et si nous avons des moyens de reconnaître cet état. Elle me fait promettre, dans le cas où elle paraîtrait morte, « d'appeler Jésus-Christ, pour qu'il lui dise, comme à Lazare : Levez-vous ! »

Août. — Depuis quelque temps, on pouvait soupçonner chez M^me^ V... des *idées de grandeur* qui apparaissent à ce moment : « Elle connaît un secret d'Etat qu'elle me révélera plus tard... Elle a une mission, il s'agit de sauver la France et l'humanité... Les efforts de ses ennemis seront vains, et ses protecteurs lui assureront le triomphe. »

Novembre. — Persistance au même degré des idées de persécution. Mêmes idées de grandeur, qu'elle avoue moins volontiers que celles de persécution.

M^me^ V... a créé tout un système manichéiste pour expliquer son état : deux principes, *l'électricité et l'âme*, dirigent et gouvernent le monde. L'électricité, ou le mal, se manifeste par la *suggestion*, dont le degré varie avec l'intensité du fluide; c'est elle qui détermine les mouvements, les actes mécaniques, grossiers, inférieurs; mais, par la suggestion, elle agit aussi sur la pensée. L'âme, ou le bien, se manifeste par *l'inspiration;* c'est d'elle que relèvent véritablement les actes intellectuels et moraux.

Ces deux principes sont dans une lutte incessante.

©BIUM

Tout le monde est également soumis à cette double action. La prédominance de l'électricité produit les malades et les méchants; la prédominance de l'âme produit la santé et la bonté.

Décembre. — Nous sommes tous hypnotisés, suggestionnés, *endormis;* nous le sommes moins qu'elle, cependant, *l'âme et l'électricité* étant, chez nous, restées en équilibre. On l'a endormie plus profondément, afin qu'au réveil elle ait oublié toutes ses souffrances et qu'on la croie folle. Mais elle ne veut pas oublier! Le jour du réveil sera un grand jour, où l'on verra de grandes choses; ce sera l'affranchissement de l'humanité. »

Elle parle toujours avec discrétion de ses *secrets d'État* (qu'elle déclare fermement ne vouloir pas livrer) et de sa *mission.*

Plusieurs fois, Mme V... a parlé de *visions qu'on lui* imposait : elles étaient généralement pénibles; parfois, cependant, de nature agréable.

Mais elle a toujours distingué, d'une façon très intelligente et en termes très clairs, *ces visions* de *la vision* par les yeux : « Ce sont des tableaux vivants, disait-elle, qui apparaissent dans mon esprit, *que je vois par la pensée.* » Il ne s'agit donc pas ici d'*hallucinations de la vue.*

Au contraire, pour « *les figures dans les arbres* », elle affirmait énergiquement *les voir avec les yeux.*

Mme V... est morte subitement, par arrêt du cœur, au commencement de février 1892.

Cette observation est un bel exemple de folie à deux rentrant dans le type Lasègue-Falret, bien qu'elle en diffère par ce fait que la seconde malade est allée jusqu'à l'aliénation mentale confirmée. Mais toutes les autres conditions s'y rencontrent.

D'une part, en effet, nous voyons une femme chez laquelle apparaissent les premières phases d'un délire de persécution. Cette femme vit dans l'isolement, elle ne trouve pas en son mari, dont elle est moralement séparée, le confident et le soutien qui lui seraient si nécessaires au milieu de ses inquiétudes et de ses soupçons. Elle n'a près d'elle que ses filles. A elles seules

©BIUM

donc, et surtout à l'aînée, vont sa confiance et, par suite, ses confidences, appuyées de toute l'autorité que lui donnent sa maternité et son expérience. Ces confidences, qui se multiplient en raison même de la fréquence des incidents pathologiques, agissent lentement, mais sûrement, dans ce contact de tous les instants, sur le cerveau des jeunes filles. — C'est bien là le *sujet actif*, l'aliénée primitive.

D'autre part, une jeune fille d'environ seize ans, déjà très nerveuse, sans amies, sans plaisirs, à ce point qu'elle ignore même le nom de la plupart des jeux habituels aux jeunes filles. Elle n'a jamais quitté sa mère, pour qui elle a une très profonde affection, d'autant plus profonde que le père, toujours distrait ou absent, n'en a retenu aucune parcelle à son profit. Elle a en sa mère une aveugle confiance, elle accepte sans discussion tous ses soupçons, toutes ses plaintes répétées pendant plusieurs années ; elle souffre de toutes ses peines, elle les fait siennes, puis elle y ajoute, et ce sujet d'abord passif réagit à son tour sur le premier. Elle est attaquée, insultée, tourmentée pour son compte personnel ; elle se confie à sa mère, qui accueille ses plaintes comme une éclatante confirmation de la réalité de ses propres souffrances. La fille introduit dans la communauté délirante un apport tout personnel : ses sensations génitales, ses préoccupations érotiques, et le délire maternel, qui a créé la plus grande partie du délire de la fille se trouve soutenu, renforcé et agrandi par cette influence en retour. Les deux femmes ne délirent pas côte à côte, chacune pour son compte, elles délirent vraiment *à deux*, c'est-à-dire *avec pénétration réciproque*. Le champ délirant s'étend dans d'énormes proportions en surface et en profondeur.

Si la seconde malade, si la fille a fini par entrer nettement dans l'aliénation mentale, elle demeure cepen-

©BIUM

dant moins atteinte que sa mère. Après leur séparation, le délire de la mère a continué son évolution progressive, tandis que celui de la fille s'est atténué insensiblement et a disparu en quelques mois. Ici encore, comme dans tous les cas analogues, la séparation des deux malades constituait bien la principale indication thérapeutique.

Comment expliquer maintenant que Mᵉˡˡᵉ V... soit devenue, sous l'influence délirante de sa mère, une aliénée véritable, hallucinée, au lieu de rester une *fausse malade*, comme dans les cas de Lasègue et Falret ? On pourrait répondre qu'elle a dû sa réceptivité plus grande à son hérédité double et convergente. Peut-être ? mais rien n'est moins certain. Nous verrons plus loin (Observat. III) un sujet passif, *sans antécédents héréditaires connus*, devenir, comme Mᵉˡˡᵉ V..., délirant et halluciné, et rester tel après son éloignement du sujet actif. L'hérédité morbide n'explique donc pas tout. Il faut se contenter ici d'admettre que le jeune âge de Mᵉˡˡᵉ V..., la longue durée de l'influence maternelle et la puissance même de cette influence ont réussi à produire chez elle une atteinte plus profonde.

Observation II.

Folie simultanée, type Régis. — Homme et femme vivant maritalement. — Hérédité chez l'homme ; la femme est fille naturelle. — Vie très intime, isolée. — Misères, inquiétudes, soupçons. — Délire des persécutions systématisé. — Internement de l'homme. — La séparation ne produit aucun effet sur le délire ni chez l'un ni chez l'autre.

G..., comptable, âgé de quarante-huit ans, entre dans le service du professeur Ball, à Sainte-Anne, le 22 octobre 1887.

Ses *antécédents héréditaires* sont assez chargés. On manque de renseignements sur les grands parents. *Le père,* qui est mort à cinquante-cinq ans, était buveur, joueur, débauché. *Un oncle*

©BIUM

paternel est mort d'apoplexie. *Un cousin germain* est mort à Sainte-Anne.

Jusqu'au moment du service militaire (1860), rien de particulier. G... devient sous-officier, puis rengage et reste au régiment jusqu'en 1870. Il est réformé à cette époque pour une arthrite du genou suppurée, consécutive à une chute ; soigné à l'hôpital Saint-Louis, il sort guéri au bout de huit mois, puis entre comme comptable dans une importante maison de Paris. Deux ou trois ans plus tard, il fait la connaissance d'une jeune ouvrière de seize ans, avec laquelle il vit maritalement depuis.

G... était un excellent employé, très capable, très ponctuel, mais d'un caractère peu expansif et soupçonneux ; il se montrait un peu jaloux de sa femme. Cependant, plusieurs années se passent sans incident particulier sous le rapport mental. C'est dans les premiers mois de l'année 1887, que la situation commence à se modifier. G... s'aperçoit qu'on lui fait des misères à son bureau ; son concierge et ses voisins deviennent malveillants à son égard ; dans la rue, on ricane, on se moque lorsqu'il passe, etc. Il se décide à changer de domicile, mais les choses n'en vont pas mieux, bien au contraire. On l'espionne, on le regarde avec mépris quand il entre dans un café, surtout s'il est accompagné de sa femme. On ne s'en tient pas là, et, bientôt, des injures, d'abord indistinctes, puis très précises, sont proférées sur son passage : *jésuite*, *maquereau*, *pédéraste*. Même à son bureau, où il était seul, il entendait ces injures. Il prétend, d'ailleurs, *n'avoir jamais parlé de tout cela à sa femme, qui, de son côté, ne lui aurait jamais fait de confidence analogue.*

Persuadé que tout cela n'avait qu'un but : lui faire perdre sa place, il s'en est plaint à ses patrons, il a même fini par se croire obligé à leur donner sa démission, malgré eux.

A partir de ce moment, G..., plus que jamais, est en proie aux interprétations délirantes et aux hallucinations. Son humeur devient plus sombre, sa jalousie contre sa femme s'irrite jusqu'à la violence. Très sobre jusqu'à ce jour, il se met à boire pour noyer ses chagrins. L'excitation cérébrale redouble, le sommeil disparaît, les tendances violentes s'accentuent. Un soir, en rentrant chez lui, G... avise un passant qui chantait ; évidemment, c'est un de ses ennemis et sa chanson n'est qu'une suite d'injures. Il se jette sur le chanteur, il y a bataille ; surviennent les sergents de ville qui emmènent G... au poste, d'où

©BIUM

il passe à la Préfecture et enfin à Sainte-Anne, dans le service de M. Ball (22 octobre 1887).

Au moment de son admission, on avait noté des symptômes d'alcoolisme qui disparaissent rapidement. Avec beaucoup de peine, on obtient de G... quelques renseignements sur son délire. Il parle des misères qu'on lui a faites et des injures qu'il entendait ; les voix lui arrivaient *au moyen d'un appareil téléphonique*, chez lui comme dans la rue. Il s'emporte si on lui fait des objections. « Admettez-vous ou non, s'écrie-t-il, la transmission du son par le téléphone ? D'ailleurs, *vous savez tout cela mieux que moi* et vous faites les ignorants ! »

Au bout de quelques jours, il fait choix d'un persécuteur, c'est un malade nommé V..., entré le même jour que lui, comptable comme lui, et qu'il soupçonne de vouloir le supplanter dans son ancien emploi ; il prétend être *en relations téléphoniques* avec V..., et un jour il lui cherche querelle. Toujours soupçonneux et défiant, il est convaincu que ses anciens patrons, malgré des marques d'intérêt renouvelées à l'asile même, sont les complices de ses persécuteurs.

Naturellement, il s'indigne qu'on puisse le croire malade, et il réclame sa sortie avec violence ; facilement, il devient insolent. De plus en plus ferme et réticent, il ne trahit son délire que dans les moments d'excitation, et aussi par ses actes.

En février 1888, une note porte que G... entend les mêmes injures, mais plus rarement à son dire.

En juin, il demande un jour si une lettre qu'il vient d'écrire a paru raisonnable, sensée ; sur une réponse affirmative, il s'emporte en disant qu'on le retient précisément parce qu'il est raisonnable.

Le 29 juillet, il se plaint de douleurs dans la jambe droite. A la question de savoir s'il connaît la cause de ses souffrances, il répond que « *l'on a beaucoup de moyens de faire souffrir les malades à Sainte-Anne; qu'après lui avoir fait perdre sa place, après lui avoir pris sa liberté, on veut ruiner sa santé* ». A travers beaucoup de réticences, il parle de *courants induits*, d'une *communication de sa jambe avec une pile.*

Les douleurs dont il se plaignait n'étaient d'ailleurs pas imaginaires ; elles résultaient d'une récidive de son arthrite, affection dont G... ne nous avait pas dit un mot jusqu'alors, et que nous avons connue en interrogeant sa femme. Cette récidive, que G... appelait « *le fruit de dix mois de séjour à Sainte-Anne* », était la cinquième depuis 1870, le genou a suppuré pendant

©BIUM

trois à quatre mois, puis les accidents ont complètement disparu, malgré l'indocilité du malade.

Cependant, le délire et les hallucinations persistaient, mais G... les dissimulait avec tant de soin, il demandait tous les jours sa sortie avec une telle insistance que l'on crut pouvoir le mettre en liberté (30 décembre 1888.) (1).

Autant G... est réticent et dissimulé, autant Mme G... est expansive. Elle nous donne sur G... une partie des détails que nous avons rapportés, et elle nous raconte sa propre histoire.

Mme G..., qui a maintenant trente-quatre ans, est *fille naturelle*, les renseignements sur ses antécédents héréditaires sont nuls. Elle croit que son père vit encore et qu'il est bien portant (?). La mère est morte depuis longtemps d'une fluxion de poitrine.

Notre malade a été élevée par une tante et, chose bien rare, elle n'a jamais eu à souffrir, dans son enfance, de sa situation irrégulière. Elle a connu G... vers l'âge de seize ans, et depuis elle vit maritalement avec lui. Son caractère ne présentait aucune bizarrerie, et le ménage n'a jamais été troublé que dans ces dernières années.

Excellente ouvrière fleuriste, très laborieuse, Mme G... gagnait sept à huit francs par jour, ce qui, avec les appointements de G..., leur assurait une existence large et confortable.

Ce calme commença à s'altérer vers 1875. Mme G... prétendait qu'une jeune ouvrière faisait contre elle des cancans d'atelier et cherchait à lui nuire, qu'elle l'injuriait même ; mais les choses se bornèrent à quelques discussions, et, en apparence, tout rentra dans l'ordre jusqu'au jour où un incident, décisif malgré sa banalité, vint mettre en branle le délire encore latent.

Le 1er *avril* 1887, — la date est nettement spécifiée, — un jeune instituteur vient habiter dans la maison ; il s'informe d'elle auprès de la concierge, il est poli, prévenant. Peu après, un voisin, le père Michel, « un vieux qui se vante de faire tout ce qu'il veut auprès du commissaire », a prétendu qu'elle avait des rapports avec ce jeune homme : « *Pour sûr, ils se voient, il faut les pincer, tout dire à G... pour qu'il la f... à la porte.* » Le père Michel, dit-elle, lui en veut depuis longtemps, parce qu'elle a repoussé ses propositions obscènes : « *c'est un*

(1) Ce travail était à l'impression quand j'ai appris que G... est actuellement dans le service de M. Marandon de Montyel, qui suit de près cette observation.

©BIUM

vieux dégoûtant ». Elle avait voulu se plaindre de lui au commissaire, mais un autre voisin, M. Bonhomme, qui est agent de la sûreté, lui a dit « qu'on la f..... dedans ». Le père Michel continuait « *ses ragots* » avec les voisins et les employés du commissariat ; on l'insultait constamment, le jour dans la rue, la nuit sous ses fenêtres ; on ne l'appelait plus dans le quartier que « *la grue du troisième, la sale femme* » ; on répétait souvent que « *tout est permis contre une femme qui n'est pas mariée* ». Un jour, passant devant le marchand de vins, elle a entendu le père Michel qui était à l'intérieur, le dos tourné à la rue, dire : « *Elle est bien montée d'aller avec des jeunes gens qui la compromettent* ». Plusieurs fois, quand elle passait sur le trottoir, derrière des messieurs qui portaient leur canne sous le bras, elle a été heurtée violemment. Il s'en suivait des disputes et des scènes de violence. D'ailleurs, le commissaire de police est contre elle ; il n'a jamais fait droit à ses plaintes ; au contraire, il lui posait des questions indiscrètes sur sa situation. Sa concierge également lui est hostile.

On l'insultait même hors de son quartier, sur les boulevards; elle entendait dire : « *la voilà, la salope, elle a couché avec X... il y a dix ans et l'autre n'a pas pu l'avoir... Son père s'est brûlé la cervelle !* » Peu à peu, on lui a fait perdre tous ses clients. On criait beaucoup la nuit sous ses fenêtres. Elle reconnaissait *la voix d'un ami de l'instituteur communal* à propos duquel tout avait commencé. Tout cela l'affectait beaucoup ; l'attitude de G... à son égard aggravait encore cette pénible situation. Il devenait bizarre et, visiblement, très soupçonneux ; sa jalousie habituelle s'exaspérait, et souvent il menaçait sa femme. Il était lui-même, à cette époque, en plein délire. En mai 1887, poussé par la jalousie, il part de chez lui, abandonnant sa femme. Elle finit par découvrir sa retraite, au bout d'une quinzaine de jours, et elle réussit à le ramener. Mais sa jalousie et ses violences ne diminuèrent pas. Il était devenu décidément très méchant envers elle ; la nuit, il lui donnait des coups de pied, il lui découvrait la bouche croyant qu'elle parlait ; parfois il se levait, répétant : « *ton amant Rivaud, ton amant Rivaud !* » (Rivaud était un de ses collègues du bureau.)

Elle entendait que l'on disait à G... quelque temps avant sa séquestration : « *Tu ne peux plus et ta femme a pris un autre homme.* » Les injures qu'on lui adressait à elle étaient toujours relatives à ses mœurs ; l'épithète la plus fréquente était *salope, vieille salope.*

©BIUM

G... finit par se faire arrêter dans les circonstances que j'ai indiquées. Le soir même et les jours suivants, elle a entendu crier sous ses croisées : « *Il a reçu un riche coup! le voilà maintenant avec les fous, il n'est pas près d'en sortir.* » Elle vient le voir assez souvent à Sainte-Anne, et, malgré sa défense, nous donne sur lui des renseignements importants.

En mars 1888, elle assure qu'on la laisse tranquille depuis un mois environ, qu'elle n'entend plus rien. Elle parle beaucoup et très volontiers de ses tourments, donnant les détails les plus précis et les plus intimes. Malgré des interrogatoires répétés, il a été impossible de relever des hallucinations de la sensibilité générale ou génitale, non plus que la moindre trace d'idée de grandeur. Elle attribue tous les malheurs de G... et les siens à une double cause : la jalousie des collègues de G... qui cherchaient à le supplanter dans son emploi, et le désir de le brouiller avec elle. Comme G..., elle est persuadée que ses patrons sont mal disposés envers lui. Elle le croit un peu *malade de la tête*, mais elle se défend énergiquement de l'être aussi.

Au mois d'avril, elle reprend son travail et retourne dans le logement qu'elle occupait avec G.... Elle y entend aussitôt les anciennes injures, *salope*, *p*.....; elle reconnaît toujours la voix de *l'ami du jeune homme de l'école communale*. Sa concierge a eu *la main graissée*, car elle lui a dit qu'on l'enfermerait à son tour si elle continuait à se plaindre. M. Bonhomme est évidemment du complot.

Août 1888. — Elle affirme qu'on la tracasse beaucoup moins ; elle ne reçoit plus *ni injures, ni coups de canne*. De temps en temps, cependant, on l'insulte dans la rue, quand elle va acheter ses provisions. Elle craint qu'on ne lui fasse perdre sa place.

Octobre. — Dit ne plus entendre de voix ; seulement, on vient écouter et gratter à sa porte, la nuit ; c'est toujours Bonhomme et *cet abruti de l'école communale ; pour'sûr, ils sont de la police*.

Elle trouve absurde que G... ne veuille pas nous parler de son genou, et elle nous donne à ce sujet tous les renseignements nécessaires. Toujours très peu réticente, elle ne présente aucun trouble de la sensibilité générale ou génitale, aucune idée de grandeur.

Nous avons vu que G... avait été mis en liberté à la fin de décembre 1888. Son délire, bien que dissimulé, n'en était pas moins resté très actif, ainsi que celui de sa femme. Celle-ci

©BIUM

m'écrivait en effet, en mai 1889, la lettre suivante qui montre bien leur état d'esprit à tous deux. J'en respecte scrupuleusement le style.

« 13 mai 1889.

« Monsieur,

« Ayant porté de l'intérêt à M. G..., je viens vous donner des nouvelles de sa santé. Jusqu'à ce jour, il a été assez calme, mais cette nuit il a divagué fortement.

« Aussitôt son lever, il s'est rendu au commissariat de police pour donner congé de sa chambre, vu que pour lui la maison est cause si son mal à la jambe dure si longtemps. Il y est retourné une seconde fois, et je crains bien que s'il fait une nouvelle démarche il soit arrêté.

« Vous voyez, cher Monsieur, que pour une vengeance *ils* ont bien réussi ; la comédie qu'*ils* ont faite avait pour but de voler l'argent que M. G... avait de placé, c'est pourquoi ils disaient que c'était sa famille (?).

« Voilà la raison pour laquelle *ils* m'ont mêlée à leur affreuse comédie, bien que je ne les connaisse ni les uns ni les autres ; tous les propos malsonnants qu'ils ont tenus à mon égard avaient pour but de déguiser la vérité et qu'ils étaient sûrs de l'impunité.

« Voici les noms de ces misérables : Michel, Vercher, Vassel et son frère.

« Je vous remercie, etc.

« Anna G... »

Quelque temps après, une autre lettre :

« 29 juin 1889.

« Monsieur Arnaud,

« J'étais désolée hier et même plus sérieusement désespérée. La concierge m'appelle avec un air courroucé et s'écrie en me voyant : « Qu'est-ce que nous veut donc M. G...? » Naturellement je lui ai demandé ce qu'il lui avait fait. Elle s'est récriée en me disant : « Votre mari a écrit au parquet ou au « préfet, il met dans sa lettre que j'ai un fil électrique dans « ma loge et que je lui fais des piqûres au sixième étage, la « nuit. Voici quatre fois que je suis appelée au commissaire, « cela m'ennuie. Ces messieurs m'ont demandé s'il était capa- « ble de mettre le feu, s'il n'y avait pas de danger pour les « enfants et que s'il faisait quelque chose je prenne un témoin « pour le faire arrêter. »

©BIUM

« J'ai été, vous devez bien le croire, très surprise de tout cela. Je lui ai demandé si elle avait vu la lettre. « Non, m'a-« t-elle répondu, mais le commissaire me l'a dit. » Mais je lui ai répondu que pour croire cette nouvelle infamie, je voulais voir la lettre. Elle m'engagea même d'aller voir le commissaire, ce que j'ai fait. J'ai eu affaire, je crois, au secrétaire. Aussitôt mon entrée et après avoir demandé cette lettre, il s'est écrié d'un air de mépris : « Oh ! G... » et j'ai repris d'un ton sec : « *Monsieur* G..., s'il vous plaît. Rien de tout cela n'a « été fait, il est malade, je suis peut-être malade moi aussi, lui « ai-je repris, lorsque je sors que l'on m'appelle folle, voleuse, « et aussitôt que je sors on me menace de me faire renfermer. « C'est peut-être mon cerveau malade, tout cela? » Il m'a répondu que c'était une vilaine plaisanterie. Vu son air de dédain, en répondant à toutes ces choses, je me suis écriée que nous avions cru nous adresser aux bons pour punir les mauvais, mais puisqu'il en est ainsi, je les livre à la publicité et je ne veux pas être désormais filée par les leurs. De plus, lorsque M. G... sera malade je m'adresserai aux hommes de cœur et non aux leurs, pour le faire soigner et je ne veux même pas qu'ils y touchent.

« Vous voyez, cher Monsieur, que par moments il y a de quoi perdre la tête !

« M. G... souffre toujours de sa jambe et il a toujours peur de la perdre, mais le docteur le remonte toujours et lui fait prendre espoir. Tant qu'au moral, il est calme en ce moment.

« Recevez....

« Anna G... »

A la suite de toutes ces plaintes, G..., interné une seconde fois, fut envoyé à Ville-Evrard, au mois de mai 1890.

L'histoire de G... et de sa femme nous montre un cas de *folie simultanée*, en tout semblable au type établi par M. Régis. La prédisposition héréditaire est certaine chez G... ; on ne peut rien en dire chez la femme qui est *fille naturelle*.

Tous deux vivent, pendant quinze ans, d'une vie très intime, très fermée, au milieu de difficultés de toutes sortes provenant de l'origine inconnue de la femme, de leur situation irrégulière, du caractère soupçonneux et

©BIUM

jaloux de G... Il est clair qu'une même pensée les poursuivait et les hantait depuis longtemps : leur union irrégulière, sans lien légal, c'était, pour tous deux, l'avenir incertain, toujours à la merci d'un caprice de l'un ou de l'autre. Cette pensée alimentait l'inquiétude et les soupçons ; nous en avons une preuve dans leurs hallucinations qui, sous des formes variées, expriment cette préoccupation commune et dominante. Ces conditions morales, dépressives au premier chef, déterminent chez les deux sujets le développement simultané et parallèle du délire et des hallucinations. J'ai recherché avec un grand soin tout ce qui pouvait indiquer la date probable de l'apparition des hallucinations de l'ouïe ; je crois qu'elles ont débuté chez la femme, mais très peu de jours avant de se montrer chez G... Ils assurent l'un et l'autre ne pas s'être confié leurs impressions à ce moment. Cependant, la femme, persuadée que G... entendait les injures qu'on lui adressait à elle personnellement, s'est plusieurs fois défendue contre ces accusations d'inconduite, d'infidélité, et, par cela même, elle faisait part à G... de ses conceptions délirantes. Il y a donc eu, à la rigueur, une certaine action de la femme sur l'homme, mais cette action, d'une durée très courte, n'a pu avoir aucune influence réelle. Elle est intervenue, d'ailleurs, à une période trop avancée de la maladie. Le délire avait été préparé, chez l'homme et chez la femme, par les mêmes causes agissant au même moment ; il se développait simultanément chez eux depuis plusieurs années, et, de par sa nature même, il devait aboutir à l'hallucination. Peu importe, dès lors, que cette hallucination soit apparue chez l'un quelques jours plus tôt que chez l'autre.

Cette observation rentre donc dans la *folie simultanée* et non dans la *folie communiquée*.

©BIUM

Observation III.

Folie communiquée. — La femme et le mari. — Hérédité chez la femme *active;* pas d'hérédité chez le mari *passif.* — Délire de persécution systématisé. — Séparation ; les deux sujets restent aliénés, et le mari, sujet passif, évolue vers les idées de grandeur après son internement.

Mme R... est âgée de cinquante-sept ans.

Son père, mort à cinquante ans, *était aliéné* depuis dix-huit années ; sa maladie avait été attribuée à une chute sur la tête. Le grand-père paternel est mort à soixante-quinze ans ; il était normal. La mère, également normale, est morte à quatre-vingt-cinq ans. Deux frères et deux sœurs sont bien portants à tous les points de vue.

De son enfance et de sa jeunesse, Mme R... ne dit rien qui mérite d'être retenu.

Nous savons par son mari et nous avons pu nous convaincre que son instruction était plus que rudimentaire (elle savait à peine lire), son intelligence très étroite, qu'elle était d'un entêtement extrême, d'un esprit de minutie excessif, d'une humeur concentrée et un peu triste.

Devenue cuisinière d'un capitaine, quelques années avant son mariage avec R..., elle fut sur le point d'épouser l'ordonnance de son maître ; les choses en étaient restées à l'état de projet, parce que l'ordonnance buvait trop. Cette histoire de mariage manqué jouera plus tard un certain rôle dans les préoccupations délirantes de la malade.

Vers 1875, pendant que le ménage vivait à Issy, la ménopause se produit, sans troubles ni incidents notables, au moins en apparence. Mais, en réalité, à la suite de cette crise, apparaît une phase de tristesse et de dépression, phase elle-même suivie de ce délire confirmé dont l'évolution se poursuit encore. Pour cette période préparatoire du délire, nous avons, par Mme R..., quelques détails que son mari ignore ou qu'il a oubliés. Ce sont des galanteries, des plaisanteries déplacées du boucher et de sa sœur : « Vous devriez vous marier avec mon frère ! » Une quête faite à l'église par cette même sœur du boucher eut des conséquences plus graves : six mois après, on a commencé à dire que Mme R... avait mis sa main dans la bourse servant à la quête, et qu'elle y avait dérobé une certaine somme ; c'étaient les voisins qui disaient cela, soit chez eux, soit la nuit en passant

©BIUM

devant sa maison ; jamais elle n'a pu les voir. Le curé lui-même, elle s'en est bien aperçue, avait été gagné par ses ennemis ; elle est allée lui demander des explications, et le curé, dans un sermon, a fait de méchantes allusions contre elle ; le même jour, il a fait aussi un geste à son adresse. Elle n'avait pas attaché à cela beaucoup d'importance ; mais, plus tard, quelqu'un a dit en passant devant son logis : « Voilà la maison de l'excommuniée ! » Alors, elle a tout compris. Elle est allée trouver le boucher et sa sœur, son mari est allé chez le vicaire, pour savoir ce que signifiait tout cela. On s'est moqué d'elle et de lui.

En 1882, le couple quitte Issy pour Plaisance. Les voisins ne tardent pas à raconter les histoires d'Issy. Tantôt à travers le plancher, tantôt à travers le plafond, des paroles injurieuses leur sont adressées. Le voisin d'en bas criait souvent au mari absent : « Descends donc? » « Ce sont des voleurs, disait-on, c'est pour cela qu'ils ont quitté Issy ». Le mari et la femme entendaient et reconnaissaient les voix. Ils avaient également à souffrir des concierges. Interrogés à plusieurs reprises, les voisins comme les concierges ont tout nié.

De Plaisance, le ménage va s'installer à Vincennes (1884), puis faubourg Saint-Antoine (1885). C'est là qu'on les a le plus cruellement tourmentés. La femme s'entendait tout le temps appeler *voleuse*. Plusieurs fois, son mari l'accompagna, mais il n'a jamais rien entendu. La femme est allée se plaindre, à plusieurs reprises, au commissariat de police et à la gendarmerie ; elle répétait avec insistance à son mari tout ce qu'elle entendait. La nuit, les mêmes injures leur venaient de la rue. On s'en prenait à l'honneur de la femme : *elle aurait été la maîtresse de son ancien prétendant.* Tous les deux entendaient cette accusation. C'est alors que le mari, exaspéré, va se plaindre violemment au commissaire de police qui le fait diriger sur le Dépôt (décembre 1885).

Après l'internement de R..., les mêmes tourments continuent pour la femme pendant six à sept mois. Elle éprouve quelque répit après le départ de certains voisins, les plus méchants, partis, « par honte du mal qu'ils avaient fait ».

Depuis, M^me^ R... entend dire que son mari est accusé de paresse par *l'homme de Plaisance;* on lui parle de son ancien prétendant, et l'on assure qu'elle aurait eu des relations avec lui.

Elle affirme, d'ailleurs, que toutes ces insultes ne l'émeuvent plus. Elle ne désigne nettement aucun persécuteur, mais elle

©BIUM

croit et répète que « *le curé d'Issy doit savoir pourquoi on les tourmente* », et elle a l'intention arrêtée de l'appeler en justice pour le forcer à tout dire. Elle veut qu'on lui rende son mari, qui n'est aucunement malade, sinon elle citera également en justice M. Ball : si elle avait cru qu'on « faisait aussi facilement des malades », elle eût protesté plus vivement quand on a arrêté son mari.

Comme précédemment, elle engage des dialogues avec ses voix ; celles-ci lui ont dit très fréquemment ces temps derniers que « *Sainte-Anne est une maison où l'on aime bien garder comme malades des gens qui ne le sont pas et qui peuvent payer* ». Si on ne lui rend pas son mari, elle « *mettra en justice* » la Préfecture de la Seine et aussi ceux qui l'ont si souvent dérangée et qui l'empêchent de toucher les revenus de sa pension. On l'appelle *sotte* de laisser son mari à Sainte-Anne.

Depuis deux ans, *elle couche par terre*, parce qu'on envoie des punaises dans son lit, et elle bouche le bas de sa porte avec des chiffons pour arrêter les poussières que l'on fait passer par là. Il ne semble pas avoir exister, chez M^me^ R.., des hallucinations de la sensibilité génitale.

Elle est très défiante, et, à la longue, les interrogatoires deviennent plus difficiles, les réponses sont ambiguës, évasives ; il y a des restrictions, des réticences, des habiletés.

En *avril* 1888, elle convient un jour qu'elle a rendu son mari malade par son insistance à lui parler de ses voix ; elle éprouve de vifs regrets, et réclame son mari pour le soigner et le guérir. « Les voix se font toujours entendre, mais peu distinctes, dit-elle. »

L'état est le même en *septembre* : on lui envoie des punaises par dessous la porte, elle continue à réclamer son mari.

En *novembre*, elle s'adresse au conseiller municipal de son quartier pour faire sortir son mari « *illégalement séquestré* ».

Il a fallu restreindre le nombre de ses visites, déjà rares, parce qu'elles rendent le calme et la résignation plus difficiles au mari. Elle-même y puise un nouvel aliment pour son délire et de nouveaux motifs d'irritation. Ces longues conversations, cet échange passionné de conceptions délirantes, qui portent sur leurs affections et sur leurs intérêts communs, laissent chacun des malades plus profondément convaincu, s'il est possible, de la réalité objective de ses tourments et de la méchanceté de ses persécuteurs.

En 1890, époque à laquelle nous l'avons perdue de vue, l'état

©BIUM

de Mme R... ne s'était pas modifié ; ses conceptions délirantes, ses hallucinations étaient toujours aussi actives.

Passons au mari, qui est ici le *sujet passif* (1).

Nous ne trouvons, dans ses *antécédents héréditaires*, aucune tare nerveuse.

Pas de renseignements sur *les grands parents.*

Le *père*, cordonnier, bon ouvrier, relativement instruit, est mort à trente-sept ans, probablement tuberculeux.

La *mère*, blanchisseuse, est morte à vingt-sept ans, probablement d'un refroidissement contracté après ses couches.

Un *cousin maternel* est mort de la poitrine.

R... est né à Paris en 1829. Pas d'autre maladie dans l'enfance qu'une variole à l'âge de trois à quatre ans. A l'école des frères, où il apprenait facilement, on le considérait comme un bon élève. Plus tard, au régiment, il trouva le temps et l'énergie de développer son instruction rudimentaire.

Il quitta l'école très jeune, pour se faire peintre en bâtiment. A vingt et un ans, devenu soldat, il est envoyé en Afrique comme artilleur. Son congé terminé, il rengage, devient maréchal des logis et part au Mexique ; il avait alors trente-trois ans, et il affirme n'avoir jamais fait le moindre excès de boisson.

Jusqu'ici, l'histoire pathologique de R... est des plus simples : deux crises de coliques de plomb avant le tirage au sort, et deux accès de fièvre paludéenne, l'un en Afrique, l'autre au Mexique. Mais un autre incident, beaucoup plus important à notre point de vue particulier, se produit pendant le séjour de R... au Mexique : il marchait depuis le matin avec son régiment, par une très grande chaleur ; on fait halte en plein soleil, et tout d'un coup R... éprouve à la nuque une vive douleur, comme s'il eût reçu un coup de bâton. Il tombe sans connaissance. Quand il revient à lui, quelques instants après, il est tout étourdi ; pendant sept ou huit jours il reste troublé, un peu hébété, commettant de nombreuses erreurs dans sa comptabilité de maréchal des logis. Une quinzaine de jours après cet accident, qui est évidemment une insolation, se trouvant au pied des Cordillères, par une température très élevée, sans éprouver ni vertiges ni céphalalgie, il devient brusquement aveugle ; il reste ainsi quatre ou cinq jours et, quand il est arrivé sur les hauteurs, la

(1) L'observation de R... a été, en partie, publiée par mon regretté maître, le professeur Ball, dans ses *Leçons sur les maladies mentales*.

©BIUM

vision reparaît, aussi subitement qu'elle avait disparu. — Sans discuter le degré d'exactitude de ces détails, il suffit de retenir le fait dans son ensemble : insolation brusque, avec perte de connaissance suivie, pendant quelques jours, de troubles cérébraux, d'obnubilation intellectuelle et d'une altération assez grave, mais passagère, de la vue.

R... quitta le Mexique en 1867; plusieurs actions d'éclat lui avaient valu, en outre de la médaille du Mexique, la médaille militaire et la croix de la Légion d'honneur.

Il reste au régiment, devient gardien de batterie (grade de maréchal des logis chef) et il épouse, en 1869, la cuisinière de son capitaine, avec laquelle il fait très bon ménage. Rien de particulier ne s'est produit dans leur existence jusqu'en 1875.

Sa femme était une excellente ménagère, d'une propreté méticuleuse, mais *très entêtée, même pour des futilités*, et ne se rendant à aucune preuve. De nature *taciturne*, elle ne causait pas volontiers; son mari ne l'a *jamais entendue chanter*. En somme, caractère difficile, mais point méchante, ajoute R... Son instruction était très faible; elle savait à peine lire.

En 1875, le ménage vient se fixer à Issy, aux portes de Paris; R..., occupait un emploi de contrôleur dans une cartoucherie.

Après ces préliminaires nécessaires, après cette sorte de prologue, nous arrivons au premier acte du drame dont R... et sa femme seront tout à la fois les auteurs, les acteurs et les victimes.

Dès le début du séjour à Issy, M^me^ R.., jusqu'alors bien portante, souffre de malaises vagues. Elle devient triste, elle se plaint de fréquents maux de tête, de constipation opiniâtre. Un médecin consulté fait quelques prescriptions hygiéniques, lesquelles n'amènent aucun résultat. M^me^ R... devenait de plus en plus sombre, difficile à vivre, défiante et plus grincheuse que de coutume, dit son mari. Il n'attachait pourtant pas à cela une très grande importance; retenu toute la journée à la cartoucherie, il avait moins à souffrir de cette aggravation d'humeur acariâtre.

Mais un autre changement se produisait chez M^me^ R..., à l'insu du mari. Très tiède jusqu'alors en matière de religion, elle devient presque dévote, elle fréquente assidûment l'église. Un dimanche, au retour de la messe (1877), elle raconte à son mari que le curé l'a regardée d'un air mauvais, qu'il a fait au sermon des allusions à sa personne, qu'il a fait sur l'autel

©BIUM

un geste contre elle; d'où elle conclut qu'elle *est excommuniée*. *Cette plainte est la première qu'elle ait formulée*, le mari est très affirmatif sur ce point. Jusqu'alors simplement ombrageuse, elle ne s'était plaint de rien ni de personne. Mais tout de suite après, elle avoue à son mari qu'elle s'entendait accuser, à propos d'une quête faite six mois auparavant, d'avoir mis la main dans la bourse; on l'appelait *voleuse*, c'étaient les voisins qui le disaient soit chez eux, soit pendant la nuit en passant devant la maison; jamais *elle n'avait pu voir ses insulteurs*.

D'abord hésitant, ne repoussant pas absolument et d'emblée l'idée de l'excommunication, — il n'était d'ailleurs pas très fixé sur ces matières, — le mari se décide après trois ou quatre jours à demander des explications au vicaire; celui-ci se contente de répondre que tout cela était parfaitement ridicule et que M^me^ R... devait être malade.

C'était, au fond, l'idée du mari et elle prenait d'autant plus de consistance dans son esprit que la conduite de sa femme devenait décidément extravagante.

Par un nouveau revirement, elle ne mettait plus les pieds à l'église, elle racontait à tous dans le pays l'histoire de son excommunication. En outre, elle se plaignait sans cesse d'un redoublement d'injures; au marché, on la regardait avec mépris, on l'appelait *voleuse*.

Plusieurs fois son mari l'accompagna; en sa présence, on répétait les mêmes injures, mais lui n'entendait rien.

Sa situation reste la même pendant quatre ans, jusqu'en 1881, époque où la cartoucherie, manquant de travail, dut renvoyer huit cents ouvriers. R..., très consciencieux dans ses fonctions de contrôleur, s'était déjà fait beaucoup d'ennemis; on lui attribua le renvoi d'un certain nombre d'ouvriers, et le mécontentement contre lui devint général. Il s'augmentait encore de querelles politiques.

Toutes ces misères, ajoutées aux ennuis qui lui venaient de sa femme, l'affectaient beaucoup. Aussi, fut-il heureux d'obtenir un emploi à Paris; il se fixa dans le quartier de Plaisance (1882), croyant y trouver la fin de ses tourments.

Le calme ne fut pas de longue durée. Un premier conflit survient avec un locataire de l'étage supérieur, qui rentrait tard et faisait du tapage. Une nuit, *le mari et la femme entendent*, à travers le plafond, le voisin dire : « Ils m'ont traité de salaud, ils me le paieront ». Le lendemain, R... demande une explication au voisin qui nie avoir tenu ce propos.

©BIUM

Ici, pour la première fois dans l'histoire pathologique de R..., se pose la question de l'hallucination. Le voisin a-t-il réellement prononcé la phrase? Il le nie, mais il est possible que ce soit par crainte, R... n'ayant pas l'air commode. Si cette question reste sans réponse, il n'en est pas moins certain que l'influence continue, depuis cinq années, du délire de sa femme, influence renforcée par de très réelles misères, avait assez profondément agi sur le cerveau de R..., pour le rendre apte à l'interprétation délirante, sinon encore à l'hallucination ; celle-ci ne se fera d'ailleurs pas attendre. Quelque temps après cette scène, « le bruit se répand dans la maison que les époux R... ont été chassés d'Issy pour vol », et le mari entend un jour, *en l'absence de sa femme*, le même voisin raconter le fait. Dès lors, R... est persuadé que *le voisin est de la police;* c'est *un indicateur.*

Bientôt, nouvel incident pénible. A la suite d'une discussion, R... est renvoyé et se trouve sans emploi. Il va habiter Vincennes (1884). Là, « *le chantage a commencé* ». « Il va chercher les cocottes dans le bois », entendait-il crier. « C'est un coureur de femmes ». Sa femme entendait aussi des injures. La nuit, on criait : « R... est un c... ». Au marché, on accusait la femme d'être une voleuse, de ne pas payer son loyer. Deux ou trois fois, elle est allée à la gendarmerie vider son panier pour montrer qu'elle n'avait pas volé de pommes. Chez elle parfois, *elle écoutait ses voix auprès du mur* et *leur répondait;* le mari, très impressionné, croyait fermement aux voix de sa femme.

Une jeune nièce de sa femme étant venue passer quelque temps chez eux, R... s'entend accuser d'en avoir fait sa maîtresse; « nous félicitons le vieux » disait-on.

La concierge s'en mêlait aussi. R... l'ayant frappé un jour, dut quitter la maison.

Dans son nouveau logement, faubourg Saint-Antoine (1885), *le chantage* continue de plus belle. Tous les maraîchers, tous les marchands, qui passaient sous ses fenêtres, criaient, « braillaient » des injures : *la femme ne paie pas sa viande, ses légumes; R... est un idiot, un c...., un cochon, il a fait un enfant à ma fille;* etc.

Une circonstance, véritablement dramatique, vint à ce moment démontrer à R... que tous ses malheurs pouvaient bien n'être que le résultat d'un état maladif.

Il se trouvait sur la place de l'Hôtel de Ville, examinant la

©BIUM

façade du monument, lorsque, tout d'un coup, il entend très distinctement ces paroles : « *Tiens, le voilà, ce vieux cochon !* » Il se retourne furieux; personne! la vaste place était vide! « *Voilà que j'ai la maladie de ma femme!* », s'écrie-t-il. Mais cette démonstration réellement saisissante et dont la force ne lui échappait nullement, reste sans effet, et l'évolution délirante continue, renforcée et activée par l'hallucination auditive.

On lui parlait souvent, sans s'expliquer davantage, *du coup de la grande épée*. Les voix venaient de la cour de la maison et les insulteurs se cachaient soigneusement derrière les persiennes fermées. Un jour, n'y tenant plus, il s'écrie : « Vous m'embêtez avec votre grande épée, descendez donc! » Il va dans la rue avec une épée, et, naturellement, n'y trouve personne. Quelques jours plus tard, même scène, mais, cette fois, avec un revolver. R... provoque ses adversaires à « *un combat loyal* »; il descend dans la rue, fait une croix sur un volet, compte quinze pas et attend... en vain.

A la suite de tous ces incidents. R... en était arrivé à un état d'excitation cérébrale très intense; les hallucinations ne lui laissaient aucun répit. Enfin, un jour qu'il était tourmenté plus cruellement encore que de coutume : « *R... est un c..., sa femme l'a trompé pendant la guerre, elle a eu des chancres et il ne s'en est seulement pas aperçu, c'est une andouille* », il perd patience; sur ce mot *andouille*, il se lève de table et court porter plainte chez le commissaire de police. Ce dernier, comprenant la situation, envoie R... au dépôt (décembre 1885), d'où il passe à Sainte-Anne, dans le service du professeur Ball.

L'excitation qu'il présentait au moment de l'entrée diminue assez rapidement, et R... offre bientôt l'aspect d'un homme calme, d'une intelligence nette et assez développée, étant donnés le milieu social et le degré d'instruction. Quoique un peu inquiet et visiblement préoccupé, il n'est pas réticent. Il parle assez volontiers de ses misères, entre dans les détails et admet que sa femme est malade, bien qu'il n'ait aucun doute sur la réalité *des voix* qu'ils ont entendues tous les deux. D'ailleurs, les hallucinations de l'ouïe sont à l'asile aussi intenses, aussi fréquentes qu'au dehors; ce sont à peu près les mêmes insultes : il est un coureur de femmes, sa femme l'a trompé, ils sont des voleurs tous les deux, etc... Les voix se font entendre plus particulièrement la nuit.

C'est ici que l'observation de R... prend une physionomie

©BIUM

particulière, qui la distingue de la plupart des faits connus de folie à deux. Dans ce drame délirant, R... représente ce que l'on est convenu, depuis Lasègue et Falret, d'appeler le *sujet passif*, celui qui a déliré le second et sous l'influence du premier.

Dans l'immense majorité des cas, ce délire, communiqué ou imposé, s'atténue plus ou moins vite jusqu'à disparaître souvent. Ici, il ne s'atténue pas, il ne s'immobilise même pas, il se développe et *il va évoluer* suivant le type classique du délire des persécutions.

De telle façon que chez R... l'influence morbide n'a pas seulement consisté dans la communication d'idées délirantes plus ou moins vraisemblables, plus ou moins cohérentes, mais bien dans le développement d'un délire nettement systématisé, d'une véritable maladie à symptômes et à évolution définis.

Un autre malade de la salle lui dit un jour avoir lu dans la *Lanterne* qu'un sous-officier d'artillerie, décoré, a violé une petite fille. — « Evidemment, dit R... c'est moi qu'on a voulu désigner. » Il entre en fureur et prend la résolution d'aller trouver, une fois sorti, le rédacteur du journal pour lui demander une réparation par les armes. L'auteur de cette calomnie ne peut être que *le policier de Plaisance ;* contre celui-ci sa colère est très vive. A la question : « Que feriez-vous si vous sortiez ? » il répond d'un air sombre : « Certainement je ne suis pas un assassin ! » Si on le presse, il ajoute : « Je lui proposerais un duel, et s'il était trop lâche, nous désignerions à pile ou face celui qui doit brûler la cervelle à l'autre... Si, au début, j'avais cassé la tête à cinq ou six, tout serait fini depuis longtemps. »

Quelques jours plus tard, R... déclare *qu'il faut en finir, qu'il veut sortir pour en tuer trois ou quatre.* « Sa situation est affreuse, un sous-officier qui porte la croix ne peut être plus longtemps injurié ainsi et montré au doigt. Le principal instigateur des persécutions est l'inspecteur de la Sûreté, *l'homme de Plaisance* », etc.

Comme il est de règle chez le vrai persécuté, l'imagination de R..., toujours en travail, toujours livrée à une sorte de rumination du passé, et, dans ce passé, ne voyant guère que les menus détails, a fini par ressusciter un fait sans importance (Lasègue), qui, par une véritable récurrence, est devenu le point de départ et comme le pivot du délire, auquel il fournit tout à la fois un aliment et une explication logique, je ne dis pas raisonnable. En 1866, au Mexique, dans une retraite, on avait

©BIUM

volé la cantine de R... Il aurait pu, dit-il, faire fusiller ses canonniers, mais il n'a pas voulu porter plainte, et il a trouvé moyen d'arranger l'affaire, de façon qu'elle n'eût aucune suite. Cependant les voleurs qui, depuis, ont quitté l'armée, lui ont gardé rancune de ses soupçons et dirigent *tout le chantage* sous l'inspiration de *l'homme de Plaisance.*

D'ailleurs, ses voix lui ont bien dit, un jour, faubourg Saint-Antoine : « *Et quand on a volé sa cantine, avons-nous ri! on a bu un bon coup à sa santé!* »

Le délire n'est pas resté limité aux idées de persécution ; des idées ambitieuses encore confuses ont apparu. R... prétend qu'on le tourmente ainsi *dans un but politique;* en sa qualité d'ancien soldat, on le soupçonne d'être bonapartiste. Quand on lui fait observer qu'il est un trop mince personnage pour gêner qui que ce soit et pour qu'on s'attaque à lui dans un but politique, il répond que, s'il ne *les* gêne pas maintenant, il pourra *les* gêner plus tard avec *son association* projetée *d'anciens militaires*, laquelle pourra *faire une révolution.* Il a une certaine fortune, beaucoup de relations parmi les généraux, etc.

En mai 1888, il a rédigé un factum ayant pour titre : « *Réflexions sur la Commune* » ; il s'adresse aux chefs de la Commune, les blâme de leurs sentiments haineux envers l'armée et les exhorte à la concorde, etc. R... est ordinairement très calme, très poli, son intelligence n'est en rien affaiblie, sa mémoire est excellente. Les rares visites de sa femme exercent sur lui une fâcheuse influence, son délire habituel est comme fouetté par le contact du délire de sa femme, plus délirante et plus hallucinée que jamais. Après ces visites, R... est nerveux, irrité ; il se plaint et menace. C'est alors surtout qu'il est prolixe dans ses confidences, qu'il demande à sortir « pour en finir, pour en tuer trois ou quatre. »

Jusqu'aux premiers mois de 1889, R... est resté dans le même état, aussi délirant, aussi halluciné ; la nuit, on passe sous les fenêtres de la salle en criant : « *Il est bien, là-haut, le vieux!* » On l'accuse toujours d'être un coureur de femmes. Si les autres malades n'entendent rien, dit-il, c'est qu'ils dorment. Il a toujours les mêmes sentiments de colère et de vengeance contre le journaliste qui l'a injurié.

Il admet parfaitement que sa femme est malade et qu'elle a besoin de soins ; il voudrait la décider à entrer à Sainte-Anne. Quant à lui, il juge qu'il a été malade, mais qu'il est guéri maintenant.

©BIUM

Dans le courant de 1889, R... paraît beaucoup plus calme ; il conserve néanmoins ses convictions délirantes et ses hallucinations. Sur ses instances répétées, il est mis en liberté le 5 mai 1890. Je n'ai pu savoir ce qu'il était devenu depuis.

Deux choses sont à noter dans cette observation : d'abord, les raisons de l'influence de Mme R... sur son mari ; ensuite, la progression de cette influence dans l'esprit de R... et la marche de son délire une fois constitué.

Mme R..., nous l'avons dit, est intellectuellement très inférieure à son mari. Elle est pourtant le *sujet actif*, et cela s'explique sans difficulté. Si elle est peu intelligente, elle est volontaire jusqu'à l'extrême entêtement. Par cela même que son cerveau est fermé à toute pénétration, dès qu'elle aura adopté une idée, elle s'y attachera avec un acharnement passionné, avec une tenacité impitoyable, sans que rien du dehors puisse l'en distraire. Nous savons par son mari que Mme R... portait cette force et cette continuité de volonté, même dans les choses insignifiantes. Or, c'est par la volonté, par le caractère, que l'on agit sur son entourage, beaucoup plus que par l'intelligence. Aussi, R..., plus intelligent que sa femme, mais d'un caractère plus faible, joue-t-il le rôle passif dans le délire, comme il l'a joué dans le ménage. Il a résisté pendant six ans, mais, en définitive, il a succombé. Mme R..., plus lettrée, aurait pu, suivant un mot historique, expliquer son action prépondérante « par l'ascendant d'une âme forte sur une âme faible. »

Il y a, dans le cas de R..., une gradation remarquable de l'influence morbide dont il importe de fixer les étapes. C'est *vers* 1877 que sa femme, malade depuis deux ou trois ans, lui fait ses premières confidences. R... n'y prête d'abord qu'une faible attention. Puis, comme sa femme revient tous les jours à la charge, comme aussi les faits dont elle parle n'ont en somme rien d'absolu-

©BIUM

ment invraisemblable, il en vient à se demander s'il n'y aurait pas dans tout cela une part de vérité. Les quelques démarches qu'il fait pour s'éclairer le confirment dans son idée première, à savoir que sa femme déraisonne. Et malgré l'acharnement que met celle-ci à le fatiguer de ses plaintes et de ses accusations, malgré le redoublement de mauvaise humeur dont il a à souffrir, R... résiste toujours ; il est d'ailleurs protégé par ses occupations qui le retiennent hors de chez lui toute la journée. Mais l'année 1882 est mauvaise pour lui : les bizarreries de sa femme l'ont déjà brouillé avec tout le monde ; des ennemis, qu'il doit à ses fonctions, lui font toutes sortes de misères ; enfin, il perd sa place et, pour quelque temps, son gagne-pain. Avec cette place, il ne perd pas seulement son gagne-pain, il perd aussi sa protection la plus efficace contre le délire de sa femme. Celle-ci triomphe d'abord contre lui de toutes ces épreuves, de leur malheur commun ; elle y voit une démonstration formelle du bien-fondé de ses plaintes, de la supériorité de ses prévisions. Ensuite, ayant plus souvent son mari auprès d'elle, son action dissolvante en est aggravée d'autant. Sans trêve, à propos des faits de chaque jour, elle réitère ses accusations ; en sa présence, elle engage à travers les murs des discussions passionnées avec ses interlocuteurs imaginaires, elle gesticule, elle s'indigne. R... est très impressionné par ce spectacle dramatique, et comme à l'incessante action du délire de sa femme sont venues se joindre, pour ébranler sa résistance cérébrale, ces influences dépressives sur lesquelles M. Régis a insisté avec tant de raison, il est entraîné peu à peu. Il se dit que tous ces pénibles incidents, que tous ces malheurs qu'il ne peut s'expliquer, pourraient bien avoir leur cause dans cette malveillance générale dont lui parle constamment sa femme depuis six ans. De là, une inquiétude, une surexcitation céré-

©BIUM

brale qui s'accroît de jour en jour. Sur un terrain aussi bien préparé, l'hallucination ne tardera pas à germer. Et quand elle apparaît brutale, indéniable (scène de la place de l'Hôtel de Ville, 1885), R... conserve encore assez de rectitude de jugement pour comprendre qu'il est atteint « de la maladie de sa femme ». Mais, dès ce moment, il est perdu. L'hallucination l'entraîne toujours plus avant. Il est interné loin de sa femme, mais il continue à délirer activement. Son délire, une fois établi, se systématise et, de plus, il évolue. Aux idées de persécution qu'il tenait de sa femme, et qu'il a du reste fort développées, R... ajoute, pour son compte personnel, des idées de grandeur qui compliquent et complètent les premières. Au moment où nous le perdons de vue, *cinq ans* après avoir été séparé de sa femme, il est toujours délirant et halluciné.

Un dernier détail mérite de nous retenir. Les antécédents héréditaires de R... sont nuls, ou du moins le paraissent. Si l'on voulait absolument trouver chez lui, pour expliquer sa réceptivité, une prédisposition particulière, on pourrait invoquer avec vraisemblance l'insolation, accompagnée d'accidents cérébraux graves, qui l'avait atteint au Mexique. Cette insolation aurait créé une tare cérébrale, à laquelle se rattacherait l'aptitude à délirer sous l'influence si longtemps prolongée de sa femme.

Quoi qu'il en soit de cette dernière hypothèse, il reste qu'*une forte prédisposition héréditaire*, n'est pas aussi indispensable que le pense M. Marandon de Montyel (1) au développement de la folie communiquée.

CONCLUSIONS.

Nous dégagerons, des trois observations que nous avons rapportées, les conclusions suivantes :

(1) Loc., cit.

©BIUM

I. — Au point de vue *clinique*, on peut considérer, à l'exemple de M. Marandon de Montyel, mais en élargissant leur compréhension, trois formes de folie à deux :

1° *Folie imposée*, type Lasègue-Falret. Elle est caractérisée par un *minimum de résistance* de l'élément passif contre l'élément actif. Il arrive le plus souvent que l'influence morbide ne va pas jusqu'à rendre le second sujet franchement aliéné. Dans certains cas, il le devient, jusqu'à l'hallucination inclusivement, toutes les autres conditions indiquées par Lasègue et Falret, restant d'ailleurs les mêmes (Observation I).

C'est dans cette forme que la séparation des deux malades s'impose et qu'elle donne les meilleurs résultats.

2° *Folie simultanée*, type Régis. Ici, l'influence de l'un des malades sur l'autre est négligeable, chacun d'eux se trouvant dans des conditions de *prédisposition*, de *milieu* et de *moment* suffisantes pour provoquer le développement de la folie (Observation II).

La séparation, dans les faits de cet ordre, n'a pas d'action curative spéciale, mais elle est utile encore, en ce sens qu'elle diminue l'éréthisme cérébral et la tendance aux actes dangereux ou délictueux. Pratiquement, la séparation doit donc être conseillée.

3° *Folie communiquée* véritable, dans laquelle la résistance du sujet influencé est *à son maximum* ; il ne succombe qu'après une longue lutte qui épuise toute sa résistance cérébrale (Observation III). La communication va toujours, dans cette forme, jusqu'à l'aliénation confirmée. Comme dans la folie simultanée, la séparation ne met pas fin au délire du sujet passif ; ce délire continue à se développer suivant sa nature propre.

II. — La folie imposée et la folie communiquée ne se distinguent que par l'intensité de la transmission,

©BIUM

par la persistance, après la séparation, du délire chez le second malade. Si ces deux formes présentent une *différence clinique*, importante, elles doivent *être réunies, au point de vue psychologique*, sous la dénomination de *folie communiquée*.

III. — Dans le développement de toutes les formes de folie à deux, on retrouve trois conditions communes : *a*) *une certaine prédisposition chez les deux malades;* nous avons vu (Obs. III) que, même chez le sujet influencé, cette prédisposition pouvait ne pas tenir à l'hérédité névropathique ; — *b*) *une intimité prolongée et absolue, échappant à toute influence extérieure;* — *c*) *la vraisemblance du délire, au moins au début*.

Cette dernière condition pourrait aider à expliquer ce fait, que la plupart des cas publiés de folie à deux, *appartiennent au délire de persécution*. De tous les délires partiels, le délire de persécution est, en effet, celui qui présente le plus de vraisemblance et de logique, celui qui heurte le moins les idées reçues et qui s'adapte le plus aisément à tous les milieux sociaux.

La nécessité de la vraisemblance du délire apparaît surtout dans la *folie imposée* et dans la *folie communiquée*, lesquelles supposent, en outre, une *supériorité morale* du premier malade sur le second.

©BIUM

UN CAS
DE
FOLIE POST-CHOLÉRIQUE
A FORME DE CONFUSION MENTALE PRIMITIVE

Par le Dr SÉGLAS
Médecin suppléant de la Salpêtrière.

Nous avons pu observer récemment, avec notre excellent maître, le Dr Ch. Fernet, un cas de folie post-cholérique. Nous avons cru intéressant de le rapporter pour plusieurs raisons, la forme qu'a revêtue la maladie étant peu étudiée actuellement, du moins en France, d'autre part, cette observation nous semblant présenter certaines particularités intéressantes. Bien que nous n'en rapportions ici que les traits principaux, la malade a été suivie très attentivement, pendant toute la durée de sa maladie, dans des conditions d'observation particulièrement rigoureuses. Si cela a pu faire noter bien des points cliniques qui eussent passé inaperçus, cela était de plus nécessaire au point de vue du traitement, surtout du traitement moral, qui a été surveillé de très près et dirigé, dans tous ses détails, par M. Fernet, d'après les indications générales prises en commun suivant l'état de la malade.

Observation.

Mme X..., âgée de trente-deux ans.

Antécédents de famille. — Une grand'tante maternelle aurait

©BIUM

présenté des troubles mentaux. Manifestations arthritiques chez divers membres de la famille.

Antécédents personnels. — Mme X... a toujours été assez nerveuse, d'une émotivité extrême ; pour une contrariété quelconque, elle était prise de crispations, de tremblements suivis d'un état d'affaiblissement général. Pas de manifestations morbides de caractère déterminé du côté du système nerveux ou de l'état mental.

Asthme des foins; angines herpétiques fréquentes, présentant cette particularité d'être accompagnées d'un délire assez intense, durant parfois toute une journée. Cette aptitude à délirer se manifeste, non seulement à l'occasion d'un état fébrile ou infectieux, même léger, mais encore sitôt que la malade est mise à la diète.

En 1891, endométrite et curettage; il est à noter à ce propos que la malade avait été très frappée de la perspective de cette opération et avait même fait son testament trois mois avant de la subir.

Troubles dyspeptiques: estomac légèrement dilaté, constipation.

Début de la maladie mentale. — Vers la fin de juillet, la malade contracta la rougeole, dont un de ses enfants avait été atteint et, peu de temps après, une angine herpétique. Une fois remise, elle partit pour une ville d'eaux. Là, presque dès son arrivée, à la fin d'août, elle fut prise d'une attaque extrêmement violente de diarrhée cholériforme ; elle fut alors mise à la diète et traitée pendant quelques jours à grands renforts de champagne et de rhum.

Au bout de trois jours, les accidents cholériformes s'étant considérablement amendés, survinrent tout d'un coup, brusquement, les troubles délirants. Envisagés dans leur ensemble, ils semblent avoir consisté en un état de confusion mentale avec hallucinations et exaltation intellectuelle. La malade était très agitée, violente même, il fallait plusieurs personnes pour la maintenir, elle bavardait continuellement, chantait même parfois, elle ne prononçait que des paroles décousues, n'émettait que des idées incohérentes. Elle avait perdu la notion du temps et ne se rendait que très imparfaitement compte du lieu où elle se trouvait. Elle répétait souvent qu'elle était morte, semblait se préoccuper beaucoup de l'état de son utérus. Elle paraissait souvent avoir peur, elle prenait le bruit des serrures, des portes, pour celui de cercueils que l'on fermait. Elle parlait

©BIUM

souvent de guêpes qui la piquaient : il est bon de remarquer à ce propos qu'il y avait effectivement des guêpes et qu'on lui faisait des piqûres de morphine. Toutefois, elle semble avoir eu de véritables hallucinations. C'est ainsi que, par moments, elle disait voir des lions ; d'autres fois, elle avait comme des extases, restait les yeux fixes et parlait du ciel, des anges... Un jour, elle s'immobilisa dans la position d'un cadavre couché dans un cerceuil en disant : « Je suis morte. » Ses membres étaient raides comme du fer et on ne pouvait parvenir à les plier. Cet état de raideur musculaire s'est présenté à plusieurs reprises. De plus, elle avait des impulsions subites, se précipitant tout d'un coup vers les fenêtres ou dans la cheminée, sitôt qu'on allumait du feu.

Au bout de quelques jours, la santé physique n'étant plus inquiétante et l'état d'agitation étant beaucoup moins accentué, la malade fut transportée chez elle, à Paris. Elle s'est rendue compte qu'elle voyageait, mais c'est tout ; en rentrant, elle a reconnu parfaitement son domicile. Depuis cette époque jusqu'au jour où nous la vîmes, son état n'a pas présenté de modifications sensibles.

État actuel, 5 octobre 1892. — Physionomie amaigrie, fatiguée ; teint terreux, décoloré. Expression, en général, plutôt égarée qu'inquiète ; par moment même, comme hébétée, niaise d'autres fois, la malade a l'air d'avoir peur. Pas de désordre de la chevelure, du vêtement.

L'interrogatoire de la malade est extrêmement difficile. On a toutes les peines du monde à fixer son attention quelques instants. Il faut insister très fortement pour obtenir une réponse en général très brève, et, après quelques mots, la malade repart dans un bavardage incohérent et sans fin. Parfois même, la réponse n'est pas en rapport avec la question, qui paraît avoir été mal comprise.

C'est là, en effet, le phénomène saillant que ce bavardage continuel, à voix basse et monotone, incohérent, rabâchant un nombre assez limité d'idées et sautant brusquement de l'une à l'autre, offrant en quelque sorte l'aspect d'une rêvasserie murmurée à mi-voix, les yeux égarés dans le vide et sans expression déterminée. Les phrases décousues que l'on peut saisir au passage expriment surtout des idées de caractère mélancolique. « Elle s'est mal confessée, elle est coupable, il faut la mettre en enfer » ; les os ont grossi, le corps est démoli ; elle parle sans cesse de sa matrice, de l'opération antérieure, de ses yeux qui

©BIUM

ne peuvent plus dormir et ne savent plus pleurer, de ses dents. » « Il faut l'enterrer, elle est morte et ressuscitée. » Dans les moments où l'on peut fixer son attention, on peut reconnaître, d'une façon assez certaine, qu'elle ne présente d'hallucinations d'aucun sens.

En revanche, on peut dire que la perception extérieure ne se fait que d'une façon très défectueuse. C'est ainsi que la malade, tout en reconnaissant en général les personnes qui l'entourent, leur trouve des ressemblances avec d'autres personnes ou des expressions de physionomie qui l'inquiètent. Elle ne s'explique pas du tout la présence des sœurs qui la gardent, et dont la physionomie lui semble étrange : de même, une de ses domestiques, qu'elle affectionnait beaucoup avant sa maladie, lui semble changée de figure, et d'allure bizarre et même, par instants, elle émet à son sujet de vagues idées de persécution. Elle trouve étrange que son mari ne partage plus sa chambre, ne peut se rendre compte pourquoi son lit est changé de place, pourquoi il y a des bougies d'allumées sur une table, pourquoi les volets sont clos, pourquoi certains meubles de sa chambre ont été déplacés. C'est là pour elle des sources continuelles d'inquiétude. Elle tressaille également au moindre bruit qu'elle entend, s'inquiète des plus petits gestes des personnes qui l'entourent.

D'autre part, il ressort de ce que nous avons dit plus haut du délire de la malade, que ces troubles pathologiques n'intéressent pas que la perception externe, mais s'étendent aussi aux données de la perception interne, se résolvant en dernier terme dans les idées délirantes, ci-dessus énoncées et que nous retrouvons encore par la suite.

Avec de pareils troubles de la perception, il n'est pas étonnant qu'on puisse rencontrer des désordres considérables de la mémoire. Ces derniers se présentent sous divers aspects. C'est ainsi, qu'au cours du bavardage incessant de la malade, on s'aperçoit que la mémoire des faits antérieurs à la maladie est conservée, on pourrait même dire exagérée, car elle rappelle souvent de menus détails parfaitement insignifiants. De plus, il n'y a pas seulement reviviscence automatique des souvenirs liés à cette période de la vie, mais la malade peut les rappeler d'elle-même lorsqu'on réussit à fixer son attention sur un des faits qui leur a donné naissance.

En revanche, lorsqu'on s'adresse aux souvenirs des faits postérieurs de la maladie, on constate aisément des lacunes énormes

©BIUM

de la mémoire. Il n'y a que quelques faits épars de conservés, ceux qui, sans doute, ont le plus frappé la malade ; encore ne le sont-ils que d'une façon très imparfaite. Elle se souvient vaguement de son attaque cholériforme, mais ne sait pas du tout en quel lieu elle était ; vaguement aussi elle se rappelle son voyage, et ne parle à ce propos que du train où elle était enfermée, du bruit que cela faisait. D'autres menus événements sont également conservés, mais d'une façon défectueuse, avec l'interprétation qu'y avait attachée la malade. Sauf quelques rares faits épars de ce genre, toute la période de temps écoulée depuis sa maladie est, en somme, comme non avenue pour elle. Cette pénurie des souvenirs, diminuant les points de repère nécessaires, explique aisément la perte de notion du temps des plus accentuées dans ce cas.

Cet aspect particulier des troubles de la mémoire n'a, en définitive, rien d'extraordinaire. Si les faits antérieurs à la maladie peuvent renaître ou être rappelés volontairement, c'est qu'ils avaient été à l'origine bien compris ; tandis que le défaut de perception, de synthèse mentale que nous constations plus haut, explique parfaitement les lacunes et l'infidélité de la mémoire relativement aux faits postérieurs à la maladie, mal perçus, mal syntéthisés, peu nets dans la conscience.

Les sentiments affectifs semblent, jusqu'à un certain point, conservés : M^me^ X... s'inquiète beaucoup de ne pas voir ses enfants, leur nom revient souvent dans ses bavardages, ainsi que celui de ses parents. Elle s'inquiète également beaucoup de son mari, est plus calme lorsqu'il est là, se précipite à sa suite lorsqu'il s'absente ; c'est même la seule personne de sa famille qui ait conservé quelque autorité sur elle, envers qui elle se montre docile, dont la parole peut le mieux interrompre ses bavardages et fixer un instant son attention.

Notons encore l'existence d'impulsions subites. Le plus fréquemment, la malade se précipite brusquement vers une fenêtre, vers la cheminée, ou bien se serre le cou avec la main. Ces impulsions ne sont nullement réfléchies et ne résultent pas d'idées de suicide arrêtées. Elles se produisent subitement et sont aussi peu consistantes que le délire. Lorsqu'elle se précipite vers une fenêtre, il suffit que son mari, sans déployer de contrainte, la retienne un peu et lui parle un moment pour faire avorter l'impulsion. D'autres fois, les impulsions déterminent des actes violents sur les personnes de l'entourage, actes peu dangereux en fait et d'aussi peu de durée que les

©BIUM

autres. D'autres fois, elle se crispe sur son siège ou se lève brusquement pour se rasseoir aussitôt. A côté de ces raptus impulsifs, existent des sortes de mouvements automatiques, des tics, comme de se gratter la cuisse, etc. ; mais il n'y a que peu d'agitation motrice, et seulement par intervalles.

Le plus souvent, la malade reste tranquille, se bornant à marmotter des phrases incohérentes. Elle présente des alternatives irrégulières de dépression ou d'inquiétude. Parfois, elle semble angoissée et porte la main à sa poitrine. En général, elle est beaucoup plus bavarde et incohérente le matin, plus affaissée le soir ; assez calme la nuit. Par instants, il se produit dans son état mental comme une éclaircie, de très courte durée d'ailleurs ; elle semble à ce moment avoir une demi conscience de son état, elle dit alors *se trouver dans un rêve et parle du chaos qu'il y a dans sa tête.*

Au point de vue physique, il est bon de noter l'amaigrissement considérable de la malade. Absence de fièvre. Les pupilles sont égales et réagissent bien à la lumière, il n'y a pas de tremblement. La parole ne présente aucun embarras. On ne constate pas la présence de *stigmates hystériques* ; il semble y avoir un certain degré d'analgésie, explicable, d'ailleurs, par l'état de distraction de la malade.

Les fonctions digestives se font assez bien : la langue est un peu blanche, la malade s'alimente bien, mais mange automatiquement ; tendance à la constipation.

Rien aux poumons, ni au cœur : pas de troubles vaso-moteurs des extrémités.

L'analyse des urines ne révèle qu'une légère augmentation des phosphates terreux.

Utérus petit, bien en place, n'offrant rien de particulier à l'examen. Menstruation suspendue depuis deux mois. Sommeil le plus souvent calme et sans qu'il soit besoin de recourir tous les jours à des hypnotiques.

Pas de vices de conformation.

7 *octobre.* — L'état intellectuel s'est encore aggravé. La physionomie est égarée, hébétée, parfois inquiète ; en parlant, la malade grimace par instants comme prenant un ton larmoyant, sans que cette expression mimique, d'ailleurs, soit nullement en rapport avec un état émotionnel quelconque, car elle ne concorde nullement avec l'attitude générale de la peine ou de l'angoisse. La confusion mentale est absolue, la malade s'abandonne, sans trêve aucune, à un bavardage incessant à voix peu

©BIUM

élevée, sans éclats, comme une sorte de rêvasserie parlée. Les idées n'ont aucune suite, tout va à la dérive et ce n'est qu'une succession de lambeaux de phrases incohérents. « J'aime les visites... mes enfants... je suis fille unique... riche... ruinée... tous les domestiques tremblent... pourquoi ? Les médecins coûtent cher, qui les paiera ?... et les gardes... Abattez-moi ici, il faut mourir... abattez-moi, je veux mourir étant M^me^ X..., etc. » Il est absolument impossible d'interrompre un instant le cours de ce bavardage, de faire cesser cet état de rêve, de distraction continuelle pour fixer, si peu que ce soit, l'attention de la malade. Le moindre bruit suffit même pour détourner le cours de son bavardage, sans l'interrompre, d'ailleurs, et provoquer chez elle des expressions d'inquiétude, de crainte vague.

Il n'y a toujours pas d'agitation motrice. Les raptus impulsifs sont extrêmement fréquents et se présentent toujours avec les mêmes caractères. C'est surtout la précipitation vers une fenêtre, l'acte de se serrer brusquement le cou avec les mains, un mouchoir, une serviette, d'autres fois elle se jette brusquement sur ses gardes. Les tics signalés précédemment existent toujours, notamment celui de se gratter la cuisse. Les sortes d'éclaircies momentanées, où la malade semblait avoir un peu conscience de son état, ne se manifestent plus ; de même, les intervalles de dépression sont plus rares ; toujours c'est cet état d'égarement, de confusion mentale qu'on observe avec ce bavardage incohérent, sans agitation motrice, mais interrompu seulement par des raptus impulsifs.

Gâtisme intermittent et rare dans le lit ou les vêtements : la malade s'amuse même à malaxer avec les mains ses matières fécales. Elle ne prend d'ailleurs par elle-même aucun soin de sa toilette ; une fois habillée, elle ne défait cependant pas ni sa coiffure, ni ses vêtements. Notons ce petit fait qui, eu égard à l'éducation de la malade et à son milieu social, a une certaine importance, c'est que, au cours de l'examen, elle laisse échapper des gaz par l'anus et sans avoir l'air de s'en préoccuper le moins du monde.

Il n'y a toujours pas de symptômes physiques. Elle s'alimente bien, quoique d'une façon toujours automatique... Sommeil moins bon.

3 *novembre*. — L'état précédent a duré plusieurs jours, puis ensuite s'est atténué un peu et petit à petit. L'état d'excitation, le parlottage, sont moins accentués, la confusion mentale existe toujours. Cependant, on a pu arriver à fixer un peu plus long-

©BIUM

temps l'attention de la malade. Elle exprime toujours des idées d'humilité très confuses, très mobiles, qu'elle abandonne de suite lorsqu'on les lui démontre être absurdes, mais pour les reprendre un instant après. Elle craint d'être ruinée, s'inquiète des dépenses de loyer, de table, des gages des domestiques, des honoraires des médecins. Elle veut être fille de cuisine ; d'ailleurs, elle a le corps de sa femme de chambre, dont on lui a substitué les ossements. Elle a des dettes, on la mènera en prison, devant les tribunaux ; son nom est déjà dans les journaux. Un jour, dans une de ces sorties qu'on lui fait faire maintenant, un pauvre lui demandant l'aumône, elle répondit d'un ton lamentable : « Mon pauvre ami, je n'ai plus rien, je suis aussi pauvre que vous. » Toutes ces idées délirantes sont exprimées une à une, d'une façon décousue, sans suite, et sans s'accompagner de désordres émotionnels. La malade s'inquiète toujours du moindre bruit, ne pouvant lui donner une signification précise ; comme auparavant, elle se rend très mal compte et se préoccupe des petits changements apportés dans la disposition de son appartement. Elle trouve toujours aux personnes qu'elle voit toutes sortes de ressemblances.

Les raptus impulsifs sont devenus aussi beaucoup moins fréquents : elle ne se précipite plus comme autrefois vers les fenêtres. Souvent elle se prend encore le cou avec la main ; mais en fait, elle n'a pas d'idées suivies de suicide. Un jour, qu'on la voyait se frotter très légèrement le cou, on s'est aperçu qu'elle se faisait de petites égratignures très superficielles avec la pointe de ciseaux à ouvrage. C'était, dit-elle, pour se faire un signe de reconnaissance à la tête, car elle n'a plus sa tête à elle, on lui a substitué des ossements de femme de chambre, elle est toute changée (1). Aussi demande-t-elle sans cesse à son mari de la reconnaître publiquement pour sa femme. En général, elle est docile, nullement agitée ni violente ; cependant, une fois, elle a donné un coup de poing dans la figure de sa garde, qui voulait l'empêcher de sortir de sa chambre, et quelques bourrades aux sœurs qui la veillaient.

Étant donné que, par instants au moins, plus nombreux et plus prolongés, la confusion mentale faisait un peu trêve et qu'il était possible de fixer l'attention de la malade, on a essayé, dès ce moment et petit à petit, de l'intéresser à son milieu. On a pu

(1) Nous avons déjà fait allusion plus haut aux troubles de la perception interne comme fondement de ces idées délirantes.

©BIUM

progressivement arriver à lui faire prendre ses repas à la table commune de la famille, et à lui faire prendre part à la conversation, banale il est vrai, qu'on y tient. Pendant ce temps, elle ne délire pas. Elle mange convenablement, sans chercher à se faire du mal avec son couteau ou sa fourchette, et pas d'une façon automatique. On la laisse circuler plus librement dans l'appartement et elle ne cherche pas trop à s'échapper. On a même tenté plusieurs sorties qui se sont très bien passées et même on l'a menée rendre visite à ses parents, chez qui elle s'est bien tenue. Comme on avait remarqué que, sitôt rendue à elle-même, elle repartait dans son bavardage confus et incohérent, on s'est appliqué de cette façon à distraire et à exercer en même temps son attention. On a pu, en s'y reprenant, il est vrai, à bien des reprises, lui faire écrire des lettres à ses enfants, à des membres de sa famille. On y trouve bien des mots répétés, quelques phrases décousues; mais, en général, les idées s'enchaînent, les sentiments affectifs, maternels, religieux sont bien exprimés et dans une juste mesure.

Cependant il faut toujours s'occuper de la malade. C'est ainsi, pour donner un autre exemple, qu'elle fait seule sa toilette, mais d'une façon automatique et qu'elle n'est complète que si on insiste à plusieurs reprises.

Gâtisme intermittent, mais rare; prend encore par moments ses matières fécales avec les doigts. Elle semble engraisser. Sommeil assez régulier. Il est à remarquer que les nuits les meilleures sont suivies, au matin, d'un état de confusion intellectuelle beaucoup plus accentué. D'ailleurs, la confusion est, d'une façon générale, plus accentuée le matin; la journée se passe dans des alternatives d'un bavardage moins fréquent que jadis et plus souvent de dépression. Vers le soir, l'état est meilleur, la confusion moins grande, l'attention plus facile à éveiller.

Ce jour-là (3 novembre), la malade nous reconnaît et nous accueille fort bien à notre entrée. Le teint est plus clair, les traits moins tirés et moins amaigris. Elle reste tranquille tout le temps de la consultation, sans les raptus moteurs si fréquents autrefois. La physionomie est, en général, moins égarée, parfois cependant reste comme étonnée. Elle tressaille toujours au moindre bruit, et bavarde toujours d'une voix basse et monotone, exprimant les mêmes idées énoncées ci-dessus; c'est une divagation incohérente, une suite d'idées très mobiles et peu consistantes, dont elle reconnaît le peu de fondement quand on le lui fait observer, quitte à les énoncer de nouveau

©BIUM

quelques instants plus tard, toujours de la même façon monotone.

On peut aujourd'hui fixer son attention plus facilement et plus longtemps, et obtenir d'elle quelques réponses sensées. On constate ainsi aisément les désordres intellectuels fondamentaux que nous avons signalés au début. Les opérations de synthèse mentale sont toujours très difficiles ; la perception extérieure incertaine, indécise, et la malade semble demander, même lorsqu'elle ne fait pas d'erreur, une confirmatiom de sa manière de voir. La notion du temps existe maintenant assez précise pour les faits très récents, mais ceux du début de la maladie sont toujours non avenus pour la malade ; et sa mémoire reste, à ce propos, dans l'état signalé précédemment. Aujourd'hui, elle sait le jour, le mois, l'année, parle de certains faits survenus la veille, huit jours avant, les localisant bien dans le temps. Mais elle ne peut donner exactement son âge, celui de ses enfants... J'avais tel âge, dit-elle, quand je suis tombée malade, et, bien que sachant la date actuelle, elle ne peut encore faire le calcul nécessaire pour établir son âge précis. Ses souvenirs sur le début de sa maladie sont toujours dans le même état. Les sentiments affectifs subsistent ; elle demande sans cesse à voir ses enfants, voudrait s'occuper de leur éducation, reprendre sa vie antérieure...

Sitôt qu'on cesse de fixer son attention, et qu'on l'abandonne à elle-même, elle repart dans ses idées incohérentes, son bavardage sans suite, qui est, dit-elle, plus fort qu'elle. Elle se rend bien compte, par moments au moins, de son état, lorsqu'elle dit que c'est toujours un *chaos* dans sa tête, qu'elle a peur de dire des bêtises et que, cependant, elle ne peut s'empêcher de parler.

A la fin de l'interrogatoire, on fixe beaucoup moins bien l'attention, et le bavardage, la confusion augmentent notablement.

Cet état d'amélioration a progressé pendant les jours suivants jusqu'au 10 novembre, époque présumée des règles, qui n'ont pas reparu d'ailleurs depuis le début des troubles mentaux. Là, subitement, se produisit une sorte de rechute ; la confusion mentale redevint complète comme au commencement, la malade ne disait plus que des mots décousus, parlait incessamment, chantait, etc..., et il était impossible d'obtenir d'elle une réponse sensée. Cet état dura environ une douzaine de jours, puis, progressivement et d'une façon rapide, l'amélioration reparut comme devant.

©BIUM

29 *novembre.* — La malade ne nous a jamais encore paru aussi bien qu'à cette visite. Son accueil n'a rien de celui d'une malade : toutefois, au bout de quelques instants, la physionomie reprend un air étonné et elle parle en prenant toujours une sorte d'accent attristé, mais monotone, et sans expression émotionnelle véritable.

Elle peut suivre une conversation beaucoup plus longtemp que précédemment : elle parle très raisonnablement de ses enfants qu'elle a vus ces jours-ci, trouvant cette entrevue trop courte, demandant avec insistance à reprendre sa vie de famille. Elle dit qu'elle peut prendre sur elle d'interrompre son bavardage incohérent lorsqu'elle reçoit une visite ; ou alors, si elle parle, c'est à voix basse, à l'oreille de son mari. Elle prétend ne plus avoir besoin de garde la nuit, nous montre le plan de ses journées qu'on lui a établi, l'aquarelle qu'elle fait ; elle joue un peu de musique.

De temps en temps, le facies redevient égaré, et elle reprend son bavardage absurde, portant surtout sur des idées de mort d'enterrement, d'enfer, qui s'associent par assonances. Ainsi, après avoir parlé de l'enfer, elle prononce le nom de la rue Denfert-Rochereau. Elle fait de même des sortes de jeux de mots, employant un même mot dans diverses acceptions.

La notion du temps et la mémoire existent pour les faits récents, mais toujours pas pour ceux survenus au début de la maladie ou pendant la dernière rechute.

Le sommeil est bon : la confusion des idées est toujours plus accentuée le matin. Plus de gâtisme. La malade s'occupe de sa toilette, prend ses repas en famille, commande elle-même les repas, donne quelques ordres, etc. Plus du tout de raptus.

Elle réclame avec insistance ses enfants, disant qu'elle pourra prendre sur elle de ne pas se laisser aller devant eux à son bavardage.

Cette possibilité d'exercer ainsi le pouvoir de la malade sur elle-même, en lui donnant comme objectif la réalisation d'un désir raisonnable qu'elle manifeste, fut toujours utilisé par nous dans la suite et toujours avec de plus en plus de succès. Petit à petit, l'amélioration s'accentua et la malade put reprendre la plupart de ses habitudes antérieures.

27 *décembre.* — Accueil très ouvert, regard expressif, plus de ton pleurard et monotone en parlant ; teint plus coloré, figure beaucoup moins maigre. La conversation est sensée, très suivie, l'attention soutenue, sans fatigue, et l'on ne peut pas provoquer

©BIUM

le retour des anciennes idées. Parfois la malade est distraite un court instant, mais elle ne prononce aucun mot incohérent. C'est toujours le matin que ces tendances à la distraction simple sont le plus manifestes. Elle parle de son délire en le comparant à un rêve, ne se rappelle toujours que quelques événements saillants qui l'ont marqué, et toute la période du début n'a pas laissé de souvenirs dans son esprit. Elle se rend bien compte maintenant de tout ce qui l'entoure, de la marche du temps. Elle travaille et s'occupe toute la journée, fait différentes sorties, reçoit des visites sans fatigue et aspire après le moment prochain où elle partira pour la campagne reprendre complètement, au milieu de tous les siens, son existence régulière. Les règles n'ont pas encore fait leur réapparition.

Février 1893. — Les renseignements nouveaux que nous avons pu recueillir, nous ont appris que la malade était revenue complètement à son état normal. Les règles ont reparu vers le 15 janvier, huit jours après l'arrivée à la campagne.

Comment caractériserons-nous les troubles intellectuels que nous venons de décrire ?

Tout d'abord la lecture de cette observation nous montre bien nettement qu'il s'agit là d'une maladie mentale aiguë. C'est donc parmi les formes aiguës que nous devons chercher à classer le cas actuel, et de plus parmi les variétés simples, primitives ; car nous n'avons relevé aucune constatation capable de faire songer à une affection mentale symptomatique (agent toxique extérieur, épilepsie, hystérie, paralysie générale).

Mais même en restreignant ainsi de cette façon, dès l'abord, le cadre de nos recherches, il nous reste encore à éliminer plusieurs diagnostics.

Résumons d'abord brièvement les traits principaux de la maladie. Au point de vue psychique, les symptômes morbides qui ont fait une apparition brusque, subite, se sont surtout caractérisés, pendant toute la durée de l'affection, par un état de *confusion mentale*, de *chaos*, comme dit la malade, qui en est la manifestation capitale la plus évidente, et qui consistait dans la perte

©BIUM

de l'activité volontaire de l'intelligence, dans un trouble profond de l'exercice volontaire des opérations intellectuelles, troubles de l'attention, de la perception, de mémoire, de la volonté, déterminant un état d'égarement très particulier avec perte de notion du temps, du lieu... A côté de ce défaut de toutes les opérations de synthèse mentale, et sans doute même à cause de lui, se note un désordre profond dans les idées, les actes, qui ne sont plus que des associations ou des réactions involontaires et automatiques ; c'est ainsi que se produisent ces idées délirantes mobiles, inconsistantes, ayant tout l'aspect d'une rêvasserie parlée, les hallucinations du début, les raptus impulsifs, les mouvements automatiques.

Suivant la prédominance de l'un ou de l'autre de ces deux facteurs de la confusion mentale, on voit se succéder des alternatives irrégulières de dépression, ou d'excitation qui, si le courant d'idées automatiques qui la détermine vient à s'atténuer momentanément, peut faire place par instants à un état de demi-lucidité.

Le ton émotionnel est la plupart du temps indifférent, sauf quelques moments d'anxiété, simples épisodes réactionnels provoqués par le désordre des idées.

Du côté physique, il faut noter avant tout l'amaigrissement rapide et accentué, le gâtisme intermittent, la suspension des règles.

Tels sont les différents symptômes qui ont persisté pendant toute la durée de la maladie, plus ou moins accentués, mais toujours sous la même forme.

En n'envisageant, comme nous l'avons dit au début, que les formes aiguës simples de la folie, la question du diagnostic se pose seulement entre la manie, la mélancolie, le délire d'emblée, et la confusion mentale primitive.

La manie aiguë n'offre pas un début aussi soudain, aussi impétueux. L'expression de la physionomie est

©BIUM

aussi toute différente; elle n'exprime plus l'égarement, l'étonnement, mais le regard est expressif, vif, brillant, le facies animé, coloré, très mobile. Au lieu d'un murmure monotone, à voix basse, la voix est forte, accentuée, rauque, au bout de quelque temps. De plus, il y a toujours un certain degré d'agitation motrice, continue, qui fait totalement défaut chez notre malade et qui, si elle eût été maniaque, eût au contraire dû être très accentuée, eu égard à son bavardage continuel. Sa tenue même, la correction de sa toilette, ne sont pas ce que l'on observe dans la manie. De plus, le ton émotionnel dans la manie est toujours exalté, déterminant un sentiment de bien-être, de puissance, de supériorité auquel viennent s'associer des idées le plus souvent de caractère agréable. Notre malade, au contraire, ne présente que des idées tristes et de simples épisodes réactionnels transitoires d'anxiété. Notons, encore dans la manie, la disparition totale du sommeil, assez régulier chez notre malade.

Sans insister davantage, il nous semble que les considérations précédentes sont suffisantes pour éliminer l'idée, dans ce cas, d'un accès de manie aiguë.

La pensée d'un accès de mélancolie ne peut guère venir à l'esprit que par suite de la constatation, chez la malade, d'idées délirantes assez semblables à celles qu'on rencontre d'ordinaire chez les mélancoliques. Mais le mode de début soudain, l'absence des troubles émotionnels *primordiaux*, constituant un des phénomènes fondamentaux de la maladie chez le mélancolique et se réfléchissant dans son attitude, son langage, ses résistances parfois systématiques, font ici défaut et, dès lors, doivent faire écarter l'idée d'un accès de délire mélancolique. La mobilité, l'incohérence même des idées et des actes n'a rien non plus de la concentration, de la fixité, de la ténacité du délire du mélancolique.

©BIUM

Pour le délire d'emblée, *paranoia aiguë*, rappelons qu'il n'est que la simple exagération d'une déséquilibration mentale, latente jusque-là ; la cause occasionnelle n'a qu'une minime importance, ou, même, manque totalement. De plus, le malade n'éprouve pas de perturbation dans son état somatique ; il ne maigrit pas. « C'est un simple trouble fonctionnel, sans retentissement sur la santé du malade ;... les grandes fonctions s'accomplissent avec régularité au cours de l'accès. » (Legrain.) De plus, quelque absurde que soit le délire, il y a toujours une certaine systématisation des idées délirantes avec actes coordonnés (Wille, Krœpelin) et le délire présente toujours un certain caractère *égocentrique* (Werner, Neisser) analogue à l'autophilie signalée de longue date dans les formes chroniques des délires systématisés.

Si notre malade s'éloigne beaucoup des états vésaniques que nous venons de discuter brièvement, elle se rapproche au contraire de celui qui a été désigné en France sous le nom de démence aiguë (Esquirol), stupidité (Georget, Ferrus, Delasiauve), confusion mentale (Delasiauve, Chaslin), et, à l'étranger, le plus ordinairement sous les noms de Verwirrtheit et d'Amentia. Tel fut aussi l'opinion exprimée par le Dr Motet qui vit la malade le 7 octobre et la rangea parmi les cas envisagés par Esquirol sous le nom de démence aiguë.

Sans reprendre ici l'historique de la question, pour lequel nous renverrons à la récente étude très complète de M. Ph. Chaslin (1), il suffirait presque, pour se convaincre, de se reporter à la définition de Wille (2), dont le travail peut être considéré comme résumant tout ce qui a été fait sur ce sujet.

---

(1) Ph. Chaslin. La confusion mentale primitive. (*Ann. méd.-psych.*, sept.-oct. 1892.)

(2) Wille. Die Lehre der Verwirrtheit. (*Arch. f. psych.*, B. XIX, 1888.)

©BIUM

« La confusion mentale, dit-il, est une maladie cérébrale 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 d'obscurité et de désorientation qui se traduisent en même temps par des sensations et des perceptions défectueuses et inexactes, par une appréciation et un jugement erroné des perceptions et par la perte de la mémoire...

« Du côté physique, l'épuisement, l'amaigrissement, sont les troubles les plus caractéristiques. »

Bien qu'abrégée, cette citation nous paraît déjà suffisante pour montrer combien cela s'applique exactement aux détails rapportés dans notre observation. Il n'en est pas un de ceux que nous avons signalés qui ne se retrouve dans les descriptions données par les auteurs.

On s'accorde généralement à reconnaître que tous ces symptômes n'ont pas tous la même importance.

Les principaux, ceux qui constituent le fond même de la maladie, sont justement ceux dont l'existence détermine cet état de confusion mentale, dont la présence permanente est la caractéristique même de l'affection, au point de vue psychique.

« La perception et l'attention, dit Wille, des malades sont affaiblies ; ce qu'on leur dit n'est compris que lentement ou indistinctement ou pas du tout; ils se montrent indécis sur les personnes, les conditions et l'entourage. Sans aucun doute, les choses ne font pas une impression suffisante sur eux, cela se voit à leur aspect, leur physionomie, leur attitude ; il est certain que la compréhension est fautive. Les malades parlent souvent et beau-

©BIUM

coup ; ce qu'ils disent spontanément, ou en réponse à une interrogation, est partiellement ou totalement, incompréhensible. Cela ne correspond pas aux questions, c'est intérieurement dissocié et confus, souvent sans signification, ou bien le mot n'est pas adapté à l'idée. Souvent les mots se suivent en flux précipité, comme expression d'une excitation du mécanisme des représentations mentales, mais souvent aussi lentement et péniblement, avec beaucoup d'hésitation, d'interruptions, signes d'un mécanisme ralenti : souvent ces deux états alternent d'une façon irrégulière.

« Il est difficile d'avoir une idée nette sur le contenu intellectuel. On s'aperçoit en général que les malades n'ont pas d'idées claires du présent et du passé, ne comprennent pas la vérité, se meuvent dans un monde imaginaire qui, pour eux, a tour à tour un contenu excitant, triste, douloureux, inquiétant, agitant, terrifiant. Ils parlent de personnes et de faits qui n'existent pas ou n'ont pas existé. C'est là l'expression du délire, des idées énoncées, dont le contenu est changeant, mobile, bien qu'on puisse constater aussi des idées plus stables ou se répétant souvent.

« Bien qu'en ce qui a trait aux émotions, il y ait encore une certaine vivacité dans l'expression comme dans la production, pourtant le ton fondamental de la vie émotionnelle se ressent de l'affaiblissement ou du manque de réaction.

« Les malades ne sont pas impressionnés, ne s'intéressent pas à ce qui se passe autour d'eux ; ou bien, ils ne sont touchés que mécaniquement, paraissent étonnés, dans l'interrogation, l'incertitude sur les choses et les personnes.

« En somme, ce qui frappe, c'est le trouble profond et le dérèglement : la contenance extérieure et la façon d'agir du malade est étrange, contradictoire, sans signi-

©BIUM

fication, sans cohésion, plus ou moins indépendante des motifs ordinaires : tantôt, les malades sont tranquilles comme abîmés dans leurs pensées ou sans penser, ne s'occupant que peu ou pas du tout de l'entourage ; tantôt, soudainement, ils deviennent éveillés, sans repos et se livrent à des actes incompréhensibles.

« Là aussi il y a une très grande variété : leurs actes sont dénués à un haut degré d'un but reconnaissable ; le plus souvent ce sont des mouvements simples, impulsifs, automatiques qui durent longtemps de la même façon. »

Cette longue citation nous semble bien correspondre aux différents symptômes notés au cours de notre observation.

Meynert (1), qui s'est longuement occupé de la psychologie pathologique de cette affection, émet à ce propos des considérations très développées qui aboutissent aux mêmes conclusions et peuvent se résumer, ainsi que l'a fait M. Chaslin, en disant que l'attention, la perception et l'aperception sont affaiblies, 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 assonances ou quelquefois, ce que Meynert appelle élément aphasique ou paraphasique, les mots sont prononcés avec effort et incomplètement, comme si le malade ne parvenait pas à expliquer ce qu'il voudrait. L'émotion est généralement affaiblie et paraît suivre les phases du délire. Les idées qui se présentent, comme dans le rêve, forment un délire qui peut s'accompagner

(1) Meynert, *Klinische Vorlesungen ueber Psychiatrie*. Wien, 1890.

©BIUM

ou non d'hallucinations et d'illusions qui conditionnent ou non les actes.

Tous ces désordres psychiques fondamentaux sont, d'ailleurs, très évidents dans notre observation. Nous avons signalé plus haut l'entrave à l'activité intellectuelle volontaire, les troubles de l'attention volontaire, difficile ou impossible à fixer. Nous avons insisté sur les désordres de la perception et par suite de la mémoire ; nous avons vu la perception extérieure restant incomplète, indécise et provoquant par suite, dans l'esprit de la malade, des doutes, des incertitudes continuelles. Bien qu'il n'y ait guère de troubles de la sensibilité et que les sensations puissent se faire normalement, la malade est incapable de grouper ses impressions actuelles, d'en faire la synthèse mentale. Aussi les faits extérieurs ne sont-ils perçus par la conscience que déformés ou d'une façon incomplète, ou très lente. N'étant pas compris, ils ne peuvent être retenus. Ces remarques s'appliquent aussi bien aux impressions qui viennent du dehors, qu'à celles qui viennent du dedans, à la perception extérieure qu'à la perception interne ou personnelle. Si la notion de la personnalité ancienne peut être conservée, la personnalité actuelle n'est pas comprise : la malade se trouve changée, elle ne se reconnaît pas, n'arrive pas à se comprendre elle-même. Tout n'est plus, pour elle, que rêve, confusion, chaos ! Les désordres de la perception interne, d'ailleurs, sont en rapport avec les idées mélancoliques et hypocondriaques (le corps est démoli, la malade a des os de femme de chambre, elle est morte), notées au cours de notre observation et que nous avons rencontrées très fréquemment dans nombre de cas analogues.

Un deuxième symptôme, en effet, c'est le délire, également important quoique pas aussi frappant que le pré-

©BIUM

cédent (confusion mentale), et que l'on s'accorde à considérer comme accessoire.

C'est là un point qui a été bien mis en relief par M. Delasiauve (1) qui, le premier, a donné de cette affection mentale une description qui peut être considérée comme la base de celles qui ont suivi en ne faisant guère que la commenter, sans y ajouter peu de chose.

« Le fait prédominant, dit cet éminent aliéniste, est la gêne de l'exercice intellectuel. Les opérations perdent leur netteté, la réflexion sa puissance, la volonté sa décision, l'activité son essor. Le malade ne se prête volontiers ni à la conversation, ni aux distractions, ni au travail. Souvent même... il a conscience de ce défaut d'initiative et se plaint de l'inexplicable *chaos* de ses idées.

« Plus la prostration est profonde, moins les degrés de réaction intérieure ont d'empire. Rien ne révèle au dehors les drames qui peuvent se jouer au dedans. Il y a des malades qui semblent ni sentir, ni comprendre.

« A un degré moindre, quelques lueurs survivent. Par moments le teint s'anime ou se rembrunit, selon les émotions transitoirement éprouvées. La vue des objets, des personnes, attire ou repousse ; les exhortations vont remuer des cordes engourdies, on dirait les demandes saisies. Des efforts visibles annoncent l'intention d'y répondre. Mais le plus souvent ces velléités avortent, soit qu'en réalité la compréhension ait été insuffisante, que les éléments de l'énonciation n'aient pu être rassemblés ou, qu'échappant à la mémoire, les mots expirent sur les lèvres. Si quelques phrases sont articulées lentement, tardivement, rarement elles expriment autre chose que l'inertie et l'indifférence. »

---

(1) Delasiauve. — Du diagnostic différentiel de la lypémanie. (*Ann. méd.-psych.*, t. III, 1851.) — Des diverses formes mentales. (*Journ. de méd. ment.*, 1861, 1862 et suiv.).

©BIUM

Rarement cet état reste ainsi à l'état simple, sans complication. Mais « le jeu *machinal* du cerveau produit des scènes fantastiques dont le rapprochement avec les songes permet une interprétation plausible...

« Tandis que les phénomènes mélancoliques et hallucinatoires n'accusent de la condition morbide que des modifications sinon toujours instables, au moins éventuelles, *la confusion mentale en constitue l'expression directe et nécessaire.*

« L'activité dans la confusion remplace alors une passivité indécise. Sous l'empire des impressions qui naissent, des conceptions qui se croisent, des impulsions et des perspectives sombres, qui se multiplient, l'esprit, comme naufragé au sein de cette tempête, ne sait à quoi s'arrêter. L'étrangeté des anomalies l'étonne, mais la réflexion, déjà peu sûre et de plus imparfaitement secondée par des idées saines luttant vainement pour l'affermir, l'empêche d'en saisir nettement la source maladive. Il croit et doute, se sentant avec effroi entraîné sur la pente d'un abîme. »

M. Delasiauve, développant ainsi l'opinion déjà émise par Ferrus (1) sur le caractère essentiel de l'inertie intellectuelle et le caractère mobile, accidentel du délire, réfute l'opinion trop absolue de Baillarger (2) qui, voyant dans ce délire généralement triste une activité réelle de l'esprit, confond ces faits dans le cadre de la mélancolie.

Or, les phénomènes délirants, remarque M. Delasiauve, ne sont ni constants, ni continus et leur persistance même, fût-elle établie, n'est pas une preuve péremptoire d'activité mentale. « Dans les phénomènes

---

(1) Ferrus. — *Gaz. des Hop.*, 1838, p. 600.
(2) Baillarger. — *De l'état désigné chez les aliénés sous le nom de stupidité*, 1843.

©BIUM

d'imagination, il faut distinguer ceux auxquels le moi s'associe par une volonté libre ou instinctive, et ceux qui résultent exclusivement du pur *automatisme cérébral*. A cette dernière catégorie appartiennent notoirement les symptômes sur lesquels porte la controverse. Leur caractère passif est tout en faveur de l'inertie stupide. »

Les idées délirantes, les hallucinations, les actes du malade, ne sont donc ainsi que la manifestation d'un état d'automatisme physique résultant de l'affaiblissement de l'activité mentale volontaire. M. Delasiauve le note très explicitement à plusieurs reprises et, pour les actes mêmes du malade, faisant allusion surtout aux impulsions suicides, il fait remarquer que « fortuitement écloses au milieu du désordre fébrile, du conflit d'hallucinations incohérentes, elles n'ont aucun des caractères qui constituent les déterminations volontaires... Par suite de la même disposition, le stupide se laisse volontiers déplacer et conduire... Il faut souvent se gourmer vigoureusement avec les lypémaniaques, pour les réduire à l'obéissance. »

On conçoit que la présence de ces deux éléments constituants de la maladie puisse rendre très variables les différentes formes qu'elle peut revêtir suivant leur degré d'intensité, leur prédominance respective par intervalles ou pendant toute la durée de l'affection. Ce sont là des particularités qui n'avaient pas échappé à M. Delasiauve, qui fait plusieurs catégories suivant l'intensité et décrit, dans chaque cas, les différentes variations de l'aspect symptomatique. Ces variations, tenant surtout à l'absence ou au développement plus ou moins accentué du délire, des hallucinations, on peut d'une façon générale admettre avec Krœpelin (1) deux grandes formes, la forme asthénique (Asthenische Verwirrtheit)

(1) Krœpelin, *Arch. f. Psych.*, t. XI, et *Comp. der Psych.*, 1889.

©BIUM

et la forme hallucinatoire (Hallucinatorische Verwirrtheit.)

D'autre part la confusion mentale, élément fondamental de la maladie, pouvant être plus ou moins accentuée, on peut observer tous les degrés intermédiaires de la stupeur complète à la simple apathie intellectuelle. Et c'est ainsi que Delasiauve a pu considérer comme des formes légères de la maladie cet état mental que l'on observe chez les individus qui présentent d'autre part les signes physiques dont l'ensemble constitue ce que l'on appelle aujourd'hui la neurasthénie (1).

Il est à remarquer, d'ailleurs, que tous les troubles intellectuels primordiaux que nous avons signalés, du côté de l'attention, de la perception, de l'aperception, de la mémoire, de la volonté, ne sont nullement caractéristiques d'une affection mentale déterminée quelle qu'elle soit, mais se rencontrent sous le même aspect dans tous les états d'affaiblissement psychique et du système nerveux, héréditaires ou acquis, transitoires ou continus. Aussi la confusion mentale dont ils forment la trame première peut-elle être, à juste raison, rangée dans le cadre général de ce que Krœpelin appelle les Psychoses asthéniques.

D'un autre côté, il est juste de dire que, si le syndrome « confusion mentale » peut se rencontrer au cours de différentes névroses (hystérie, épilepsie) ou vésanies (2), comme dans les trois formes dont nous avons éliminé l'existence chez notre malade, il se présente alors simplement à titre d'élément surajouté, d'épisode transitoire. Tandis que, dans d'autres cas,

(1) De plus, à côté de la stupidité (confusion, chaos) ordinaire, Delasiauve distingue la stupidité épileptique, hystérique, par substances toxiques ou délétères, à la suite de fièvres graves, etc.

(2) Voir Charpentier. La confusion mentale. (*Rev. gén. de clinique*, n° 5, 1891.)

©BIUM

comme l'exemple actuel, il constitue le fond même de l'affection à laquelle il donne une physionomie particulière et persiste toute sa durée.

Dans ce dernier cas, et cela complétera le tableau clinique particulier, il existe d'ailleurs des symptômes physiques, signalés dans toutes les descriptions de la maladie, et que nous ne détaillerons pas ici. Nous dirons seulement que, du côté du système nerveux moteur, à côté de phénomènes prédominants d'affaiblissement, on a signalé par intervalles des symptômes d'excitation, parmi lesquels ces états de raideur des membres, notés au début chez notre malade. Envisagé dans son ensemble, le complexus symptomatique du côté physique revêt les caractères de l'affaiblissement, de l'asthénie générale. L'amaigrissement souvent considérable est de règle. On n'a plus alors affaire à un simple épisode secondaire au cours d'une vésanie, mais à un état pathologique particulier qu'on peut dénommer *Confusion mentale primitive* (Chaslin).

Cette affection, symbole d'un état d'épuisement nerveux, semble avoir aussi une étiologie particulière (1). Sans éliminer l'influence de la prédisposition, il est à remarquer qu'elle est réduite toutefois très souvent au minimum, alors que les causes occasionnelles exercent une action plus grande. Ces causes occasionnelles sont, le plus souvent, les traumatismes moraux ou physiques, accidentels ou chirurgicaux, et les maladies infectieuses (puerpéralité, fièvre typhoïde, choléra, grippe, etc...) et de la nutrition. A ce propos on a beaucoup discuté sur le rôle joué par l'infection ou l'auto-intoxication, mais sans qu'à notre avis, il soit encore possible de tirer des conclusions fermes des recherches expérimentales entreprises jusqu'ici à ce sujet chez les aliénés, dont la

(1) Voir Ch. Fernet, art. Convalescence du *Dict. de Jaccoud.*

©BIUM

portée est souvent des plus discutables, et qui semblent parfois contradictoires entre elles (1).

Toutefois, en restant sur le terrain de l'observation clinique, on ne peut dénier aux infections ou auto-intoxications, un rôle très important au moins comme cause occasionnelle ; c'est même parfois la seule qu'il soit possible de relever dans certains cas où l'hérédité semble manquer. D'un autre côté, la maladie mentale qui se développe sous cette influence directe revêt alors le plus généralement cette forme particulière, reposant sur un fond de confusion mentale et que nous avons relaté dans notre observation.

Nous rappellerons d'ailleurs à ce propos que, chez notre malade, les désordres intellectuels ont éclaté à la suite de trois infections successives (rougeole, angine herpétique, choléra) et nous avons aussi signalé chez elle cette prédisposition spéciale antérieure à délirer à l'occasion d'une infection même légère, ou lorsqu'elle était soumise à la diète, fût-ce pour peu de temps.

Aussi, quoi qu'il en soit de la démonstration précise du rôle joué par l'infection ou l'auto-intoxication dans les cas analogues, la constatation de cette cause déterminée, en même temps que la symptomatologie quelque peu spéciale de l'affection mentale qui paraît s'y associer sont des indications dont il est bon de tenir compte

(1) Voir en particulier sur ce sujet. — Chevalier-Lavaure. Des auto-intoxications dans les maladies mentales (*Th. de Bordeaux*, 1890) ; Weil et Dubois. Toxicité des urines des aliénés (*Congrès de Lyon*, 1891) ; De Boeck et Slosse. Toxicité urinaire chez les aliénés (*Bull. Soc. méd. ment. belg.*, 1891) ; Mairet et Bosc. Recherches expérimentales sur la toxicité de l'urine des aliénés *Arch. de phys.*, 1892) et Aliénation mentale par troubles de la nutrition (*Ann. méd.-psych.*, 1892) ; J. Voisin et Péron. Recherches sur la toxicité urinaire chez les épileptiques (*Arch. neur.*, 1892 ; Marro. Stomaïnes dans les urines des aliénés (*Ann. di fren.*, 1892) ; Brugia. La toxicité des urines chez les aliénés (*Riforma medica*, 1892) ; D'Abundo. Action toxique et bactéricide du sérum du sang des aliénés (*Riv. sp. di fren.*, 1892.)

©BIUM

dans le traitement physique, et l'on pourra pratiquer l'antisepsie gastro-intestinale (1), tout en cherchant à régulariser l'exercice des différentes fonctions de l'économie, et à relever la nutrition par un régime alimentaire et une thérapeutique appropriée (2). C'est en nous conformant à cette manière de voir que nous avons, d'accord avec M. Ch. Fernet, pratiqué rigoureusement chez notre malade, pendant près de trois mois, l'antisepsie intestinale par le benzonaphtol; en même temps que nous prescrivions l'usage du lait, un régime alimentaire régulier, très substantiel, et un traitement tonique (noix vomique, arséniate de soude). Au début, alors qu'il y avait de l'agitation intermittente, nous avions prescrit l'usage de la valériane, quelques bains tièdes prolongés et le sulfonal à petites doses, lorsqu'il y avait un peu d'insomnie. Le bromure de potassium que nous avions donné, dans le but de calmer l'excitation intellectuelle, a dû être très rapidement suspendu, car, à la suite de son administration, la confusion mentale augmentait d'une façon notable. Plus tard, l'excitation diminuant, nous avons associé au régime et au traitement tonique, des frictions stimulantes et des affusions froides.

Mais si le traitement physique est nécessaire à cause des caractères de véritable maladie que revêt la confusion mentale primitive, il ne faut pas non plus négliger le traitement moral.

Les règles en ont été nettement formulées jadis par le Dr Sauze (3).

---

(1) Bettencourt-Rodrigues, 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.*, 1889); Macpherson. L'antisepsie intestinale dans les psychoses aiguës (*Sem. méd.*, n° 49, 1892); Régis, *Manuel des mal. ment.*, 2e édit.; Séglas, *Semaine médicale*, n° 50, 1892.

(2) Sauze. *De la stupidité*. Th. de Paris, 1852.

(3) Sauze. *De la stupidité*, Thèse de Paris, 1852.

©BIUM

« Si, dit-il, dans la période d'acuité le traitement moral est impossible, il n'en est plus de même dans la période de délire. Quand l'intelligence recommence à fonctionner, quand arrivent les rémissions, il faut activer sans relâche les opérations cérébrales, il faut interroger les malades, fixer leur attention, insister quand leur réponse est ou trop lente ou peu précise. On doit s'attacher à leur faire comprendre qu'ils sortent d'une maladie grave : on les voit presque toujours être dans l'étonnement, ne pas se rendre compte des diverses circonstances de leur maladie, ni du changement qui s'est opérée en eux, comme un individu qui, pendant son sommeil, transporté dans des lieux inconnus, mettrait un certain temps à reprendre ses sens. Quelques-uns nous ont dit qu'ils leur semblait sortir d'un long sommeil. A ces malades qui se réveillent, il faut expliquer tous ces détails, les éclairer sur leur position, rappeler leur mémoire, leur poser des petits problèmes et leur en demander plus tard la solution. Cet exercice intellectuel, répété chaque jour, sans interruption, en procédant des choses simples aux questions plus difficiles, ramène peu à peu toutes les facultés à leur activité première : c'est comme un enfant dont l'intelligence se développe progressivement.

« En même temps que pour la conversation on force le malade à mettre en jeu ses diverses facultés, il faut encore le mettre au travail. Cet exercice salutaire achève de rétablir la santé physique, maintient l'appétit et le sommeil, et donne également à l'esprit une préoccupation qui produit le meilleur effet. C'est en suivant cette méthode, en ayant recours à ces divers moyens, qu'on verra chaque jour l'intelligence faire un progrès nouveau. Les réponses, d'abord lentes, deviennent plus faciles. Le malade s'occupe avec plus d'intérêt de ce qui l'entoure : son attention se fixe plus sou-

©BIUM

vent sur les objets qui sont à sa portée. A mesure que l'attention est revenue, cette faculté, mère de toutes les autres facultés, comme le professait Laromiguière, les autres facultés de l'entendement ne tardent pas à suivre la même voie de progrès. Après avoir observé ce qui se passe autour de lui, le malade compare entre eux les divers objets qui ont fixé son attention, il saisit leurs rapports, raisonne, en un mot, comme il le faisait auparavant. La mémoire, d'abord obscure et infidèle, reprend toute sa puissance ; la volonté suit dans sa marche les progrès de l'entendement, cette apathie, cette inertie si complète, finit peu à peu par disparaître. Les malades ne se laissent plus pousser ni conduire par le premier venu ; ils ont repris la conscience de leur moi. »

C'est la ligne de conduite exposée dans ce qui précède que nous avons suivie pour notre malade. Favoriser l'exercice des différentes opérations intellectuelles en s'opposant, par là même, à l'automatisme mental, ainsi peut se résumer en deux mots tout le traitement moral.

Dès que cela nous a été possible, nous avons cherché à fixer l'attention de la malade dans des conversations, insistant pour obtenir une réponse, fût-elle brève, ou bien nous contentant de lui parler pour interrompre le cours de son bavardage automatique. En même temps on essayait de lui donner une notion exacte des événements et des choses qui l'entouraient, exerçant la mémoire par quelques interrogations sur les faits les plus récents. Mais tout cela demande de grandes précautions ; il est très important de ne pas fatiguer l'attention de la malade sous peine de voir augmenter l'état de confusion et d'automatisme mental.

L'amélioration s'accentuant, au lieu de nous borner à distraire simplement la malade, nous avons essayé de la faire intervenir plus activement dans une conversation, en nous assurant à la fois de l'état de ses perceptions,

©BIUM

de sa mémoire ; de l'occuper un peu (correspondance, travaux et arts d'agrément). Dans les premiers temps, pour remédier à l'insuffisance de la volonté, nous lui avions fait une sorte de règlement de l'emploi de sa journée, qu'elle consultait à tout propos et qui lui servait de guide. Plus tard, lorsqu'elle eut un peu plus d'empire sur elle-même, nous lui présentions la réalisation d'un désir qu'elle manifestait, lorsqu'il était raisonnable, comme lié à certaines conditions que nous imposions et qui toutes impliquaient des efforts gradués de sa part, soit pour interrompre le cours de ses rêveries, soit pour exercer activement ses facultés dans un sens que nous lui déterminions à l'avance, lui donnant ainsi une sorte de tâche qu'elle avait à accomplir d'elle-même.

En même temps, nous lui faisions reprendre graduellement part à la vie commune par des repas à la table de la famille, quelques sorties, des visites de ses plus proches parents, la réintégrant petit à petit dans ses habitudes anciennes, la poussant à intervenir progressivement dans la direction de son intérieur.

Telle fut la direction générale de notre traitement moral et nous avons la terme assurance que sa stricte observation eut une influence des plus grandes sur l'évolution de la maladie.

Une question se pose encore dans ces conditions : celle de l'internement. Sans aller avec certains auteurs jusqu'à le proscrire absolument dans des cas analogues, nous pensons qu'on ne doit y recourir qu'à la dernière extrémité, lorsqu'il est impossible autrement d'entourer les malades des soins et de la surveillance nécessaires. Dans des cas analogues à celui que nous avons rapporté, l'internement, le changement de milieu, ne peuvent qu'augmenter la désorientation, la confusion mentale qui font le fonds de la maladie. Au début, l'isolement à domicile suffit pour donner à l'esprit le calme et le repos

©BIUM

nécessaires et, lorsqu'il devient possible de pratiquer le traitement moral que nous considérons dans ces cas comme indispensable, il est beaucoup plus facile dans ces conditions, lorsque le malade se trouve dans un milieu qui lui était familier autrefois, car il s'appuie sur des acquisitions intellectuelles anciennes. La part de nouveauté est toujours suffisante, car nous savons aujourd'hui par l'expérience que, dans ces cas où l'assimilation psychique se fait mal, où il y a un état de désagrégation mentale, c'est surtout la nouveauté des faits, des objets, qui intervient comme un des facteurs principaux de cette difficulté de synthèse mentale.

©BIUM

Médecine légale

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR L'INTERNEMENT DES ALIÉNÉS DANGEREUX

Par le Dr Ernest CHAMBARD
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Médecin-directeur des asiles publics d'aliénés.

Suite (1)

II

Je ne discuterai pas longuement le diagnostic. En proie, depuis plusieurs années, à une idée fixe, née d'un événement de beaucoup antérieur, servant de centre de cristallisation à des conceptions délirantes multiples, que corrobore, sans motifs logiques, tout ce qui frappe son intellect et ses sens, P.... est un *délirant*, un *aliéné;* la nature et la couleur de son délire ressortent pleinement de l'observation que l'on vient de lire : c'est un *lypémaniaque persécuté*, ayant, de plus, des idées de satisfaction, voire même de grandeur, sur lesquelles son attitude, ses discours et ses actes ne laissent aucun doute ; ombrageux, irascible, violent, il réagit volontiers contre

(1) Voir les *Annales* de mars-avril 1893.

©BIUM

ses ennemis imaginaires et contre lui-même, ainsi qu'en témoignent son double attentat de 1883 et les menues violences auxquelles il s'est livré par la suite : c'est donc un *aliéné dangereux*. Le soin avec lequel il dissimule son délire, ses idées de grandeur surtout, et atténue la portée des actes qui lui sont reprochés, en fait un *aliéné réticent*.

Est-ce, de plus, *un aliéné persécuteur?* Je l'ai cru longtemps, et l'ai dit dans mon rapport à son sujet ; mais un examen attentif de son cas a fini par m'inspirer quelque doute au sujet de la parfaite légitimité de cette qualification et me commander une certaine réserve à cet égard. Dans une communication au *Congrès des médecins aliénistes* tenu à Lyon, en 1891, M. Charpentier a appelé persécuteur tout aliéné qui, ayant une ou plusieurs idées fixe de persécution, commet sous leur influence, un acte nuisible (1) ; mais le rapport sur « la responsabilité légale et la séquestration des aliénés persécuteurs », lu par M. Coutagne devant la même assemblée, montre de ces malades une conception plus nette et plus approfondie (2). Pour ce légiste distingué, le véritable persécuteur « ne s'en tient pas aux accusations vagues et générales qui constituent le fond des premières étapes du délire de persécution classique », il circonscrit ses idées de persécution actives sur un ou plusieurs individus, conserve la faculté syllogistique et raisonne les conceptions délirantes qu'il déduit d'un point de départ faux avec un enchaînement d'idées capable de faire illusion à des observateurs superficiels, accuse plutôt une perver-

(1) Charpentier. De la responsabilité légale et de la séquestration des aliénés persécuteurs. *Congrès de médecine mentale de Lyon.* Séance du 3 août 1891. (Tirage à part.)

(2) H. Coutagne. Rapport sur la responsabilité légale et la séquestration des aliénés persécuteurs. *Congrès de médecine mentale de Lyon.* Séance du 4 août 1891. *Comptes rendus du Congr* publiés par M. Albert Carrier. Paris-Lyon, 1892.

©BIUM

sion qu'un affaiblissement des facultés intellectuelles et se montre tout particulièrement réfractaire à la démence dont les approches, lorsqu'elle survient enfin, s'annoncent par l'effacement des traits caractéristiques qui viennent d'être signalés. Aussi, les vrais persécuteurs ne se rencontrent-ils ni chez les paralytiques généraux, ni chez les idiots, non plus que chez les autres dégénérés d'ordre inférieur, ni chez les sujets atteints de folie aiguë d'ordre toxique et névropathique, mais bien chez les délirants persécutés primitifs, qu'ils appartiennent au type de Lasègue ou à celui de M. Magnan et chez les dégénérés supérieurs, qu'ils se présentent comme persécuté raisonnants, comme fous à double forme ou, même, comme faisant partie de ces hystériques malfaisants et « malicieux » que M. Henri Colin (1) n'a pu réhabiliter complètement au point de vue moral.

L'idée que M. Charpentier se fait des persécuteurs est certainement trop brute et trop générale ; l'admettre, c'est prendre tous les persécutés dangereux, et tous le sont, pour des persecutés-persécuteurs. La conception de M. Coutagne, beaucoup plus clinique, pèche aussi, peut-être, par trop de généralité, et l'on peut rencontrer, chez les aliénés, dans la classe des persécutés surtout du type Lasègue ou du type Magnan, des individus qui, tout en présentant tous les attributs dont il compose la définition du Persécuteur, ne méritent pas d'être appelés de ce nom. Notre malade P... est, je crois, de ce nombre. Beaucoup de persécutés dangereux se sont montrés, si l'on envisage l'ensemble de leur carrière pathologique, passifs, patients et résignés ; ils ont longtemps supporté les plus longs tourments de la part de leurs ennemis les plus invétérés, jusqu'au jour où quelques injures plus

(1) H. Colin. *Essai sur l'état mental des hystériques.* Thèse de Paris, 1890.

©BIUM

cuisantes, quelque excitation étrangère à leur délire, joue le rôle de la goutte d'eau faisant déborder le vase et les pousse à quelque acte de violence qui n'aura peut-être pas de lendemain ; ce sont, parfois, des moutons devenus enragés. Les véritables persécutés-persécuteurs, au contraire, tels, du moins, que je me les figure, réagissent dès le début de leur délire, distinguent, entre leurs nombreux ennemis, les plus coupables, les connaissent, les nomment, s'attachent à leurs flancs, les combattent avec leurs propres armes et s'en vengent, tantôt par des moyens légaux : plaintes au parquet, procès ; tantôt par l'intrigue : dénonciations, articles de journaux, influences politiques, jusqu'à ce qu'en désespoir de cause, ils recourent au fer, au plomb ou au poison. Les premiers cèdent à l'indignation, à la colère ; les seconds sont mus par la haine. Ceux-ci se défendent ; ceux-là poursuivent leur vengeance avec une logique, une suite, une ténacité qui les rendent doublement dangereux ; leur irritation qui est, après tout et en se plaçant à leur point de vue, légitime, se complique d'un fonds de méchanceté, de perversité morale ; aussi est-ce parmi les dégénérés moraux, les raisonnants, qu'on les rencontre le plus communément. Les uns sont des persécuteurs d'occasion ; les autres sont des persécuteurs de tempérament.

P... appartient-il absolument à cette dernière classe ? J'en doute un peu. En dépit d'une faute légère que la passion excusait, qui fut bien sévèrement punie et qui a eu sur sa destinée une si fâcheuse influence, c'est un honnête homme. Émotif, violent, ombrageux, profondément malheureux d'ailleurs, aigri par des griefs qu'il croyait et croit encore légitimes, surexcité par quelques excès alcooliques relatifs, il s'est emporté à des actes de violence dont l'un, au moins, aurait pu avoir les conséquences les plus graves ; mais, s'il a frappé, il ne l'a fait qu'à bout de patience, n'a pas cherché à redoubler ses

©BIUM

coups, à combattre ses ennemis avec leur propres armes, c'est-à-dire à les diffamer, à les déconsidérer, à les perdre. Il ne demandait qu'à les oublier et à en être oublié. Aussi, bien que possédant les attributs que M. Coutagne prête aux persécuteurs : un délire prolongé, logiquement déduit de conceptions primordiales fausses, une intelligence pervertie plutôt qu'affaiblie, une grande résistance à la démence, puisqu'un délire de près de vingt ans n'a touché ni à l'étendue ni à l'acuité de son intelligence, est-il à mes yeux un persécuté dangereux, très dangereux même, que de longs tourments ont rendu aggressif, mais non un véritable persécuteur.

Mais ce n'est là qu'un diagnostic de surface, un diagnostic symptomatique ; il importe, si nous voulons connaître à fond le malade, de pousser plus avant l'analyse, de préciser la genèse de son délire et de déterminer la famille de persécutés à laquelle il appartient.

Je ne m'attarderai pas à esquisser, sous ce prétexte, un essai de séméiologie du syndrome : délire des persécutions. Il ne saurait être ici question de délire symptomatique : P... n'est ni un paralytique général, ni un dément, ni un hystérique, ni un épileptique et, si l'alcoolisme a joué quelque rôle dans son histoire et a contribué à produire ces états d'excitation qui ont précédé ses actes de violence et ces accès de délire psycho-sensoriel qui ont suivi, à deux reprises, ses arrestations, ç'a été à titre purement épisodique et accessoire. Deux hypothèses seules méritent d'être discutées : est-ce un délirant chronique ? Est-ce un de ces persécutés dont le délire n'est que la floraison du caractère normal et pousse, dans une prédisposition héréditaire, des racines plus profondes ?

A ne considérer que les caractères et l'évolution de son délire, on serait tenté de ranger P... dans la famille

©BIUM

des délirants chroniques dont M. Magnan (1) a si nettement écrit l'histoire. A une courte période d'inquiétudes, de soupçons, nous voyons succéder chez lui un délire des persécutions systématisé qui se complique, à un moment que nos renseignements bien incomplets ne nous permettent pas de préciser, d'idées de satisfaction et de grandeur. Cette marche progressive et périodique, cette fixité, cette systématisation du délire, la foi profonde et raisonnée que le malade ajoute à ses conceptions délirantes, la ténacité avec laquelle il dépeint celles qu'il croit pouvoir reconnaître sans danger, l'habileté relative qu'il dépense à dissimuler les autres, sont la contre-partie exacte de l'irrégularité, de la mobilité et de l'illogisme des mêmes délires chez les dégénérés débiles. Mais ces caractères sont-ils absolument propres au délire chronique et ont-ils une valeur pathognomonique? Je ne ne le pense pas. Ils traduisent, non l'espèce morbide, mais l'état psychique fondamental du malade. Le délire des délirants chroniques est habituellement logique dans sa forme et son évolution, parce que cette affection, toute accidentelle et probablement symptomatique de lésions systématiques encore inconnues du système nerveux psycho-sensoriel central, frappe ordinairement des individus d'intelligence normale et exempts de tare héréditaire ; mais il perd ce caractère et se rapproche de celui des débiles lorsqu'il atteint, par hasard, des débiles dégénérés. En dehors du délire chronique, d'autre part, les idées de persécution peuvent avoir une logique, une solidité et une systématisation voisines de celles qui semblent caractériser la psychose systématique progressive, lorsqu'elles évoluent sur un fonds de vigueur intellectuelle congénitale ou acquise qui n'est exclusive ni

(1) Magnan. *Leçons cliniques sur les maladies mentales : le délire chronique à évolution systématique.* Recueillies par MM. Journiac et Sérieux. Paris, 1891.

©BIUM

d'un certain degré de prédisposition héréditaire ni, même, d'un certain état de dégénérescence. La phénoménalité et la marche du délire ne permettent donc pas, dans l'espèce, de résoudre, à coup sûr, le problème diagnostique que nous nous sommes posé.

Mais il est, dans l'espèce, un caractère négatif d'une haute importance : je veux parler de l'absence complète d'illusions et d'hallucinations de l'ouïe, du goût, de l'odorat, du toucher et de sensibilité générale, de tout ce cortège, enfin, de pseudesthésies qui ne manque jamais dans le délire chronique et sert de thème à la plupart des conceptions délirantes des malades qui sont atteints de cette entité morbide, à la plupart des néologismes dont ils sont coutumiers. Sauf pendant son séjour au Dépôt, après son agression contre B... et sa tentative de suicide, et pendant les quelques jours qui ont précédé et suivi son internement à Beauregard, B... n'a jamais offert de troubles sensoriels de ce genre et ceux qu'il a manifestés dans ces circonstances ont reconnu une toute autre origine et ont eu une signification bien différente : ce furent des illusions et des hallucinations de tous les sens, même de celui de la vue, constituant, avec une vive excitation maniaque, des accès de délire psycho-sensoriel aigu déterminés, chez un émotif héréditaire déjà en proie à un délire des persécutions invétéré, par de violentes secousses morales et à la genèse desquelles un léger appoint alcoolique ne fut certainement pas étranger.

Si nous considérons, enfin, non plus la marche et les caractères généraux du délire, mais l'origine des conceptions délirantes et le mécanisme de leur association, nous trouvons encore, entre le cas de P..., et celui d'un délirant chronique, des différences essentielles. Chez le délirant chronique, les conceptions délirantes originelles et fondamentales sont d'ordre sensoriel ; ce n'est qu'à

©BIUM

force d'observer, dans son entourage, des gestes et des jeux de physionomie suspects qu'il sent s'éveiller sa défiance; d'entendre des paroles injurieuses et menaçantes qu'il en vient à se croire persécuté et à chercher les motifs ainsi que les fauteurs des mauvais traitements auxquels il est en butte : il est tout le premier étonné de ce qui lui arrive et ce n'est qu'après une plus ou moins longue résistance de sa raison, qu'il se rend à l'évidence. Chez P..., au contraire, le délire repose sur des faits vrais dont il a seulement le tort d'exagérer la portée et de tirer des conséquence imaginaires : il est vrai que B... lui a reproché sa condamnation, mais rien ne prouve qu'il l'ait dévoilée et n'ait cessé, depuis des années, de le poursuivre de sa haine ; ses camarades ont bien pu diriger contre lui les menues brimades auxquelles l'exposaient ses opinions réactionnaires et son caractère ombrageux, mais il y a loin de là à de véritables complots montés dans le but de lui faire perdre la raison. Le premier est trompé par ses sens ; le second est victime de son émotivité et de son défaut de jugement.

P... n'est donc pas un délirant chronique : il est atteint d'un de ces délires des persécutions qui, ne relevant pas de la psychose systématique progressive, frappent, c'est là un fait d'observation, sous l'influence de circonstances occasionnelles, les sujets à esprit faible et déséquilibré qui sont, sinon toujours des dégénérés et des débiles, du moins des gens nerveux, émotifs et entachés de quelque prédisposition héréditaire. Si, donc, P... est un névropathe et un héréditaire, nous trouverons dans cette constatation une nouvelle et définitive confirmation de notre diagnostic.

Or, malgré le peu de renseignements que nous possédons sur les antécédents familiaux de notre malade, il est, et telle est l'opinion des aliénistes tels que

©BIUM

MM. Blanche et Magnan qui l'ont observé, entaché d'hérédité névropathique, voire même vésanique. S'ensuit-il que l'on puisse le regarder comme un dégénéré au sens propre du mot ? Rien ne permet de l'affirmer. Le terme dégénéré, souvent détourné de sa véritable acception, a un sens tout autre. C'est un terme péjoratif : il implique pour celui à qui on l'applique, une idée de déchéance, d'infériorité, par rapport à ses ascendants. Le dégénéré représente, tantôt au point de vue somatique, tantôt au point de vue psychique et, souvent, à ces deux points de vue à la fois, un type physiologiquement et socialement inférieur à celui des individus qui lui ont donné naissance. L'héréditaire, au contraire, bien que déséquilibré, peut être égal ou même supérieur, soit par l'ensemble de ses qualités, soit par certaines d'entre elles, au type original. On peut donc être dégénéré sans être héréditaire ; car l'état de dégénérescence peut être acquis après la naissance, et l'on peut, aussi, être héréditaire sans être, à proprement parler, dégénéré, si l'on vaut mieux que ses facteurs ; toutefois, sans être forcément un dégénéré, l'héréditaire n'en est pas moins un facteur de dégénérescence.

L'hérédité névropathique, vésanique même, que P... tient de ses parents, mal équilibrés eux-mêmes et chez plusieurs desquels on retrouve, fait intéressant à signaler, son caractère difficile et même sa délinquence passionnelle, s'est traduite, chez lui, par des convulsions infantiles, des migraines qui durent encore, un caractère émotif, soupçonneux, timoré et une aptitude spéciale au délire qui s'est un jour manifestée, sous l'influence de circonstances malheureuses, par un délire des persécutions ultérieurement compliqué d'idées de grandeur, et comme le malade, en dépit de la faiblesse originelle de son caractère et de son défaut de jugement, n'est ni un illettré, ni un imbécile, ce délire s'est bientôt rapproché,

©BIUM

par sa systématisation et sa logique évolutive, de celui des délirants chroniques. Peut-être, sans l'accident qui en a déterminé l'explosion, P... fût-il resté longtemps, toute sa vie même, un candidat à la folie et je pourrais, si la question n'était pas trop étrangère à cette étude, m'inspirer de son histoire pour montrer le caractère humain et prévoyant de la loi Bérenger, ainsi que les heureux résultats qu'elle pourra donner, pourvu qu'elle soit judicieusement appliquée.

Quant au pronostic de l'affection mentale dont P... est atteint, il est, certainement, mauvais, dans l'espèce. Le caractère du malade, l'âge de son délire, ses idées de grandeur, la systématisation très nette de ses conceptions délirantes ne permettent guère de lui promettre une guérison réelle. Dût-il survenir dans son état mental une amélioration suffisante pour autoriser sa mise en liberté, le souvenir de sa séquestration, la difficulté qu'il éprouverait à se placer, les mille excitations et contrariétés que lui vaudrait son mauvais caractère, ne tarderaient pas à réveiller son délire et à le pousser à de nouveaux actes dangereux pour l'ordre et la sécurité publiques, qui rendraient une nouvelle séquestration nécessaire (1).

III

Lorsque P... fut amené à l'asile de Beauregard, je n'avais sur son compte d'autres renseignements que ceux que contenait le certificat de M. le Dr Rouillon et que sa femme voulut bien me donner pour remplir le questionnaire habituel. Le premier de ces documents m'apprit que le malade avait été déjà interné,

(1) Nous avons vu (voir la note de la page 237) que l'événement venait de justifier pleinement ce pronostic.

©BIUM

en 1883, à Saint-Anne et à Bicêtre et, dans le second, Mme P..., tout en reconnaissant les séquestrations antérieures de son mari, laissait dans l'obscurité la plus profonde les circonstances qui les avaient rendues nécessaires.

Aussi, dans mon certificat de quinzaine, tout en déclarant le malade atteint « de délire des persécutions symptomatique d'un état de dégénérescence et probablement fort dangereux »; demandai-je, pour être à même de formuler un diagnostic définitif et de me prononcer sur l'opportunité de son maintien ou de sa libération, qu'une enquête sérieuse m'éclairât sur ses antécédents héréditaires et personnels ainsi que sur les causes et circonstances des condamnations qu'il pouvait avoir subies, de son internement de 1883 et de sa présente séquestration.

A cette demande, il fut répondu quelques jours après, par la communication d'une enquête sommaire due à M. le maire de Bourges, qui ne m'apprit rien que je ne susse déjà : il y était dit que P..., « d'un caractère vif », avait été interné à Paris en 1883 et que sa folie actuelle « dont les causes morales et physiques pouvaient être attribuées à l'insanité d'esprit (!), avait débuté un mois auparavant par un accès de fièvre chaude ».

J'étais bien renseigné. C'était peu, on en conviendra, pour reconstituer l'histoire d'un homme qui, ainsi que je l'appris bientôt, avait subi à vingt ans une condamnation qui était la clef de vingt ans de délire, pendant lesquels il s'était livré à une tentative d'assassinat et de suicide, ainsi qu'à des extravagances et à des violences sans nombre. A la suite d'interrogatoires patients et serrés, P... et sa femme finirent, cependant, par m'avouer une partie de la vérité. Plus tard, enfin, M. le procureur de la République voulut bien me communiquer un volumineux dossier judiciaire qui acheva de m'éclairer e

©BIUM

M. Magnan, à qui j'écrivis à ce sujet et que je vis, peu après, au Congrès de Lyon, me fit connaître son opinion sur le malade. Je parvins ainsi à reconstituer la plus grande partie de sa biographie ; mais avec un retard d'autant plus fâcheux que Mme P... ayant, sur ces entrefaites, réclamé formellement son mari dont elle avait, cependant, provoqué le placement, je ne pus, faute de renseignements suffisants, rédiger, aussi rapidement que l'eût voulu M. le Préfet, mon rapport sur la suite à donner à sa requête. Encore n'étais-je arrivé à me former une opinion aussi tardive que grâce à un heureux concours de circonstances, parce que P... avait bien voulu me raconter son attentat de 1883 qu'il croyait et croit encore sans relation aucune avec sa dernière séquestration, grâce à la bienveillance éclairée du parquet et à l'obligeance de M. Magnan et non par les voies administratives et régulières.

Je ne m'attarderai pas à démontrer aux lecteurs de ce recueil, où a déjà paru un article de moi sur « l'*Instruction des affaires en médecine mentale* » (1), la nécessité de connaître la vie d'un aliéné, d'un aliéné de cette sorte surtout, pour formuler, à son sujet, un diagnostic complet et précis et résoudre la grave et difficile question de sa relaxation ou de son maintien. Il se trouve, cependant, encore des personnes et non des moindres, dans le public et il s'en trouvait naguère dans l'administration, qui, méconnaissant entièrement l'importance et la légitimité de cette étude rétrospective, estiment que le médecin aliéniste n'a pas « d'instruction » à faire sur ses malades et doit, alors que la Justice accumule les enquêtes, les témoignages et les expertises avant de prononcer la moindre condamnation, délivrer, dans les

(1) Chambard. De l'Instruction des affaires en médecine mentale. *Annales médico-psychologiques. t.* XIII, n° 2, 1891.

©BIUM

délais qui lui sont imposés, un rapport aux conclusions formelles qui maintiendra à perpétuité dans un asile ou rejetera au sein de la société un aliéné dangereux dont les antécédents et les actes lui sont inconnus.

Cependant, les idées les plus claires et les plus simples, les réformes les plus urgentes et les progrès les plus nécessaires n'ayant chance d'être pris en considération et d'aboutir qu'à condition d'être longtemps, comme à tout propos, soumis et proposés aux intéressés, je saisis cette occasion de reproduire les conclusions du travail auquel je faisais allusion tout à l'heure : « la vérité, a dit un sage, est un coin qu'il faut enfoncer par le gros bout. »

J'avais divisé les éléments de ce que j'appelais, n'en déplaise à ceux qui ne veulent pas que l'on « instruise » le procès des aliénés, « l'*instruction psychiatrique*, » en deux catégories comprenant :

L'une, les éléments qui devraient accompagner constamment et obligatoirement le dossier de chaque nouvel interné : les *éléments obligatoires*.

L'autre, les éléments qui ne seraient fournis au médecin de l'asile que sur sa demande : les *éléments facultatifs*.

Les éléments obligatoires comprendraient :

1° *Le casier judiciaire* de l'interné, que l'administration se procurerait par les voies ordinaires ;

2° *Un relevé des internements* déjà subis par le malade dans les asiles publics et privés. Ce relevé, que j'appellerai *casier manicomial*, serait extrait d'un répertoire conservé, soit au ministère de l'Intérieur, soit, selon la méthode que M. Bonneville (1) fit adopter,

(1) Bonneville. *De la localisation au greffe de l'arrondissement des renseignements judiciaires concernant chaque condamné*, 1848.

©BIUM

vers 1848, pour le casier judiciaire, au chef-lieu de l'arrondissement natal de l'interné ;

3° *Un procès-verbal d'enquête* sérieux, rédigé après enquête personnelle, par le maire de la commune ou le commissaire de police du quartier et relatant, en détail, non les dires et appréciations des commères et des boutiquiers du voisinage, mais les *faits*, *les actes* qui ont attiré sur le malade l'attention de l'autorité et rendu sa séquestration nécessaire.

Les éléments facultatifs dont voici l'énumération, pourraient être réclamés par le médecin dans les cas particulièrement intéressants au point de vue scientifique, épineux au point de vue pratique et lorsqu'il ne pourrait tirer aucun renseignement utile du malade ou de ses visiteurs :

1° *Le dossier judiciaire*, que la justice m'a toujours paru communiquer assez volontiers ;

2° *Le dossier manicomial*, formé des principaux certificats et rapports contenus dans les dossiers des asiles où le malade a séjourné. Ces pièces seraient demandées aux asiles antérieurement habités par le malade, dont la liste serait empruntée au casier manicomial ;

3° Une *notice biographique*, relatant les principales circonstances de la vie du malade et permettant de connaître, aux points de vue hygiénique, économique et moral, les milieux dans lesquels il a vécu : elle serait rédigée, après enquête, par le maire de la commune ou le commissaire du quartier.

4° Une *notice médicale* sur les antécédents héréditaires et personnels du sujet, dont la rédaction serait confiée au médecin le mieux placé pour connaître l'aliéné et sa famille.

Une telle méthode d'instruction bouleverse trop d'habitudes routinières et complique trop la besogne des gens pour être jamais adoptée à moins d'être un jour

©BIUM

reprise et imposée par quelqu'un de puissant et d'autorisé ; mais est-il nécessaire de montrer combien, dans le cas de P..., notamment, elle eût rendu la tâche du médecin plus prompte, plus facile et plus sûre ?

IV

Au moment de son internement à Beauregard, P..., était aliéné depuis une quinzaine d'années et avait commis, huit ans auparavant, un acte de folie dont la mort de deux hommes eût pu être la conséquence ; depuis cinq ou six ans, il habitait Bourges dont il fréquentait les ateliers civils ou militaires, où sa femme tenait une boutique ouverte à tous venants et dont il avait, à diverses reprises, fatigué de ses réclamations le commissaire et les magistrats. Ses conceptions délirantes, son excitation mentale, ses extravagances et ses violences étaient, sans doute, connues de tous ceux qui s'étaient trouvés en rapport avec lui ; il eût dû attirer l'attention de la police et être, de ce fait, l'objet d'une surveillance incessante et, cependant, il a fallu, pour que des mesures de sûreté fussent prises à son égard, que sa femme s'émût de son agitation croissante et provoquât son internement. Peut-être, si cette dernière s'était montrée moins consciente de la situation et moins prévoyante, eût-on vu se renouveler à Bourges une scène analogue à celle qui, en 1883, ensanglanta une rue de Paris. L'on conçoit que l'autorité laisse aux familles le soin de pourvoir à l'internement des aliénés inoffensifs ; mais c'est le fait d'une administration peu vigilante et timorée à l'excès, que de compter sur elles quand il s'agit d'aliénés dangereux dont le passé devrait lui être connu et d'attendre, pour s'assurer de la personne des insensés, qu'ils aient causé des malheurs souvent irréparables.

Il existe, on le sait, deux modes de placement dans

©BIUM

les asiles publics ou privés : le placement volontaire, généralement provoqué par les parents du malade et le placement d'office qui est ordonné par l'autorité.

On ne saurait, pour retirer de la circulation un aliéné dangereux, compter sur le placement volontaire. Par tendresse, ignorance, crainte de l'opinion, besoin ou avarice, la plupart des familles n'y recourent qu'à la dernière extrémité, s'y opposent lorsque cette mesure est réclamée par quelqu'un de leurs membres et y mettent un terme avant l'obtention d'une guérison sérieuse. Un épileptique dont je parlerai tout à l'heure et qui finit par assassiner son beau-père, avait supplié en vain sa famille de le placer dans un asile et celle-ci, après s'être enquie du prix de la pension de tous les établissements d'aliénés de la région, s'y était définitivement refusée, bien qu'elle fût loin de se trouver dans la gêne.

Reste le placement d'office. Aux termes de l'article 18 de la loi du 30 juin 1838, ce placement est ordonné à Paris par le préfet de police, en province par le préfet du département et, en cas d'urgence, sauf à en référer au préfet dans les vingt-quatre heures, à Paris par le commissaire de police du quartier, en province par le maire, lorsque l'état du malade compromet l'ordre public et la sûreté des personnes. Ces dispositions ont été conservées par le projet de loi sénatorial (1), et dans le texte de la délibération du Conseil supérieur de l'assistance publique (2).

Tels sont le principe et la théorie. A Paris et dans les grands centres, au moins dans le cas ordinaire et lorsqu'on n'a rien à ménager, rien de mieux. Il est clair que les

(1) Projet de loi portant revision de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés. *Journal officiel*. Documents parlem. (Sénat). 1887.

(2) Conseil supérieur de l'Assistance publique. Session de juin 1891. Projet de loi portant revision de la législation sur les aliénés. Fascicule n° 36.

©BIUM

maires et les commissaires de police des grandes villes, généralement instruits, intelligents et éclairés, ont tout intérêt à débarrasser la voie publique des aliénés qui en troublent l'ordre et la sécurité. Mais en est-il toujours de même dans les villes secondaires et surtout dans les campagnes? Nous venons de voir la mansuétude dont avait usé, envers P..., la police d'une ville de 45,000 âmes ; dans les campagnes, qui décide, en réalité, que tel administré est un aliéné dangereux et que son internement est nécessaire? Le maire de la commune. Or, sans parler de l'ignorance et du défaut de culture de certains de ces magistrats en sabots, de leurs préjugés, l'influence que peuvent avoir sur eux les divisions politiques, les sympathies et les antipathies locales, ne peut-il arriver que quelques-uns d'entre eux hésitent à provoquer le placement d'un aliéné indigent dans le but, louable en soi, de ménager les finances communales dont la gestion leur est confiée ?

Tout aliéniste ayant, comme moi, l'ennui d'exercer ses fonctions dans un asile à clientèle presque exclusivement rurale, pourrait témoigner de la répugnance que montrent beaucoup de maires de campagne et, cela, pour des raisons d'ordre électoral ou économique, à provoquer d'office l'internement de leurs administrés. Un fait récent a fortement contribué à m'éclairer à ce sujet. Dans le courant du mois janvier de cette année (1), je fus appelé par le parquet de Château-Chinon, à défaut de mon honorable collègue de l'asile de la Nièvre empêché, à déterminer l'état mental et le degré d'irresponsabilité d'un paysan de la région, le sieur T..., accusé d'assassinat sur la personne de son beau-père. L'inculpé, dont j'ai publié ailleurs l'observation avait agi dans un accès de vertige épileptique et bénéficia

(1) Janvier 1892.

©BIUM

d'une ordonnance de non-lieu (1). Or j'appris avec certitude, au cours de mon enquête, que ce malheureux, conscient de son mal qui était, d'ailleurs, de notoriété publique, après avoir vainement supplié sa famille de le placer dans un asile, ce à quoi celle-ci s'était refusée par avarice, avait fait auprès des autorités locales les demandes les plus pressantes, maintes fois réitérées, pour obtenir la même faveur. « Je l'ai vu, dit le maire de L..., se rouler à terre devant moi, la figure contractée pleurant et criant : Faites-moi enfermer, faites-moi guérir ! » A tout venant, il racontait ses tentatives infructueuses et se plaignait qu'on ne s'occupait pas de lui. Des médecins auxquels il s'était adressé, avaient appuyé sa demande, mais sans plus de succès. Le maire de son village lui avait, enfin, promis de soumettre son cas au Conseil municipal lorsque se produisit la catastrophe : une nuit, T... se leva, se rendit dans la chambre de son beau-père avec qui il avait, depuis longtemps, quelques chicanes d'intérêt, et le tua d'un coup de fusil ; puis, revenu à l'état normal, il courut chez l'adjoint au maire à qui il annonça, en donnant les marques du plus profond désespoir et en demandant la mort, le crime qu'il venait de commettre. Les autorités locales n'ont-elles pas une part de responsabilité dans ce malheur qu'elles auraient si facilement évité et qu'elles ont rendu possible par inertie, insouciance où économie mal entendue ? elles ne sauraient prétendre qu'elles n'ont pas été averties.

L'hygiène et l'assistance publique sont encore dans l'enfance, en province du moins, et malgré le zèle et l'activité du savant administrateur qui dirige cet important service, il faudra vaincre encore bien des

(1) E. Chambard. Rapport médico-légal sur l'état mental et le degré de responsabilité du nommé T... inculpé d'assassinat sur la personne de son beau-père. *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*. 1892.

©BIUM

préjugés et des mauvais vouloirs avant de l'asseoir sur des bases rationnelles. Mais lorsque le but sera atteint, lorsque, dans chaque canton ou dans chaque arrondissement, il existera une commission d'hygiène rétribuée, c'est-à-dire astreinte à un service sérieux et régulier, composée d'hommes compétents, soustraits à la fois au servilisme administratif et aux influences locales, de médecins, de juristes, d'ingénieurs, d'architectes, d'agronomes, auxquels on pourra joindre l'aliéniste le plus proche, il conviendra de comprendre dans ses attributions la recherche, l'examen et le signalement à l'autorité préfectorale des aliénés dangereux. Placée en dehors et au-dessus des questions de partis et désintéressée de la gestion financière des communes, cette commission aura, outre sa compétence, une lucidité de jugement et une liberté d'action qu'un homme du pays, dépendant du suffrage de ses concitoyens, ne saurait posséder au même degré. C'est à elle que T... eût adressé sa requête, et nul doute qu'elle ne l'eût transmise, en l'appuyant, au préfet, laissant le maire et la famille du malade se disputer à qui ne paierait pas la pension du malheureux à l'asile du département.

Le cas de T... et bien d'autres consignés dans les annales de la science, montre que certains aliénés dangereux ont conscience de leur situation et ne demanderaient pas mieux que d'être mis, par le placement dans un asile, hors d'état de nuire. Si, ni leur famille, ni les autorités locales ne veulent s'occuper d'eux, peuvent-ils, du moins, se présenter à l'asile ou dans une maison de santé et provoquer eux-mêmes leur séquestration ? Pas le moins du monde et, auprès du directeur de la Charité, T... n'eut pas eu plus de succès qu'auprès de son maire et de sa famille. La loi, en effet, ne semble pas avoir prévu, ni même supposé, ce fait en apparence paradoxal de l'aliéné conscient de son délire et de ses

©BIUM

impulsions dangereuses et c'est tout au plus si, en pareille occurrence, l'on pourrait tourner la difficulté en conseillant au candidat de se faire placer à la requête de quelque ami ou de se faire arrêter en simulant un accès de folie, en cassant quelques réverbères.

L'article 16 du projet sénatorial consacré par un vote du Conseil supérieur de l'Assistance publique, comblera fort heureusement cette lacune. Il est ainsi conçu : « Toute personne majeure qui, ayant conscience de son état d'aliénation mentale, demande à être placée dans un établissement d'aliénés, peut y être admise sous les formalités prescrites à l'article 14 ; une demande signée par elle et la production d'une pièce propre à constater son identité sont suffisantes ». « Cet article, dit M. Bourneville, rapporteur auprès du Conseil supérieur de l'Assistance publique, est un acheminement vers le but que nous poursuivons, à savoir : l'assimilation des asiles d'aliénés aux hôpitaux ordinaires. Cette assimilation doit contribuer à faire pénétrer, petit à petit, dans l'esprit du public, l'idée que la folie n'est qu'une maladie et que l'aliéné n'est qu'un malade au même titre que les autres malades ».

On ne saurait qu'approuver l'esprit qui a dicté ces généreuses paroles. Il ne faudrait, cependant, pas trop se laisser entraîner par cette tendance, certainement très humaine et très respectable, à ne voir dans les aliénés que des malades au même titre que des pneumoniques et des blessés. Les aliénés sont des malades, cela va de soi, et personne ne les croit plus possédés du Malin, mais d'une espèce particulière, dangereuse pour la race, pour leurs voisins et pour eux-mêmes. En les appelant non plus « aliénés », mais « malades » ; en remplaçant le vocable « asile d'aliénés » par celui « d'établissement consacré au traitement des maladies mentales », on ne fait que substituer à des appellations

©BIUM

courtes, claires, étymologiquement significatives, des appellations dénuées de toute signification précise. C'est rédiger une enseigne de maison de santé, c'est faire une faute de terminologie, mais ce n'est que cela. Mais, en adoptant l'expression « traitement des maladies mentales » à la place de celle de « traitement et garde des aliénés », on commet une erreur ou un pieux mensonge. Quelque euphémique que soit l'étiquette dont on les pare, les aliénés sont gens encombrants et anti-sociaux qu'il s'agit non seulement, comme malades, de soigner avec dévouement, de guérir lorsqu'on le peut, de laisser guérir lorsqu'ils le veulent, mais encore, comme malades dangereux, de garder et de mettre hors d'état de nuire à eux-mêmes et aux autres. Je ne sache pas, si l'on veut changer l'enseigne de la maison, qu'il soit question de supprimer des asiles de l'avenir, les gardiens, mettons plutôt les infirmiers, les murs, les cellules et, lorsqu'on ne peut se payer le luxe d'un *no-restraint* orthodoxe, le moyens de contention. N'hésitons pas tant à montrer au public si ingrat, si prompt à nous accuser de séquestration arbitraire et si indifférent aux méfaits que commettent chaque jour les « malades » en rupture « d'hôpital », les services que nous lui rendons en le débarrassant, au péril de notre vie, de ces éternels fauteurs de dégénérescence et de désordre et craignons, au contraire, en lui cachant la situation vraie, en lui représentant les aliénés comme des malades inoffensifs que nous nous reconnaissons à peine le droit de garder, de donner une nouvelle force et quelque apparence de raison à ses injustes et absurdes préventions. Ne nous abaissons pas à cette hypocrisie et ayons le courage de notre rôle devant cette masse ignorante et versatile que nous devrions dominer de toute la hauteur de notre compétence, de notre honorabilité et des services rendus.

(*A suivre.*)

©BIUM

LA
CAUSE DU "LIBRO DEL COMANDO"

CAS DE FOLIE A CINQ

Par le Dr René SEMELAIGNE

Nous avons cru intéressant de reproduire cet étrange procès qui s'est déroulé l'an dernier en Italie, et terminé d'une façon si inattendue.

Les nommés Cassani Carlo, Cassani Giocchino, Cassani Angelo, Valdastri Vittorio et Poggioli Costante comparaissaient les 15 et 16 janvier 1892 devant le tribunal de Pavullo, province de Modène. Ils étaient accusés d'avoir pénétré, masqués et armés, en la maison de Franchini Giuseppe, dans le but avoué de s'emparer du *Libro del Comando*, ouvrage magique soi-disant possédé par ledit Franchini. Le Dr Attilio Cionini, entendu comme expert, ayant affirmé que les cinq inculpés, examinés par lui, ne jouissaient pas de leur raison, le tribunal les déclara irresponsables et les renvoya des fins de la plainte, en constatant que leur état actuel n'exigeait pas l'internement.

Le ministère public en appela de cette sentence, et l'affaire fut portée devant la Cour d'appel de Modène, le 18 mai 1892. Le professeur Augusto Tamburini avait, dans l'intervalle, examiné trois des inculpés et conclu à la folie. Mais la Cour n'autorisa pas les experts à déposer à l'audience, permit à peine aux avocats de parler, et, déclarant les accusés coupables de menaces

©BIUM

prévues et punies par l'article 156 du Code pénal italien, les condamna chacun à 75 jours de réclusion. Voilà des magistrats qui mènent rondement les débats, et savent se débarrasser de ce qui les gêne.

Reprenons maintenant l'affaire dès le début et examinons les inculpés avec les experts.

D'où provenait la croyance à ce fameux *Libro del Comando?* Il avait, suivant la tradition, appartenu à Don Ortensio Giacobazzi, recteur de Varana, vers le commencement du siècle. Franchini l'aurait trouvé, entouré d'un étui de bois, dans un mur d'une maison, dont les anciens habitants le tenaient de Don Ortensio; n'osant s'en servir, ils l'avaient caché. Franchini, devenu possesseur de la maison, s'était emparé du livre magique.

Don Ortensio, grâce à ce livre, avait opéré des prodiges ; il pouvait se transporter, en un instant, d'un lieu à un autre. On racontait que se trouvant une fois à Modène avec son métayer, par un temps épouvantable, il lui ordonna de mettre un pied sur l'un des siens, et ils furent transportés de suite à Varana. Il frappait de la fausse monnaie, et fut condamné à la prison ; mais tous les dimanches, il arrivait dire la messe à Varana, sans qu'on pût soupçonner son absence à la prison. D'autres soutenaient qu'il n'avait pas été incarcéré ; lorsque les carabiniers se présentèrent chez lui, il transforma ses coins en fleurs et les monnaies en coques de gland.

On rapportait bien d'autres miracles sur Don Ortensio. Une fois, dans une auberge, il fit remplir un vase d'eau, en présence de beaucoup de monde, et s'étant déchaussé, disparut tout entier dans le vase. Un jour, dans une autre auberge, une vieille femme l'accosta, le priant de lui indiquer le voleur d'une hachette qui lui avait été dérobée. Don Ortensio fit apporter une bouteille pleine d'eau et dit à la vieille et aux personnes

©BIUM

présentes : « Regardez celui qui passe là dedans. » Ils y aperçurent un homme qui tenait la hachette sous le bras, mais il détournait la tête. La vieille ne put le reconnaître, et Don Ortensio se refusa à une nouvelle expérience. Un soir, toujours dans une auberge, quelques hommes de San Michele, près Sassuolo, lui ordonnèrent de leur montrer le diable, sans quoi ils le bâtonneraient. Don Ortensio résista d'abord, mais devant leurs menaces, il se décida, fit un tour sur lui-même, et tout à coup l'on entendit un grand bruit sur le chemin. Un personnage cornu parut aux yeux de tous. Ils prirent la fuite épouvantés.

Cassani Carlo s'était juré de s'emparer du livre merveilleux ; il s'associa ses deux cousins, avec Valdastri et Poggioli. Ils s'efforcèrent tous de pénétrer dans l'intimité de Franchini. Celui-ci les entretint dans leurs croyances magiques, et remit à Cassani Carlo une poudre infernale enfermée dans une feuille de papier sur laquelle étaient inscrites ces paroles : *In camo et freno maxillas eorum constringi qui non approximant ad te.* Cette poudre avait le pouvoir, si l'on trouvait un trésor, de vous protéger contre les esprits.

Le Dr Cionini nous rapporte que Franchini avait en effet un livre, qu'il donnait pour le *Libro del Comando*, mais qui consistait en un vieil ouvrage allemand, avec ce titre : « *Geheime Figuren der Rosenkreuzer aus dem* XVI^en^ *und* XVII^en^ *Jahrhundert.* » Franchini est propriétaire et se livre à la culture. Il a la langue bien pendue ; imberbe, il porte les cheveux sur les épaules.

Un jour vint à Sassuolo un soi-disant magnétiseur, du nom de Falqui Giusto. Carlo Cassani s'étant procuré des cheveux de Franchini, précaution indispensable pour une séance d'hypnotisme, se mit en relation avec Falqui, et lui donna un rendez-vous, ainsi qu'à ses deux cousins Cassani. Il l'endormit par des passes

©BIUM

magnétiques, et l'interrogea sur le *Libro del Comando*. Falqui, parfaitement au courant de l'affaire, décrivit l'ouvrage avec force détails : il s'agissait d'un parchemin, écrit en italien et en latin, divisé en 6 parties, et donnant le pouvoir de conclure des pactes avec le diable. Mais par suite d'une convention spéciale établie par Don Ortensio, les futurs possesseurs de ce livre auraient la faculté de commandement, sans être obligés de vendre leur âme. Franchini changeait la cachette tous les cinq ou six jours. Il fallait s'emparer du parchemin à son insu ou malgré lui. Falqui reçut 25 francs pour ses réponses.

Le 2 novembre 1891 vers les huit heures du soir, les cinq associés se présentaient, armés et masqués, à la maison de Franchini ; l'un d'eux, Paggioli, cria : « Franchini, je viens manger des châtaignes (1). » Franchini était, avec sa famille, en train de faire cuire les châtaignes ; il ouvrit la porte ; Carlo et Gioacchino Cassani entrèrent avec Valdastri ; les deux autres restèrent dehors à faire le guet. « Ne vous inquiétez pas, dit Carlo Cassani ; nous ne voulons pas d'argent, donnez-nous le papier mystérieux. — Je ne l'ai pas, répondit Franchini. — C'est faux, il est au grenier. — Eh bien, si vous ne me croyez pas, cherchez.

Franchini prit un bougeoir, et monta entre Carlo et Gioacchino Cassani, armés, le premier, d'une serpette, le second, d'un revolver. Ils fouillèrent inutilement. Pendant ce temps, Valdastri gardait les femmes, le pistolet à la main ; il s'efforçait de les rassurer, et leur prédisait la fortune, une fois le livre découvert.

Franchini montrait en vain à ses nocturnes visiteurs divers papiers et un parchemin hébreu ; ils exigeaient

(1) En Italie, on mange des châtaignes en rentrant des offices, le 1 et le 2 novembre.

©BIUM

le livre écrit en latin et en italien, dont leur avait parlé le somnambule. Ne sachant comment se débarrasser d'eux, Franchini leur offrit de venir avec lui jusqu'au moulin; là il pourrait les satisfaire; mais, en descendant l'escalier, il enfila rapidement la cuisine, sauta par une fenêtre, et se mit à courir en criant: « Aux voleurs! » Un coup de revolver, tiré par Gioacchino Cassani, donna le signal de la retraite, et les cinq assaillants disparurent dans la nuit.

Tel est le délit qui motivait le renvoi des accusés devant le tribunal. Passons au rapport des médecins experts.

Le Dr Cionini examina attentivement les cinq inculpés ; voici le résultat de son expertise :

1° *Carlo Cassani*. Appartient à une famille aisée. Père rachitique ; une sœur également rachitique ; aïeule paternelle morte d'un accès apoplectique. Dans l'enfance, scarlatine.

Culture moyenne : a fait les cinq classes du gymnase ; notions étendues en physique ; familier avec les divers traités se rapportant à cette science. Lisant continuellement des livres de magie et de nécromancie, tels que le *Dragon rouge*, le *Nécroman*, la *Grande Baguette divinatoire* ; ce dernier ouvrage contient l'histoire de Jacques Aymar qui, grâce à la baguette divinatoire, découvre les auteurs d'un assassinat.

Il y a trois ans, a posé chez lui la lumière électrique ; a fabriqué un revolver, qui fait l'admiration de tous. Musicien, joue du piano.

Aspect sympathique, haute stature, développement musculaire minime, bonne santé. Certain degré de prognathisme, oreilles asymétriques, lobule darwinien à l'oreille droite.

Au point de vue psychique, abord aimable ; ne laisse soupçonner à qui l'approche aucune des étranges idées

©BIUM

qui le dominent. A présenté des hallucinations et des illusions. Au fur et à mesure que le Dr Cionini gagne sa confiance, il lui parle plus librement : Il avait quinze ans lorsque son aïeul, qui croyait fermement aux esprits et au *Libro del Comando*, l'emmena une nuit dans un champ où, suivant la tradition, existait un trésor ; après quelques recherches avec l'aimant qui a la propriété d'attirer l'or, ils virent apparaître des fantômes à forme humaine de taille démesurée ; des êtres semblables à des oiseaux tourbillonnèrent autour d'eux, puis une grande rumeur éclata ; il prirent la fuite épouvantés.

Tout dernièrement il s'était rendu avec ses deux cousins et Valdastri à Castellarano, province de Reggio, en un lieu où la tradition indiquait un trésor ; ils avaient un aimant et se mirent à creuser ; ils travaillaient depuis une heure quand tout à coup apparurent trois chiens, qui se mirent à tourner autour d'eux à cinq pas de distance ; ils n'aboyaient pas, et l'on ne les entendait pas courir. Les chercheurs de trésor, persuadés qu'ils avaient affaire au diable, prirent la fuite.

Carlo Cassani connaissait bien d'autres histoires sur les idoles d'or enfouies dans le *Monte delle Fate*, près de Castelvetre ; il exposa au Dr Cionini toutes ses croyances au sujet du *Libro del Comando*.

2° *Gioacchino Cassani*. Cousin de Carlo, du côté paternel. Aïeul maternel sujet à des attaques apoplectiques, et mort à la suite d'un ictus. Un oncle maternel ivrogne et tellement étrange, qu'on le surnommait « le fou ». Père imbu de croyances démoniaques. Pas de maladies dans l'enfance ; sait lire et écrire. Carabinier, a dû quitter le service par suite d'une fracture de jambe. Sans occupation pour le moment. A eu des hallucinations la nuit de la recherche du trésor à Castellarano. Une fois, tandis qu'il était carabinier, se trouvant sans argent, il se rendit sous un pont, par une nuit obscure,

©BIUM

pour vendre son âme au diable. Mais il l'invoqua vainement, ce qu'il attribuait à son ignorance des paroles cabalistiques contenues dans le *Libro del Comando*, paroles dont l'origine remonte au roi Salomon. Une autre fois, par une nuit de tempête, il suivait une route avec un collègue ; tout à coup ils aperçurent une lampe qui les accompagnait et brillait malgré un vent impétueux ; aucune main ne la soutenait, et elle glissait à deux mètres au-dessus du sol.

3° *Angelo Cassani*, frère du précédent. Charretier; sait lire et écrire. Dans l'enfance, affection pulmonaire ou pleurétique. Adonné à la boisson ; accès de fureur disproportionnés à la quantité de liquide absorbé. Trente ans, mais aspect vieillot ; traumatisme à la tête ; fracture du bras. Adonné à l'onanisme, comme son frère Gioacchino. Il raconte qu'une nuit de l'année dernière, passant avec une voiture chargée de marchandises dans la rue Sassuolo-Pavullo, au lieu dit « Svolta di S. Venanzio », il aperçut soudain, à quelques pas, une figure humaine d'une stature démesurée. Il se couvrit la tête durant un kilomètre.

4° *Vittorio Valdastri*. Père adonné à la boisson, est lui-même alcoolique ; mère sujette à des convulsions épileptiformes, ainsi qu'un de ses frères ; les autres sont originaux et se distinguent, comme Vittorio, par une émotivité morbide. Depuis l'enfance, se trouve en contact avec des montagnards, qu'il entend, durant les longues veillées d'hiver, causer au coin du feu des *Libri del Comando* et des trésors. Il a particulièrement entendu parler du livre possédé jadis par Don Ortensio Giacobazzi, et détenu aujourd'hui par Franchini, lequel ne s'en sert point par crainte du diable. Plusieurs fois Valdastri se livra à la recherche des trésors cachés. Il raconte qu'une nuit, lui et ses camarades avaient pratiqué une importante excavation,

©BIUM

mais l'un d'eux ayant rompu le silence, un chien se montra à leurs yeux ; et il ajoute : « On m'a arraché des mains une cassette de soixante-douze mille francs, qui, à l'instant où j'allais la saisir, s'est abîmée à six pieds sous terre ; et cela parce qu'il avait parlé. »

5° *Costante Poggioli*. Un cousin maternel aliéné et un frère idiot. Mère sujette à des convulsions épileptiformes. Sait lire et écrire ; négociant en bestiaux. Abus du vin et du coït, et surtout de la masturbation. Crâne aplati, face et oreilles asymétriques. Nombreuses cicatrices sur la tête ; la plus prononcée siège à la région occipitale gauche et résulte d'une blessure par coup de pierre, à l'âge de treize ans ; elle présente plus d'un centimètre de profondeur, le double en longueur, et environ un centimètre de largeur. A eu des convulsions épileptiformes au moment de l'accident et pendant l'année suivante.

Hallucinations. Dans un sentier voisin de sa maison, il apercevait fréquemment des spectres : tantôt, c'était une femme de haute stature, se rapetissant à mesure que sa chevelure grandissait, qui l'accompagnait jusqu'à un carrefour, où elle disparaissait subitement ; tantôt, un cheval tout harnaché avec son cavalier ; tantôt, deux chiens se métamorphosant subitement en veaux et en géants. Un soir, comme il passait avec des bœufs devant le cimetière de S. Venanzio, ces animaux s'arrêtèrent, et il lui fut impossible de les faire avancer ; il vit alors une ombre blanche adossée au mur d'enceinte.

Ses compagnons de prison racontent que Poggioli est somnambule ; la nuit, il se lève en sursaut et circule. Impulsions ; il y a quelques années, ayant eu le dessous dans une rixe, il courut chez lui, s'empara d'un revolver, et fit feu sur son adversaire, qu'il manqua heureusement.

Les cinq accusés sont âgés de vingt à trente ans.

Le Dr Cionini les déclare atteints de paranoïa primi-

©BIUM

tive, dégénérative, systématique, hallucinatoire, démoniaque à cinq.

Le Dr Augusto Tamburini examina Carlo et Angelo Cassani et Costante Poggioli. Tous trois sont, suivant lui, des déséquilibrés, avec prédispositions héréditaires névropathiques et psychopathiques, signes physiques et psychiques de dégénérescence. Les idées étranges et absurdes, acquises dans l'enfance, ont persisté avec ténacité et ont fini par prédominer et se systématiser. Tendance incoercible de ces idées à se traduire en acte, inconscience complète de la gravité dudit acte et conviction intime de sa légitimité.

La Cour d'appel de Modène, sans daigner consulter les experts, sans écouter les défenseurs, condamna les prévenus. On peut, à juste, titre s'écrier avec le professeur Tamburini :

« *E poi c'è chi vanta che oggi la giustizia si esercita secondo i criteri della scienza !* »

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 27 MARS 1893

Présidence de M. CHRISTIAN.

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

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de M. Paul Moreau (de Tours), s'excusant de ne pouvoir assister à la séance, un deuil cruel venant de le frapper.

La correspondance imprimée comprend :

1° Le *Bulletin du manicome Fleurent*, de décembre 1892 ;

2° Le numéro de mars des *Annales de psychiâtrie ;*

3° Un travail du Dr Roberto Massalongo, ayant pour titre : *Les injections de liquide testiculaire de Brown-Séquard, et la transfusion nerveuse de Constantin Paul. Nouveau chapitre de thérapeutique suggestive.* — M. René Semelaigne est chargé de donner un compte rendu de ce mémoire, extrait de la *Riforma Medica.*

M. CHRISTIAN annonce l'élection de M. Magnan, comme membre de l'Académie de médecine. Il lui adresse ses félicitations, tout en regrettant qu'une seconde place n'ait pas été vacante dans la section ; la *Société médico-psychologique* eût remporté un double succès.

M. CHRISTIAN fait part à ses collègues du décès de MM. Freze et Lubelski, membres associés étrangers.

Buste de Baillarger.

M. BLANCHE. — Dans la séance du 23 février 1891, M. Vallon proposait d'ouvrir une souscription, pour

©BIUM

élever un buste à Baillarger. Une commission composée de MM. Blanche, Bouchereau, Falret, Mitivié, Ritti et Vallon, fut chargée de mener à bien cette entreprise. Elle s'est mise résolument à l'œuvre, et je suis heureux de vous présenter le résultat obtenu. Les recettes se montent à 3,500 francs ; 3,000 francs proviennent des souscriptions, 500 francs d'une allocation accordée par le ministère. Les dépenses sont les suivantes : 3,000 fr. donnés au sculpteur, 350 francs pour l'acquisition du marbre, 15 francs pour frais divers, total : 3,365 francs. Il reste en caisse 135 francs.

Il s'agit aujourd'hui de fixer un emplacement. Les membres de la commission ont eu, à ce point de vue, des entretiens avec M. Le Bas, directeur de la Salpêtrière. Il est question de créer dans cet hospice une avenue des bustes ; Duchenne de Boulogne devait y occuper la première place, mais son buste est loin d'être prêt. Le directeur offre de placer provisoirement le buste de Baillarger, dans le cabinet du médecin de la cinquième division. Nous prions la Société de vouloir bien nous donner son avis à cet égard.

M. Falret. — Il y a trois cabinets dans la cinquième division. Lequel adopterait-on ?

M. Blanche. — L'ancien cabinet de Baillarger.

M. Christian. — Un cabinet ne me semble pas un emplacement digne du buste de Baillarger. Ne pourrait-on pas le mettre moins à l'écart et plus en relief?

M. Blanche. — Je ferai remarquer à M. Christian que cet emplacement ne serait que provisoire.

M. Christian. — Il n'y a généralement que le provisoire qui dure. Nous disparaîtrons peut-être tous, avant que le buste de Baillarger ait obtenu un emplacement définitif. En attendant l'hypothétique allée des bustes, il serait plus en évidence, sous le péristyle qui donne accès à la chapelle.

La Société, sur la proposition de M. Auguste Voisin, confie aux médecins chargés des quartiers d'aliénés de la Salpêtrière, le soin de rechercher un emplacement favorable, d'accord avec le directeur de l'hospice.

©BIUM

Rapport de candidature.

M. PAUL GARNIER. — Messieurs, au nom de votre commission, composée de MM. Magnan, Bouchereau et Paul Garnier, j'ai l'honneur de vous donner lecture de l'exposé des travaux de M. Vigouroux, candidat au titre de membre correspondant.

Ancien interne des asiles de la Seine et de l'infirmerie spéciale du Dépôt, nommé médecin-adjoint de l'asile d'Evreux, à la suite d'un brillant concours, M. Vigouroux se trouve être, pour ainsi dire, des nôtres. Il sollicite aujourd'hui une consécration officielle, et, cette consécration, vous êtes, j'en suis sûr, tout prêts à la lui donner avec empressement. Ce que j'ai à dire, au surplus, de ses travaux ne peut que lui attirer vos suffrages.

La thèse inaugurale du candidat : *Etude sur la résistance électrique chez les mélancoliques*, mérite d'être rappelée à votre attention. Il y a là, en effet, une question intéressante à divers titres. La notion de la résistance électrique est entrée dans la clinique, vous le savez, Messieurs, depuis les travaux de M. R. Vigouroux. En 1878, cet auteur a montré que, dans la maladie de Basedow, il existe toujours une diminution de cette résistance ; le phénomène est considéré aujourd'hui comme un signe important, permettant souvent de diagnostiquer la maladie dans ses formes frustes.

Poursuivant à son tour cette étude et appliquant la recherche aux malades qui nous intéressent plus spécialement ici, l'auteur a entrepris de s'assurer si les états mélancoliques ne s'accompagnaient pas de variations ou de modifications de la résistance électrique. M. Vigouroux a ainsi mesuré la résistance électrique de cinquante-six lypémaniaques. *Chez tous*, il a rencontré une augmentation considérable de cette résistance et il observe que si, chez quatre de ces malades, cette modification ne s'est pas accusée avec la même intensité, c'est qu'il s'agissait de mélancoliques dégénérés, ceux que Morel appelait des *émotifs*. La remarque a bien sa valeur, car, on sait combien, chez de tels malades, la transformation peut être brusque, le revirement soudain. Rien de surprenant, dès lors, à ce qu'exprime en pareil

©BIUM

cas, l'état de la résistance électrique ; il y a là, en quelque sorte, toute la valeur d'une contre-épreuve. Ce qui n'est pas moins probant, c'est que l'augmentation de la résistance électrique, si nette chez les mélancoliques vrais, décroît parallèlement à l'amélioration du malade.

Comment interpréter le phénomène? Quelle en est la cause? M. Vigouroux discute cet intéressant problème. Il est porté à demander cette explication au trouble profond du système vaso-moteur chez les mélancoliques. Il soutient cette manière de voir, à laquelle on peut s'associer, je crois ; il la soutient, dis-je, à l'aide de savantes et judicieuses considérations.

En un mot, l'augmentation de la résistance électrique, symptôme commun, on peut le dire, à tous les états mélancoliques, constitue un signe d'une réelle valeur et occupe une place importante dans le chapitre de l'*Électro-diagnostic*. Il est indiqué d'y recourir dans les cas douteux ; par exemple, lorsqu'on a lieu de soupçonner la simulation : il peut concourir à former ce faisceau de preuves qui permettent à l'expert de fournir la démonstration scientifique des faits qu'il porte devant la justice.

Vous vous rappelez, sans doute, Messieurs, cet opiniâtre simulateur du nom de Loisier, accusé d'assassinat ; pour se soustraire à la responsabilité pénale, il s'était condamné au rôle d'un homme frappé de mutisme absolu, inerte, insensible à tous les excitations extérieures et plongé dans une profonde hébétude. Ce criminel, que j'ai eu moi-même l'occasion d'étudier à l'Infirmerie spéciale, n'avait pas réussi à tromper la sagacité clinique de M. Magnan, chargé judiciairement de l'examiner. Les données positives de la science firent grande impression sur la Cour et le jury, que troublait beaucoup l'attitude étrange de l'accusé ; les aveux de celui-ci, après le verdict qui le condamnait aux travaux forcés à perpétuité, établirent définitivement la légitimité des conclusions de l'expertise médicale. Eh bien, Loisier — et c'est pour cette raison que je rappelle ce fait — avait une résistance électrique normale : ce qui était bien son droit en sa qualité de mélancolique de pure fantaisie.

J'aurais encore à vous parler, Messieurs, de divers articles que M. Vigouroux a publiés, en 1891, dans la

©BIUM

Gazette des Hôpitaux sur la *Paralysie alcoolique*, sur le *Traitement du goitre exophtalmique par la faradisation*, mais je ne veux pas retarder davantage le moment du vote favorable que vous propose votre commission, vote par lequel vous vous adjoindrez un collègue laborieux, un excellent confrère, qui a conquis la sympathique estime de tous ceux avec lesquels il a été en rapport.

Conformément à ces conclusions, M. Vigouroux est nommé à l'unanimité membre correspondant de la Société.

Des variétés cliniques du délire de persécution (suite).

M. Jules Voisin donne lecture de l'observation suivante :

Délire de persécution. — Variété psycho-motrice. — Démonopathie. — Systématisation d'emblée et dédoublement de la personnalité. — Hallucinations motrices et hallucinations psycho-motrices du langage. — Tentatives de suicide.

La nommée Mar..., âgée de vingt-six ans, exerçant la profession de modèle, entre à la Salpêtrière en mars 1892 ; elle venait auparavant à la consultation externe de l'hospice depuis le mois de novembre 1891.

Antécédents héréditaires. — Enfant naturelle, elle n'a jamais connu son père. Sa mère était une hystérique à grandes attaques convulsives. Un oncle et une tante maternels ont été enfermés dans un asile comme fous.

Antécédents personnels. — Jamais de convulsions dans son enfance. A été réglée à douze ans. Elle a été élevée jusqu'à l'âge de quatorze ans dans un couvent en Provence et s'est toujours très bien portée. Dans ce couvent, elle recherchait l'intimité des petites filles plus jeunes qu'elle. Elle aimait à voir leur chair nue. De quatorze à dix-neuf ans, elle est restée chez sa mère, et, à dix-neuf ans, elle se maria. Après trois années de mariage, elle fut séparée de son mari qui fut condamné à la prison. Elle revint alors chez sa mère, où elle resta jusqu'en mars 1891, époque à laquelle elle vint à Paris pour exercer la profession de modèle. C'est à ce moment que se développe la maladie pour laquelle elle entre à l'hôpital.

Elle posa donc comme modèle chez les peintres ; mais la vue des femmes nues (des autres modèles) développa le penchant qu'elle avait déjà pour les personnes de son sexe du temps où elle était au couvent. Elle se sentait irrésistiblement

©BIUM

poussée à aller vers elles. Elle ne pouvait rester en place et, à plusieurs reprises différentes, elle quitta l'atelier prétextant un malaise. De plus, pendant qu'elle posait, elle exécutait des grimaces et des mouvements involontaires des bras ou des membres inférieurs. Les peintres lui en firent des reproches, mais elle ne pouvait faire autrement. Ces mouvements, dit-elle, étaient sans doute exécutés par le démon de la luxure. Ne pouvant plus gagner sa vie comme modèle, elle cherche à vendre des bouquets dans les cafés. Mais elle n'y parvient pas, on l'accable de railleries, on l'appelle la folle, parce que dans ces cafés, comme dans l'atelier des peintres, elle fait des grimaces et des gestes dont elle n'est pas maîtresse et qui sont pour elle occasionnés par la possession du diable. La malade se lamente sur son sort et se trouve très malheureuse d'être ainsi possédée par le malin esprit qui l'empêche de gagner sa vie.

En juillet 1891, elle est femme de chambre dans une maison, quand sa mère et son patron vinrent à mourir dans l'accident de chemin de fer de Saint-Mandé.

Ce fut pour elle une secousse morale très forte et en même temps une nouvelle source de misère. Ne pouvant plus se placer et ne pouvant supporter plus longtemps sa croix, dit-elle, elle se jette à la Seine pour se soustraire au démon qui la possède toujours. Elle fut retirée par un jeune homme qui prit pitié et vécut avec elle jusqu'au moment de son entrée à l'hospice. Mais le diable la possédait toujours et lui faisait faire des choses qu'elle ne voulait pas faire. C'est ainsi qu'elle exécutait toujours des mouvements involontaires des bras et qu'elle parlait quelquefois tout haut sans qu'elle le veuille. Elle alla voir un prêtre et demanda à être exorcisée. Elle consulta aussi une somnambule et le zouave Jacob et, enfin, elle vint nous trouver à l'hôpital pour que nous chassions de son corps cet esprit qui la travaille.

Des spirites lui ont dit qu'elle était hantée par un esprit et que, pour la guérir, il fallait un esprit plus fort que celui qui la travaillait pour le chasser et qu'elle ne pouvait trouver cela qu'à la Salpêtrière.

Etat actuel. — Femme d'une intelligence moyenne, taille petite. Figure régulière. Aucun stigmate physique de dégénérescence. La sensibilité est un peu plus faible à droite qu'à gauche. Le réflexe pharyngien est aboli, mais pas de rétrécissement du champ visuel, pas de surdité, pas d'anosmie. Point douloureux sous mammaire gauche, provoquant une légère oppression à la pression. Point ovarien gauche sensible. Jamais d'attaques hystériques convulsives.

La malade se plaint de ressentir des douleurs de tête et des

©BIUM

élancements dans tout le corps. C'est le diable, dit-elle, qui en est cause. C'est lui qui la possède et qui révèle son existence par ces manifestations et elle nous prie de l'en délivrer. Le démon hante son esprit, il s'est accaparé de sa pensée et il possède son corps.

La preuve, dit-elle, qu'il possède ma pensée, c'est que je ne puis parfois parler. Vous m'adressez la parole et je ne puis vous répondre.

D. — Pourquoi, ne pouvez-vous nous répondre?

R. — Par moment je ne comprends pas votre question et d'autres fois, je ne puis parler que lorsqu'il veut bien me le permettre. Je ne puis trouver mes mots et faire marcher ma langue.

Le diable occupe ma pensée et, quand il n'occupe plus ma pensée, je puis vous répondre (nous avons constaté souvent les mouvements de sa bouche quand nous attendions sa réponse).

D'autres fois, au contraire, je dis des choses que je ne veux pas dire. C'est donc le diable qui parle par ma bouche ; il fait quelquefois marcher ma langue malgré moi.

D. — Mais pourquoi me dites-vous que c'est le diable qui vous fait parler, ou vous empêche de parler? Vous ne l'avez pas vu?

R. — Mais certainement non, je ne l'ai pas vu, un esprit ne se voit pas. Il manifeste sa puissance par des actes ou des sensations qu'il vous fait éprouver.

D. — Entendez-vous la voix du diable?

R. — Non, je n'entends pas au dehors sa voix; mais j'entends une voix intérieure, qui me parle, tantôt dans la poitrine, tantôt dans le cou, et cette voix est celle du démon, et souvent quand je parle, ce n'est pas moi qui parle, mais lui qui parle par ma voix.

Le diable possède son corps, il a pénétré en elle par les organes génitaux. Quand elle éprouve des borborygmes, c'est le diable qui se déplace. Quand elle éprouve une douleur sous le sein gauche, c'est encore le diable qui provoque cette douleur et occasionne de l'oppression.

D'autres fois, la malade sent un fourmillement dans le membre inférieur, une espèce de frôlement tout le long de ce membre. Ce frôlement, pour elle, est encore occasionné par la présence du diable, et nous voyons souvent la malade faire un geste inconscient avec la main pour éloigner cet être imaginaire. La malade ne s'aperçoit de ce mouvement que lorsqu'il est fait et, à ce moment seulement, elle se rend compte de ce mouvement.

Pendant l'interrogatoire, nous voyons aussi la malade faire des grimaces et présenter des secousses dans les membres infé-

©BIUM

rieurs. Elle frappe le pavé, comme si son membre était secoué par une décharge électrique.

Il n'est pas rare, non plus, de voir la malade faire tout à coup un signe de croix et, interrogée sur le champ, la malade reconnaît qu'elle a fait un signe de croix, mais elle n'en avait pas l'intention. Ce signe de croix est fait pour chasser le diable.

Enfin, quand la malade ne se sent pas observée, elle remue les lèvres et la langue. Ces mouvements des lèvres et de la langue sont aussi le plus souvent inconscients; la malade ne s'en aperçoit que lorsqu'elle émet des sons.

Indépendamment de ces idées démoniaques, la malade a des idées de persécution et de fausses interprétations. Elle accuse ses voisines de lui faire des misères, de la tourmenter et de lui faire des grimaces. Ainsi, dit-elle, elles mettent les doigts dans leur nez, elles se mouchent avec bruit, tout cela pour me tourmenter. Je suis, dit-elle, le bouffon, la balle, le jouet de ces vilaines femmes. Mais elle n'entend pas de voix désobligeantes. Ainsi, pas d'hallucinations auditives.

Pas d'hallucinations, non plus; du goût et de l'odorat, mais troubles de la sensibilité générale. Elle sent le frôlement du diable et elle éprouve des sensations génitales. (incube). Les rapports sexuels avec le diable lui sont désagréables; pour les faire disparaître, elle se masturbe et évoque l'image de son amant. A ce moment alors, elle est heureuse. D'un autre côté, elle sait qu'elle fait mal en agissant de la sorte; mais la domination du démon lui est trop désagréable et puis ce démon, prouve sa puissance en la faisant agir ainsi et déplaire à Dieu. Dans ces moments-là, dit-elle, mon diable ferait fuir un prêtre; par mes grimaces et mes cris, il est, en effet, plus fort que lui. Le pape seul, peut-être, serait capable de le dominer et de m'exorciser.

Très souvent, dit-elle, je suis crucifiée, cela m'arrive presque toutes les nuits. Elle a les pieds croisés l'un sur l'autre et elle ne peut les bouger. C'est le diable qui la crucifie ainsi, et ce crucifiement est la cause de son insomnie. Un soir, elle dit à la veilleuse, n'entendez-vous pas les coups de marteau. C'est le diable qui me cloue sur la croix. Cette hallucination de l'ouïe est la première que la malade ait manifestée. Dans le jour, le démon la crucifie aussi. En effet, elle se trouve souvent les bras derrière le dos et dans l'impossibilité de les détacher; en même temps, ses pieds sont croisés l'un sur l'autre. C'est cette attitude de ses membres qui lui donne à penser qu'elle est crucifiée.

Il lui arrive aussi, nous dit-elle, de ne plus retrouver les objets qu'elle a placés dans un endroit et de les retrouver dans

©BIUM

un autre. Cela tient encore à la puissance du démon qui me fait transporter des objets là où je n'ai pas l'intention de les placer.

Nous ne signalons aucune idée de grandeur.

Si nous interrogeons la malade sur un sujet en dehors de son délire, nous trouvons ses réponses très nettes, très précises, raisonnables. Son intelligence est assez vive et ses connaissances intellectuelles sont assez étendues, mais elle finit presque toujours ses conversations par ces mots : Vous me guérirez, n'est-ce pas, Monsieur, pour que je puisse bientôt sortir d'ici et solliciter la sortie de prison de mon mari.

Deux mois après son entrée dans le service, cette malade s'agite. Elle vint se plaindre que ses compagnes se moquaient d'elle, et que le démon était de plus en plus fort. Il lui prenait entièrement sa pensée et voulait la rendre folle. Elle ne comprenait plus ce qu'on lui disait et ne pouvait plus nous répondre, et en même temps elle nous suppliait de la délivrer de ce malin esprit. C'est alors qu'elle tenta de se suicider par la pendaison. Trois mois plus tard, elle essaye de s'empoisonner avec du chlorure de chaux qu'elle avait trouvé dans les cours.

Interrogée sur la cause de ces tentatives de suicide, elle nous répondit que, voyant notre impuissance à la délivrer du démon, elle a voulu en finir en se donnant la mort. Sa croix est trop lourde, elle est trop malheureuse et elle ne peut vivre ainsi. Depuis quelque temps, elle ne pouvait dormir, elle était sans cesse crucifiée.

Ces crises d'agitation et ces tentatives de suicide coïncident avec l'époque menstruelle.

Voyant une surveillance très active développée autour d'elle, cette malade, au mois de décembre dernier, nous réclama avec autorité sa sortie, nous disant qu'elle était parfaitement guérie, qu'elle n'était plus possédée du diable, qu'il fallait signer sa sortie. Cet état de dissimulation du délire dura un mois, puis, voyant notre résistance, elle nous avoua, au bout de ce temps, qu'elle nous affirmait sa guérison, parce qu'elle espérait nous tromper.

Aujourd'hui, 20 février 1893, elle est calme, et son délire est toujours aussi systématisé. Elle demande à ce qu'on la délivre du démon.

Elle travaille à l'atelier, mais souvent s'arrête pour entendre ses voix intérieures et faire ses mouvements des membres et pendant ce temps les personnes qui l'entourent peuvent constater les mouvements de ses lèvres et de sa langue. Son sommeil est bon. L'appétit est régulier. Elle écrit beaucoup, surtout à son mari et au chef de service. Ses lettres à son mari sont très affectueuses. Elle dit être très bien soignée et être

©BIUM

bientôt guérie. Dans ses lettres au chef de service, elle dévoile son délire. Elle dit franchement que le démon la possède et est maître de sa pensée.

24 *mars* 1893. Depuis quelques jours, cette malade dissimule à nouveau son délire. Elle n'est plus malade, il faut signer sa sortie. Elle a besoin de sortir pour aller voir des députés, M. Peytral, par exemple, qui connaît sa famille et qui, sans aucun doute, fera une démarche pour son mari.

La surveillante l'observe dans la journée, à l'atelier, et elle la voit très souvent s'arrêter dans son travail et parler tout bas et faire quelques mouvements des bras comme pour chasser le démon.

Mais la malade nie ces mouvements ou les interprète d'une autre façon. Elle prétend être guérie.

Traitement. Toniques, bains, douches, sulfonal quand la malade a de l'insomnie.

Réflexions. — Je crois devoir relever dans cette observation plusieurs points importants :

1° La couleur du délire. Ce délire de possession démoniaque est rare de nos jours. Les malades accusent généralement la police, l'électricité, le téléphone, le magnétisme ou l'hypnotisme d'être cause de leurs tourments;

2° Le mode de début, l'évolution et la marche du délire. Pas de prodromes. Systématisation d'emblée avec dédoublement de la personnalité. Depuis deux ans, même état, sans rémission, chez une personne jeune, vingt-cinq ans, ayant une tare héréditaire chargée ;

3° La variété motrice et psycho-motrice du délire, sur laquelle M. Séglas a attiré l'attention dans une des dernières séances. L'élément moteur joue ici le rôle principal. C'est lorsque le mouvement est accompli, que le malade en déduit des conséquences. Ce délire est bien différent du délire sensoriel de persécution de Lasègue-Falret ou du délire chronique de Magnan. Il diffère aussi du délire des persécutés-persécuteurs de Falret et du délire des dégénérés qui évolue par bouffées ;

4° Enfin, l'absence d'hallucinations de l'ouïe et l'existence d'hallucinations psycho-motrices du langage;

5° Quelle en sera la terminaison? Aurons-nous un délire de grandeur?

Le suicide, dans ces cas, est aussi logique que l'ho-

©BIUM

micide l'est dans le délire de persécution. Le malade se détruit pour se soustraire à la puissance dominatrice qui est en lui.

M. Séglas. — Dans un des derniers numéros de la *Gazette de médecine de Bordeaux*, M. Régis donne une observation assez semblable à celle que vient de vous présenter M. J. Voisin. Il s'agit d'un héréditaire ; début brusque par des idées religieuses systématisées : hallucinations verbales motrices ; plus tard, dédoublement de la personnalité ; une puissance bienfaisante lui donnait de bons conseils. Après quelque temps survinrent des idées de grandeur.

M. Dupain. — J'ai eu dans mon service, à l'asile de Bailleul, une femme à hérédité chargée, qui a présenté, étant déjà d'un âge assez avancé, des idées de possession démoniaque, avec agoraphobie, peur du toucher, peur des épingles. Pour mettre un terme aux agressions nocturnes du diable, elle s'était fait exorciser, sans résultat. En province, on rencontre assez fréquemment le délire démonomaniaque, surtout chez les faibles d'esprit.

M. J. Voisin. — Ma malade n'était pas une faible d'esprit et ne présentait pas de stigmates physiques. Elle a offert un délire systématisé d'emblée.

M. Falret. — Le sujet de l'observation de M. J. Voisin, diffère profondément des persécutés vrais par l'invasion brusque et la systématisation rapide, sans hallucinations de l'ouïe. On ne saurait étudier avec assez de soin, les variétés cliniques du délire de persécution.

Des antécédents syphilitiques chez quelques paralytiques généraux.

M. Le Filliatre. — Au début de ce travail, notre intention avait été d'abord de faire porter nos recherches sur le plus grand nombre de paralytiques généraux possible, mais l'aridité et la difficulté des fouilles étiologiques nous a amené à en restreindre le nombre.

Dans beaucoup de statistiques l'on s'est contenté seulement d'interroger la femme du malade, le mari de

©BIUM

la malade, quelquefois la mère, parfois le père et rarement les frères ou sœurs.

Dans ces degrés de parenté, il est rare que l'on obtienne quelques renseignements intéressants au point de vue syphilitique : la femme ignore la vérole de son mari à moins qu'elle même ne l'ait contractée avec lui, le père et la mère la méconnaissent plus encore, à moins qu'eux-mêmes soient syphilitiques, les sœurs du malade n'en ont jamais connaissance et les frères, parmi tous les proches parents, sont quelquefois les seuls confidents du mal qui nous intéresse à un si haut point.

C'est ainsi que les statistiques, faites seulement d'après les interrogatoires de la famille du malade, ne prouvent pas suffisamment.

Nous avons reconnu que, pour les paralytiques généraux (hommes), il était de toute nécessité d'interroger, non seulement tous les parents et, parmi ceux-ci, les frères surtout, mais *principalement les amis* que le malade a pu fréquenter avant le régiment, pendant le régiment, au sortir de ce dernier et pendant le mariage. C'est grâce à l'interrogatoire, soit de vive voix, soit par lettres, de cette dernière catégorie de personnes, que nous avons obtenu les renseignements les plus précis au sujet des antécédents syphilitiques.

Nous avons également tenu compte des réponses du malade, tout en ayant égard à son état mental.

Pour faire de pareilles recherches, l'on est obligé de voir souvent jusqu'à *huit ou dix personnes* et d'écrire quelquefois à autant. Les recherches demandent donc un temps considérable, car l'on est obligé de reconstituer la vie du malade, de l'y suivre pas à pas et d'interroger tous ceux qui, tour à tour, ont pu le fréquenter.

Nous avons pris nos sujets au hasard et, pour nous mettre à l'abri de toute critique, nous avons fait porter notre petite statistique sur tous les paralytiques généraux (hommes) rentrés à l'asile de Villejuif dans le service de notre maître, M. le Dr Vallon, depuis le 3 août 1892 jusqu'au 14 décembre 1892. Le nombre des paralytiques généraux, rentrés pendant cette période, s'est élevé à *quarante*.

Dans notre statistique, nous n'avons porté le diagnostic de syphilis que lorsqu'il nous a été permis de retrouver :

©BIUM

1° *Le chancre;*
2° *Les plaques muqueuses;*
3° *Le traitement spécifique* ordonné au malade.

En dehors de ces trois grands signes, les autres symptômes sont :

Les uns, comme la roséole, difficiles à retrouver : ne passe-t-elle pas, en effet, le plus souvent inaperçue aux yeux du malade et, à plus forte raison, à la connaissance de son entourage?

Les autres, comme la chute des cheveux, les maux de tête le soir, les maux de gorge de la seconde période, les fausses couches de la femme, ne sont pas assez caractéristiques pour qu'avec ces données nous nous soyons permis de faire de notre malade un syphilitique.

Mais, lorsqu'il nous a été donné de retrouver avec ces quelques signes, des traces *de syphilide ancienne* à l'examen du malade, nous n'avons pas cru devoir hésiter un instant au sujet du diagnostic.

Ainsi donc, par ce procédé, nous avons rejeté tous ceux de nos malades chez lesquels nous avons pu avoir quelques doutes au sujet syphilitique, doutes que nous n'avons pas pu transformer en certitudes. Ces malades étaient taxés de *syphilitiques probables* dans les autres statistiques.

Nos recherches, commencées au mois d'août et finissant à la fin de janvier, nous ont donné les résultats suivants :

Sur 40 paralytiques généraux, nous avons rencontré 21 fois la syphilis d'une façon certaine chez le malade et 1 seule fois chez le père, ce qui porte *à 22 le nombre de nos syphilitiques sur 40 paralytiques généraux c'est-à-dire 55 p. 100.*

Il nous a paru intéressant de rechercher la relation de temps qui sépare la date du chancre du début de la paralysie générale. Voici les chiffres trouvés :

Age du malade.	Date du chancre.	Période qui sépare le chancre de la paralysie générale.
—	—	—
50 ans	à 20 ans	30 ans
43 —	17 —	26 —
41 —	17 —	24 —

©BIUM

Age du malade.	Date du chancre.	Période qui sépare le chancre de la paralysie générale.
—	—	—
44 —	21 —	23 —
40 —	18 —	22 —
44 —	22 —	22 —
41 —	20 —	21 —
45 —	29 —	16 —
38 —	23 —	15 —
45 —	30 —	15 —
30 —	19 —	11 —
41 —	30 —	11 —
41 —	31 —	10 —
29 —	19 —	10 —
30 —	22 —	8 —
25 —	20 —	5 —
37 —	35 — 1/2	1 — 1/2
44 —		
33 —	Chancre avant de se marier.	
33 —		
41 —		

En résumé, le tableau ci-dessus nous montre qu'au point de vue de l'âge :

7 *Sept* de nos malades ont contracté la syphilis de 20 à 30 ans avant le début de la paralysie générale.
7 *Sept* de 10 à 20 ans avant.
1 *Un* 8 ans avant.
1 *Un* 5 ans avant.
1 *Un* 1 an 1/2 avant.
4 *Quatre* avant le mariage.

21

En somme, dans l'hypothèse où la paralysie générale serait une manifestation de la syphilis, elle en serait une manifestation tardive, survenant en général *entre* 10 *et* 30 *ans après l'accident primitif.*

Quant au vingt-deuxième de nos malades, c'est le seul dont le père ait eu la syphilis dans sa jeunesse (à l'âge de vingt-cinq ans) ; ce malade ne nous a pas paru avoir présenté d'accidents syphilitiques, il est d'une constitution faible et chétive ; sa mère toutefois était une dégénérée, présentant quelques idées de persécution.

Sur ces 22 syphilitiques, 9 étaient des buveurs ;

5 fois, il y a eu alcoolisme du côté du père ;

©BIUM

4 fois, de l'hérédité nerveuse, soit du côté du père, soit du côté de la mère ;

Et 19 ont été mariés, dont 13 n'ont pas eu d'enfants ou ont eu à enregistrer de nombreuses fausses-couches chez leurs femmes.

Chez ces 22 malades, c'est donc la syphilis que nous devons faire passer avant tout autre facteur étiologique, vu le petit nombre des autres antécédents héréditaires ou personnels.

Sur les 18 malades restant, 2 n'ont pas été visités et n'ont pu nous fournir des renseignements valables ;

Chez 12, *nous avons rencontré des excès alcooliques* ;

2 *fois*, *le saturnisme* avec manifestations antérieures (coliques de plomb) ;

1 *fois*, *du traumatisme cérébral* ;

5 fois, des maladies vénériennes dont nous n'avons pas pu préciser la nature, et 5 fois, enfin, de l'hérédité, soit nerveuse, soit arthritique, ou de l'alcoolisme du côté des parents.

Nous devons donc remarquer que, chez ces 40 malades, le facteur étiologique le plus souvent rencontré est la syphilis.

Ces résultats sont loin de coïncider avec certaines statistiques. M. Magnan ne retrouve-t-il pas, en effet, la syphilis dans la proportion seulement de 4 p. 100 ; M. Dubuisson, au Congrès de Blois, ne donnait-il pas le nombre de 3 p. 100 ; M. A. Voisin de 1.7 p. 100, et M. Nicoulau, dans sa statistique récente, une proportion plus faible encore, de 1 sur 128 paralytiques généraux ?

Si nous recherchons la cause de cette divergence de résultats, nous pensons que, si notre proportion de syphilitiques est si élevée, c'est que *nous avons recherché à écarter toute cause d'erreur par des interrogatoires répétés* des parents et surtout des amis.

Sans nous prononcer sur la question, on nous permettra de remarquer que, lorsque l'on cherche la syphilis avec persévérance et indifféremment chez tous les aliénés, on est frappé du grand nombre de paralytiques généraux syphilitiques et du petit nombre de véroles que l'on constate dans les autres catégories de malades.

©BIUM

Dans les maladies mentales, cette coïncidence plus marquée de la syphilis et de la paralysie générale et sa plus grande fréquence étiologique, déjà mise en lumière par MM. Régis, Mendel, Æbeke, Mac Dowal et Bonnet, nous amènent très justement à penser avec MM. Falret, Jules Voisin, Ballet, Vallon et Ritti, que si la syphilis n'est pas la cause déterminante de la paralysie générale, elle n'en reste pas moins *une grande cause prédisposante*.

M. CHARPENTIER. — Je relève, dans la communication de M. Lefilliatre, deux lacunes importantes pour la question de la paralysie générale syphilitique. Sur les vingt malades, considérés comme syphilitiques, M. Lefilliatre ne nous a pas dit combien de fois il avait constaté la cicatrice indélébile du chancre induré ; il ne nous a pas non plus indiqué si ces sujets avaient présenté des cicatrices de syphilides ulcéreuses si caractéristiques, ni des traces de lésions osseuses ou périostées de même nature. Si cette lacune est volontaire, elle entraînerait à croire que la paralysie générale syphilitique surprendrait de préférence les sujets qui n'auraient présenté ni ces lésions cutanées graves, ni ces lésions du tissu osseux ou de son enveloppe. Je n'ai pas l'intention de nier l'existence de la paralysie générale syphilitique ; je ne veux pas non plus nier les rapports de la syphilis avec la paralysie générale ; mais j'ai remarqué que dans la plupart des observations se rapportant à cette question, les auteurs avaient commis la même négligence que M. Lefilliatre, et n'avaient noté ni la cicatrice initiale, ni les cicatrices cutanées, ni les lésions osseuses et périostées. C'est une lacune d'autant plus regrettable que les antécédents fournis, soit par le malade, soit par ses amis, comme l'a fait M. Lefilliatre, soit même par des ordonnances médicales, n'auront jamais le caractère d'authenticité des cicatrices et des lésions dont je parle. Des malades peuvent croire avoir été atteints de chancre, alors qu'ils n'avaient que de l'herpès ; ils ont pu être traités par erreur comme syphilitiques, et le fait que de tels sujets ont pris longtemps du mercure ou de l'iodure de potassium, n'est pas nue démonstration d'une syphilis qui a pu ne pas exister. Beaucoup d'entre eux ont pu se tromper ou être trom-

©BIUM

pés ; ils sont débonnaires et crédules, longtemps même avant de devenir paralytiques généraux. Je conclus en proposant de n'accorder, dans les statistiques sur cette question, de valeur qu'aux observations relatant l'existence d'une cicatrice de chancre induré, ou de lésions cutanées et osseuses de même nature. C'est pour cette raison que je persiste à considérer la paralysie générale syphilitique comme incurable, opinion que j'ai déjà soutenue en différentes circonstances, notamment au Congrès de Rouen.

M. Auguste Voisin. — Depuis plus de trente ans, que j'observe des paralytiques généraux, j'ai toujours recherché avec soin des signes de syphilis, et j'en ai trouvé si rarement que j'en arrive à considérer la syphilis comme une cause bien peu fréquente de la paralysie générale. Je soumets pendant six mois tous mes paralytiques généraux à un traitement mercuriel et ioduré ; je n'ai pas obtenu de résultat.

M. Vallon. — Je crois au rôle important de la syphilis dans l'étiologie de la paralysie générale ; mais, suivant moi, l'alcoolisme tient la première place.

M. Roubinovitch. — Je rappellerai, à l'occasion de la communication de M. Lefilliatre, le travail de M. Lioubinow, paru dernièrement dans le *Messager de psychiâtrie clinique de Saint-Pétersbourg*. L'auteur s'est attaché à étudier l'état des fibres d'association dans l'écorce cérébrale des paralytiques généraux, et au cours de son travail il a cherché à établir d'une façon aussi précise que possible et avec toute l'impartialité nécessaire, l'étiologie de l'encéphalite interstitielle diffuse.

Dans les recherches de cet ordre, ce n'est pas le nombre d'observations qui importe, mais surtout la qualité, la richesse en détails importants de chacune d'elles. Aussi, est-on très frappé de constater que sur toutes les observations de M. Lioubinow (au nombre de douze), il n'en existe aucune avec une seule et unique cause dans les antécédents. Ainsi, l'alcoolisme a été retrouvé sept fois, mais jamais seul, et toujours associé ou à la syphilis, ou à l'hérédité, ou à un traumatisme crânien, ou au rachitisme. De même, dans cinq observations, on voit mentionner la syphilis, mais également jamais seule, et combinée tantôt au surmenage intellec-

©BIUM

tuel, aux excès vénériens, à l'alcoolisme, tantôt à plusieurs de ces facteurs réunis. Il résulterait de ces recherches que ni la syphilis seule, ni l'alcoolisme seul, ni l'hérédité seule ne peuvent déterminer la paralysie générale, qu'aux maladies aussi complexes que cette dernière, il faut des causes complexes, et que la recherche d'une cause unique de la paralysie générale sera probablement en pathologie mentale un problème semblable à celui de la pierre philosophale et de la quadrature du cercle.

M. VALLON. — Cette théorie de la complication des causes est bien connue ; elle a été exposée, il y a deux ans, dans la thèse d'un de mes élèves.

M. CHRISTIAN. — Au Congrès de 1889, j'ai traité la question de l'étiologie de la paralysie générale ; j'ai soutenu que la syphilis n'y joue aucun rôle. Depuis lors, mon opinion n'a pas changé. Plus on s'acharne à la statistique et à l'interrogatoire des malades et de leurs parents, plus on est sûr d'entendre parler de syphilis. Tout le monde y veut croire, parce qu'elle exclut l'hérédité et donne unechance de guérison. Si l'on admet que tous les paralytiques généraux de M. Lefilliatre sont syphilitiques, il faut en conclure qu'une fois syphilitique, on le demeure toute la vie, ce qui est à démontrer. Du reste, les lésions de la paralysie générale n'ont aucunement l'aspect de lésions syphilitiques. Je pense donc que jusqu'à nouvel ordre la statistique est impuissante à résoudre le problème.

M. LEFILLIATRE. — Je ne prétends pas établir que tous les paralytiques généraux sont syphilitiques. Mes conclusions ne s'appliquent qu'à un grand nombre d'entre eux.

M. CHRISTIAN. — Un syphilitique peut devenir paralytique général, mais on n'est pas autorisé à en conclure que la syphilis est la cause de la paralysie générale.

M. BRIAND. — J'engage M. Lefilliatre a faire la contre-épreuve, et à rechercher les syphilitiques parmi les vésaniques.

La séance est levée à six heures moins le quart.

René SEMELAIGNE.

©BIUM

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ALLEMANDS

Neurologisches Centralblatt.

ANNÉE 1890.

I. — *Atrophie musculaire et altérations de l'excitabilité électrique dans les cas de foyers cérébraux ;* par le Dr Eisenlohr (numéro de janvier). — L'atrophie musculaire précoce, par conséquent non imputable à l'inaction prolongée, dans les cas de paralysie d'origine cérébrale, a été depuis longtemps signalée. Quincke l'ayant observée en l'absence de toute trace de dégénérescence descendante et de toute lésion des cellules ganglionnaires des cornes grises antérieures, où Charcot a localisé le substratum anatomique de l'atrophie musculaire, a conclu à l'existence de foyers corticaux trophiques à côté des foyers moteurs. Quant à l'excitabilité électrique, Quincke l'a trouvée à peine altérée, tandis qu'Erb estime qu'on observe exceptionnellement une diminution de cette excitabilité plusieurs années seulement après l'apparition de la paralysie. — Wernicke, au contraire, prétend que ce phénomène est loin d'être rare dans l'hémiplégie et l'hémianesthésie d'origine cérébrale, et constitue, quand il existe, une preuve d'hémiplégie directe. Eisenlohr qui a étudié également les variations qualitatives de l'excitabilité électrique, estime qu'au point de vue de leur valeur pour le diagnostic différentiel, ses observations méritent d'être rapportées.

Dans deux cas suivis d'autopsie, il s'agissait d'hémiplégie avec atrophie précoce des muscles du côté paralysé, et anomalies qualitatives de l'excitabilité électrique d'une partie des muscles atrophiés. Ceux-ci présentaient, quoique d'une manière moins typique, les caractères de la réaction de dégénérescence. L'autopsie révéla, dans les deux cas, des abcès de centres cérébraux, avec traces de dégénérescence descendante dans un cas seulement, et intégrité, dans les deux cas, des cornes antérieures de

©BIUM

la substance grise. Il fallait donc renoncer à interpréter l'atrophie musculaire par la théorie de Charcot : les recherches micrographiques ont démontré qu'il fallait rejeter également l'hypothèse d'une lésion périphérique. Eisenlohr rappelle que Babinski a déjà rapporté (Société de biologie, 1886) trois cas d'atrophie musculaire sans lésion dans le cerveau et dans les cornes antérieures, mais que, fidèle à la doctrine de Charcot, il a préféré admettre une lésion *dynamique* des cornes antérieures. C'est là une hypothèse qui ne satisfait pas l'auteur, qui, plutôt que de s'y rallier, aime mieux laisser le fait inexpliqué, ou admettre une action trophique des centres nerveux amenant des changegements de contractilité dans les muscles sans altération palpable de la structure de ces centres. Bref, les observations de l'auteur l'amènent à croire que si, comme l'admet Wernicke, les altérations *quantitatives* de l'excitabilité électrique des muscles sont une preuve de l'origine cérébrale de la paralysie, les altérations *qualitatives* dépendent aussi de la destruction d'un foyer cérébral moteur, ou d'une voie de transmission motrice. Les autopsies ont démontré qu'il ne s'agit pas de foyers corticaux. — L'auteur ajoute l'observation détaillée d'un troisième cas de paralysie avec atrophie et altérations quantitatives et qualitatives de l'excitabilité électrique. La lésion consistait en un foyer de ramollissement situé dans l'hémisphère cérébral droit, l'amyotrophie d'origine spinale ou périphérique devant être à coup sûr écartée.

Borgherini a cherché à interpréter les faits de ce genre en admettant que les atrophies précoces sont la conséquence d'une action des foyers corticaux ou cérébaux profonds sur les cornes antérieures de la moelle : action qui s'exercerait « viâ sensible », la fréquence d'hémiplégies par lésion du faisceau moteur de la capsule interne non accompagnée d'atrophie musculaire ne permettant pas d'admettre que cette action s'exerce « viâ motrice ». Mais cette théorie, que l'auteur trouve quelque peu fantaisiste, n'expliquerait pas comment les hémiplégies, si fréquemment compliquées d'hémianesthésie, peuvent exister sans amyotrophie. D'après l'auteur il faudra renoncer à la théorie qui attribue exclusivement aux cellules ganglionnaires des cornes antérieures, l'action trophique sur les muscles, et reconnaître une part d'influence trophique à des centres cérébraux, sans qu'il soit possible, actuellement, de localiser cette influence d'une manière certaine.

II. — *Aliénation mentale consécutive à l'influenza ;*

©BIUM

par le professeur Pick (numéro de février). — L'analogie de l'influenza avec d'autres affections infectieuses, l'apparition de symptômes nerveux graves dans le cours de la maladie, permettaient d'admettre *à priori* que, chez des sujets prédisposés, des troubles psychiques pourraient être produits par l'influenza. L'auteur en a observé un cas dans sa clinique. Une fille de vingt ans, dont le père et la sœur sont sujets à de violentes migraines et dont la mère a des accès convulsifs avec aura, a été atteinte d'influenza le 4 janvier 1890. Traitée en ville par deux médecins, elle a dû être admise à la clinique le 8 janvier, en raison d'un état maniaque avec rire, loquacité, incohérence des propos, qui compliquait son état. Le 14 du même mois, ces troubles psychiques se sont fortement amendés, et le 18 ils avaient complètement disparus. L'auteur estime qu'il s'agissait de folie infectieuse imputable à l'influenza, et rappelle à ce sujet deux cas analogues, dont l'un a été rapporté par Crichton-Brown (*West Riding lunatic asylum medical Reports*, t. IV, 1874, page 269), et dont l'autre, qui n'a duré que quatre jours, lui a été signalé par son confrère Kisch.

III. — *Un cas de névrose traumatique suivi d'autopsie;* par les D^rs^ Bernhardt et Kronthal (numéro de février). — Un homme de trente ans reçoit en 1886 un coup de pied de cheval à l'épigastre. L'observation détaillée a été publiée ailleurs; l'auteur se contente de rappeler ici que cet homme, présentant les symptômes de neurasthénie et d'hystérie, eut des vertiges fréquents, des moments d'absence, de l'agitation nocturne, resta déprimé malgré un dédommagement convenable pour le préjudice que lui causait cet état, et se suicida par pendaison en mai 1889. Le D^r^ Strassmann constata à l'autopsie, en plus des lésions propres à la pendaison, un catarrhe gastro-intestinal et une dégénérescence graisseuse du foie. La moelle fut examinée par le D^r^ Kronthal. A l'œil nu, la substance blanche présentait des taches disséminées d'une nuance plus foncée. Leur dissémination sans ordre ne permettait pas de les confondre avec les taches formées à l'état normal dans la substance blanche par certains faisceaux plus riches en névroglie, comme les faisceaux de Goll. Ces parties sombres examinées au micrascope présentèrent une augmentation de la névroglie. La substance grise était normale. Les parois des artères de la moelle étaient scléreuses, au point de dépasser en épaisseur le diamètre de la lumière du tronc vasculaire. Malheureusement la moelle seule a pu être examinée, le cerveau n'avait pu être

©BIUM

soumis à l'examen microscopique. Les auteurs le regrettent d'autant plus, qu'antérieurement, à une autopsie dans un cas de névrose traumatique, on avait observé de l'artériosclérose dans le cerveau et la moelle, de la dégénérescence du sympathique, et des altérations disséminées de la substance blanche. En tout cas, si l'observation ne permet pas d'établir que la dégénérescence disséminée de la substance blanche est consécutive à l'artériosclérose et que les symptômes observés pendant la vie sont directement liés aux lésions constatées à l'autopsie, les auteurs estiment que malgré des lacunes regrettables, cette autopsie a révélé des lésions identiques à celles observées antérieurement dans la névrose traumatique, et qu'il appartient à l'avenir d'établir la valeur de ces lésions par de nouvelles recherches.

Bernhardt ajoute une remarque à propos de vomissements de sang et de selles sanguinolentes qu'a présentés le malade, et que les lésions constatées à l'autopsie n'expliquent pas. Il est porté en conséquence de les imputer à l'hystérie, et signale à ce sujet les observations de Debove : « Recherches sur l'hystérie fruste et sur la congestion pulmonaire » (*Union médicale*, 1883), et celles de Wagner sur l'expectoration chez les hystériques (*Deutsches Arch. f. klin. Med.*, t. XXXVIII, page 193, année 1886).

IV. — *Hémianopsie basilaire;* par le Dr Ernst Remak (numéro de mars). — Le malade, présenté par l'auteur en 1890 à la Société de psychiâtrie de Berlin, a treize ans. En 1883, à l'âge de six ans, il fut atteint de scarlatine. De la ptosis et de la parésie du muscle droit supérieur du côté droit, observées à la suite de cette affection, furent prises pour des paralysies infectieuses ; mais, plus tard, un arrêt de développement de l'intelligence fit penser à une lésion possible de la base du cerveau. Ces symptômes restèrent isolés pendant cinq ans ; mais, en mars 1889, la ptosis avait considérablement augmentée et l'enfant avait de la parésie de la jambe gauche : il traînait ce membre en marchant ; le phénomène du genou et les réflexes en général étaient augmentés à gauche. La motricité des membres supérieurs n'était pas atteinte. Pas de troubles de la sensibilité.

Cette parésie croisée, compliquant une parésie partielle de l'oculo-moteur droit, permettait de croire qu'à la lésion primitive de la base, siégeant dans le voisinage de l'origine de l'oculo-moteur, s'était jointe une lésion du pédoncule cérébral droit.

Le petit malade marchait toujours la tête tournée du côté

©BIUM

gauche, il se plaignait de céphalalgie fréquente et de malaises, mais sans vomissements. En décembre 1889, il y eut de la narcolepsie, des besoins fréquents d'uriner, ni sucre ni albumine dans les urines.

L'examen ophthalmoscopique a été fait plusieurs fois par le Dr Uhthoff. Il révéla un certain degré d'atrophie papillaire, de la ptosis droite avec restriction des mouvements du muscle droit supérieur, une réaction pupillaire normale, une hémianopsie gauche complète, envahissant les segments inférieurs du champ visuel droit. Il conclut à l'existence d'une lésion de la bandelette optique droite, intéressant le chiasma. Le phénomène de réaction pupillaire hémiopique, signalé par Wernicke comme pathognomonique des lésions des bandelettes optiques, n'a pas été constaté.

Les principaux symptômes étaient en somme :

1° Ptosis droite avec parésie du muscle droit supérieur ;

2° Hémianopsie gauche avec inclinaison habituelle de la tête à gauche, sans réaction pupillaire hémiopique ;

3° Parésie spasmodique du membre gauche inférieur.

D'après l'auteur il y a lieu d'admettre l'apparition d'une lésion intra-cérébrale de l'oculo-moteur droit, remontant à six ans : lésion qui, il y a un an, a gagné le pédoncule cérébral droit et compromis l'innervation motrice du membre inférieur gauche. Il rejette l'hypothèse de deux foyers indépendants, de deux maladies distinctes, parce que l'ordre d'apparition des symptômes indique qu'il y a eu une marche envahissante de l'origine de l'oculo-moteur à la bandelette optique d'abord, au pédoncule cérébral ensuite : marche qui a fait succéder l'hémianopsie à la ptosis et à la parésie du muscle droit supérieur, et enfin la parésie du membre gauche inférieur à l'hémianopsie.

Quant à la nature de la lésion, l'auteur estime qu'elle est plus difficile à déterminer que son siège. La syphilis devant être écartée, quel est le rôle qui revient à la scarlatine qu'on trouve au début? Ne pourrait-on penser à une tumeur de l'hypophyse ou de la région hypophysaire? Rath a publié un cas de tumeur hypophysaire présentant le même ensemble symptomatique, sauf l'hémianopsie homonyme typique. Schulz aussi, ayant observé de l'hémianopsie gauche jointe à d'autres symptômes de tumeur cérébrale, diagnostiqua une tumeur de l'hypophyse ; l'autopsie démontra qu'il s'agissait d'une pachyméningite cérébrale avec pachyméningite hypertrophique cervicale. Ce fait

©BIUM

montre qu'on est exposé à de nombreuses causes d'erreur pour le diagnostic d'affections comme celles que l'auteur vient de rapporter.

V. — *Des altérations des noyaux cellulaires des nerfs craniens, près du plancher du quatrième ventricule, dans un cas de rage;* par le professeur Popow (numéro de mars). — Les symptômes de la rage dénotent une altération du système nerveux central : néanmoins, jusqu'à ces derniers temps, on a surtout signalé des lésions vasculaires. Pokalilow, de Moscou, a, le premier en 1875, attiré l'attention sur les lésions des éléments nerveux et les a rapportées à une inflammation parenchymateuse. Schaffer, en 1888 (*Arch. de psychiâtrie*), a aussi insisté sur les lésions des cellules nerveuses qui, d'après lui, allaient en augmentant de bas en haut du système médullaire : il les a attribuées à un exsudat inflammatoire des vaisseaux, agissant par compression sur les cellules nerveuses et troublant leur nutrition. Il s'agit, d'après Schaffer, d'une myélite infectieuse qu'il n'a recherchée que dans la moelle, mais qu'il soupçonne de dépasser en tout ces limites, et de s'étendre à la moelle allongée. Cette hypothèse a été récemment confirmée par les observations de Laufenauer.

L'auteur ayant également pu étudier le système nerveux d'un homme de quarante ans, mort au cinquième jour, d'une atteinte rabique, a constaté l'existence des lésions vasculaires depuis longtemps signalées. Quant aux éléments nerveux, il a trouvé les espaces péricellulaires petits ou même nuls, les cellules nerveuses surchargées de substance pigmentaire jusqu'au point de perdre leur forme, et de ne plus laisser de trace des noyaux cellulaires. Les lésions étaient d'autant plus marquées, qu'on observait des coupes appartenant à des parties plus élevées de la moelle, et atteignaient leur maximum d'intensité au voisinage du plancher du quatrième ventricule, dans les noyaux des nerfs craniens et surtout dans ceux des nerfs moteurs. L'auteur croit que les lésions qu'il signale sont analogues à celles observées par Leyden, Erb et Charcot et rapportées par ce dernier à une myélite parenchymateuse.

VI. — *Le cerveau sans corps calleux. Essai sur une théorie de la formation des circonvolutions;* par le Dr Jelgersma (numéro de mars). — L'auteur se réjouit de pouvoir appuyer sur des faits pathologiques une théorie à laquelle il n'avait donné jusqu'à présent que la sanction anatomique ou embryologique. La formation des circonvolutions, d'après lui, résulte

©BIUM

de la tendance de la substance grise à s'étendre à la surface de l'encéphale. Mais comme dans un corps qui se développe, la surface augmente comme le carré, et le volume comme le cube, il résulterait une disproportion entre la substance grise, dont la couche garde une épaisseur à peu près constante, et la substance blanche. L'augmentation du nombre de plis de la substance grise empêche cette disproportion, en permettant à une enveloppe donnée de recouvrir un contenu moindre. Or, les dimensions de l'enveloppe dépendent de la quantité absolue de substance grise et de l'épaisseur qu'elle prend, c'est-à-dire de l'épaisseur de l'écorce cérébrale. Le premier de ces facteurs est proportionnel au développement psychique et au volume de l'individu ; le second, l'épaisseur de l'écorce, est à peu près fixe dans la même espèce. Si, par conséquent, l'épaisseur de l'écorce diminue, le nombre des circonvolutions augmente, aussi le cervelet a-t-il des circonvolutions plus nombreuses et plus précoces que le cerveau ; et les animaux qui ont encore un cerveau lisse, ont déjà un cervelet à circonvolutions. D'autre part, la quantité de substance grise et l'épaisseur de l'écorce restant constantes, le nombre des circonvolutions doit nécessairement augmenter, à mesure que le volume de substance blanche à recouvrir diminue. Dans les cas physiologiques, le rapport entre le volume de la substance grise et de la blanche est ordinairement fixe et la quantité de substance blanche ne modifie pas le mode de répartition de la substance grise ; il en est autrement dans les cas pathologiques. Que le corps calleux vienne à manquer, il y aura diminution notable de la substance blanche, et la quantité de substance grise aura à s'accommoder sur un contenu amoindri. Ce résultat sera obtenu, soit par la dilatation, l'hydropisie des ventricules latéraux qui tendra à rétablir le volume à recouvrir, soit par la multiplication des replis de la substance grise, c'est-à-dire des circonvolutions. Quand, comme dans la démence paralytique, la diminution de volume de la substance blanche a lieu dans un cerveau développé, la nature a recours au premier procédé ; quand, au contraire, c'est pendant la vie fœtale (absence de corps calleux) que le phénomène se produit, il y est porté remède par l'augmentation du nombre et de la profondeur des circonvolutions, avec ou sans dilatation ventriculaire. La multiplication des circonvolutions joue un rôle d'autant plus important que la lésion limitée au corps calleux a laissé le reste de l'encéphale plus intact. Et à côté des observations de Sander, Onufrovicz et Deny, qui démontrent l'intervention des deux

©BIUM

procédés signalés, une observation de Fischer nous montre un cas où la multiplication des circonvolutions est seule en jeu. En aucun cas l'auteur n'admet que l'absence de corps calleux puisse être l'effet de l'hydropisie ventriculaire dont elle est au contraire la cause. Quant à la microgyrie qui s'observe souvent avec l'absence du corps calleux, elle peut tenir à la multiplicité des circonvolutions, mais aussi à l'absence ou aux altérations des éléments nerveux : selon le cas, l'individu atteint d'absence du corps calleux pourra arriver à un développement intellectuel se rapprochant de la moyenne, ou au contraire restera condamné à un état d'idiotie plus ou moins accentué. — L'auteur estime que sa théorie rend compte des principales anomalies (multiplicité des circonvolutions et dilatation ventriculaire) qu'on observe dans les cas d'absence de corps calleux, tandis que les autres théories sur la formation des circonvolutions cérébrales ne peuvent nous satisfaire sur ce point, de même que sur beaucoup d'autres.

VII. — *Action exercée par l'influenza sur une affection mentale;* par le Dr Bartels (numéro de mars). — En janvier 1890, les aliénés de Hildesheim furent atteints d'influenza dans la proportion de 13 p. 100. Chez un seul malade, l'état mental fut influencé par l'affection incidente. Il s'agit d'un sommelier atteint de paranoia depuis 1883, et qui malgré des idées de persécution et de satisfaction, était calme et s'occupait régulièrement aux travaux de culture. Ayant présenté les symptômes de l'influenza du 4 au 10 janvier, il fut pris, à la disparition de ceux-ci, d'un accès violent d'agitation maniaque, avec loquacité, désordre des actes, insomnie, rétention d'urine, albuminurie. Les deux derniers symptômes disparaissent le 29 janvier, le malade est relativement calme, mais inquiet, anxieux, il prend difficilement quelques aliments liquides et succombe au marasme le 23 mars.

L'autopsie révèle de l'anémie, de l'atrophie des organes, un léger catarrhe pulmonaire, de la dégénérescence hépatique et rénale, de la pachyméningite chronique, de la leptoméningite et un état granuleux de l'épendyme des ventricules du cerveau.

L'auteur estime que l'influenza a provoqué le processus inflammatoire dont il a trouvé les traces dans le cerveau, et que la mort est due au marasme par suite d'agitation et de nutrition insuffisante.

VIII. — *Folie à la suite d'influenza;* par le Dr Becker (numéro de mars). — L'auteur rapporte un cas analogue à celui

©BIUM

du professeur Pick. Chez une jeune fille de vingt-quatre ans, fortement constituée, mais héréditairement tarée au point de vue des affections nerveuses, sont survenus au neuvième jour de l'influenza des troubles psychiques caractérisés par de l'agitation, des hallucinations et un trouble complet des idées. Ces accidents avaient une marche pour ainsi dire périodique, et se produisaient trois jours consécutifs, à peu près à la même heure. La malade se souvenait imparfaitement, dans les intervalles, des actes de désordre ou de violence auxquels elle se livrait. Au bout de quelques jours la guérison fut complète.

IX. — *Guérison de paranoia à la suite d'influenza ;* par le Dr Metz (numéro d'avril). — L'auteur rappelle que de nombreuses observations publiées par Lehmann, Wagner, Schütze, Wilderling, etc., parlent de l'influence d'affections somatiques, notamment d'affections fébriles, sur les troubles mentaux, et exposent des théories pour expliquer ces faits. Il ne veut, quant à lui, que rapporter une observation qui prouve que l'influenza doit être rangée parmi les affections fébriles qui peuvent exercer une influence sur les maladies mentales. L'observation a rapport à un cas de paranoia survenu chez un homme de trente ans, qui fut admis dans son service à la suite de menaces de mort contre sa femme et son propriétaire, menaces faites sous l'influence d'idées de persécution. A l'asile, le malade était sombre, taciturne, prétendait qu'on le séquestrait pour le rendre malade, paraissait halluçiné. Pris d'une attaque d'influenza, le 13 janvier 1890, un an après son admission, il a pendant deux jours une température oscillant entre 39 degrés et 40 degrés. Le 17, la température baisse, le malade écrit à sa famille une lettre très sensée, reconnaît qu'il a été atteint de folie, raconte au médecin que ses idées délirantes l'ont quitté subitement, ainsi que ses hallucinations, le 17 janvier. Cette guérison coïncidant avec la chute de la température, et dont le malade fait lui-même coïncider le moment avec la défervescence, établit, d'après l'auteur, d'une manière incontestable, l'influence exercée dans ces cas par l'influenza.

X. — *Deux cas de maladies consécutives à l'influenza ;* par le Dr Krause (numéro d'avril). — L'auteur a observé chez un malade atteint d'influenza à évolution d'abord normale, l'apparition de troubles psychiques graves, au douzième jour. Ce malade eut des idées de persécution et de suicide, qui ne durèrent guère qu'un jour. Un second cas est celui d'un instituteur qui, à la suite d'influenza, présenta un œdème du membre

©BIUM

gauche inférieur, œdème qui récidiva plusieurs fois, fut compliqué d'un état mélancolique, et attribué par l'auteur à un trouble de l'innervation.

XI. — *Syringomiélie;* par les Drs Rosenbach et Schtscherbak (numéro d'avril). — L'affection de la moelle, désignée depuis Ollivier sous le nom de syringomyélie, est entrée dans une phase nouvelle. Grâce aux travaux de Rosenbach, Remak, Bernhard, Oppenheim, Schultze, Debove, Rumpf, Allen Marr, Anna Baumler, elle a cessé d'être une curiosité anatomo-pathologique, et l'intérêt qu'a soulevé cette question engage les auteurs à publier une observation nouvelle recueillie dans le service du professeur Mierzejewsky.

Un jeune nomme de vingt et un ans, en pleine santé apparente, tombe, en juin 1889, de la hauteur de plusieurs marches d'escalier sur le dos, sans se faire aucune lésion et sans perdre connaissance. Néanmoins, il ne peut se relever, il ne peut soulever son pied droit, ni plier les doigts de la main droite. Après quelques semaines, la marche est possible, mais il y a de la faiblesse des membres droits, le bras droit s'atrophie, et le malade s'aperçoit que sa *jambe gauche* est insensible au froid. Arrivé à la clinique six mois après sa chute, il présente, au membre supérieur droit, de l'atrophie des extenseurs de l'avant-bras et des muscles de l'éminence thénar. Les muscles interosseux, les fléchisseurs de l'avant-bras et les muscles du bras sont également atrophiés, mais à un degré moindre. Au membre inférieur droit, l'atrophie peu prononcée atteint surtout la cuisse. A gauche, aucune trace d'atrophie. L'excitabilité électrique est diminuée dans certains muscles atrophiés du membre supérieur; aux membres inférieurs, elle est égale des deux côtés. L'excitabilité mécanique des muscles atrophiés et les réflexes tendineux du côté droit sont augmentés. Tandis que les mouvements de la main droite sont très limités, la motricité est normale dans la partie supérieure du membre droit.

La sensibilité cutanée est intacte dans le membre supérieur atrophié; il en est de même dans le membre inférieur droit et le supérieur gauche. Par contre, le membre inférieur gauche (non atrophié) est absolument analgésié, et l'analgésie s'étend à une partie du tronc du même côté : la partie analgésiée est également insensible à l'impression de la température, mais la sensibilité tactile est partout conservée, ainsi que le sens musculaire. Les sens spéciaux sont intacts, sauf une diminution de l'ouïe à gauche, à la suite de variole. Les fonctions urinaires et

©BIUM

génitales ne sont pas troublées, il n'y a pas de malaises subjectifs.

Ces symptômes amènent les auteurs à conclure sans hésitation à une syringomyélie. Un ensemble symptomatique ainsi combiné dénote, sous réserve de certaines particularités à examiner, d'après Charcot (*Leçons du mardi*, 1889, p. 496), l'existence de cette affection. Les réserves faites par Charcot visent la confusion de la syringomyélie avec l'hystérie compliquée d'atrophie musculaire et de troubles partiels de la sensibilité. Mais les auteurs estiment qu'il ne faut pas exagérer le danger d'une pareille confusion, attendu que l'analgésie et la thermo-anesthésie avec conservation de la sensibilité tactile est un fait rare dans l'hystérie, et que les troubles de la sensibilité ont, dans cette affection, une localisation différente; et que, d'autre part, l'atrophie hystérique décrite par Charcot et Babinski ne saurait être confondue avec celle qui est accompagnée de diminution de l'excitabilité électrique avec augmentation de l'excitabilité mécanique des muscles.

Les auteurs font remarquer en terminant, que le début brusque n'était probablement qu'apparent, que la chute était probablement une conséquence d'une aggravation subite et non la cause de la maladie, que ces faits ne sauraient être invoqués contre le diagnostic de syringomyélie, et qu'il est à présumer que l'atrophie avait existé avant ces accidents, mais avait passé inaperçue.

XII. — *Le champ visuel hystérique à l'état de veille et à l'état de sommeil hypnotique;* par le Dr Moravesik (numéro d'avril). — Vu l'importance accordée à l'examen du champ visuel chez les hystériques, et les interprétations diverses données par Charcot, Thomsen, Oppenheim, etc., aux changements de dimensions que cet examen révèle dans certains états, l'auteur a jugé intéressant de faire des recherches dans ce sens sur une hystéro-épileptique. Cette malade examinée à l'état de veille, était prise d'une contraction des membres supérieurs chaque fois que son œil fixait le carré de carton blanc : cette contraction se produisait aussi à l'état de sommeil hypnotique, au moment où le carré blanc apparaissait dans le champ visuel. L'auteur a profité de cette disposition pour obtenir des tracés dans cet état.

Il a pu constater qu'à l'état de veille, les excitations périphériques (application de corps chauds sur la peau, de sel sur la langue, de diapason à l'oreille, d'éther sur le nez), provo-

©BIUM

quaient un élargissement du champ visuel dont le maximum correspondait à l'inhalation des vapeurs d'éther. Pendant le sommeil hypnotique, les mêmes excitations périphériques produisaient les mêmes effets. En outre, des suggestions gaies élargissaient le champ visuel, tandis que des suggestions tristes avaient un effet inverse. — Ayant opéré sur une autre hystéro-épileptique, l'auteur a obtenu les mêmes résultats à l'état de sommeil, mais des résultats inverses à l'état de veille. Aussi, sans vouloir tirer de ses expériences des conclusions générales, estime-t-il qu'un fait au moins peut être retenu : à savoir, que les variations du champ visuel dépendent de facteurs multiples, ce qui, dans l'interprétation des faits particuliers, impose une grande réserve.

XIII. — *Durcissement rapide de la moelle au moyen de courants électriques;* par le Dr Minor (numéro de mai). — En faisant baigner des moelles dans un bain de bichromate de potasse traversé par un courant électrique, l'auteur a obtenu le durcissement très rapide de ces préparations.

Des moelles placées en même temps dans une solution de bichromate de potasse non électrisée, ont servi de point de comparaison.

Les résultats ont été les suivants :

1° La moelle de la solution non électrisée commençait à peine à durcir après quatre à cinq jours ;

2° La partie de la moelle soumise à l'action du pôle positif avait, dans le même laps de temps de quatre à cinq jours, atteint un degré de dureté comparable à celui que présente une moelle baignée pendant deux à trois mois dans une solution de bichromate de potasse. Elle avait une coloration brun foncé ;

3° La portion soumise à l'action du pôle négatif était au contraire ramollie, gonflée, de consistance gélatineuse, et d'une teinte blanche jaunâtre.

Histologiquement la partie durcie n'était pas altérée.

XIV. — *Coupes microscopiques en série avec la photoxyline ou la celloïdine ;* par le Dr Obregia (numéro de mai). — Les coupes faites entre deux couches de collodion, d'après le procédé de Weigert, présentent plusieurs inconvénients : elles sont souvent déchirées par suite de la grande puissance adhésive du collodion ; elles se prêtent mal aux différents procédés de coloration, et enfin les coupes dans la paraffine ne peuvent pas être traitées par ce procédé. L'auteur a évité tous ces

©BIUM

inconvénients en remplaçant la première couche de collodion par une solution « de sucre candi de consistance sirupeuse, 30 grammes ; alcool à 95 degrés, 20 centimètres cubes ; solution de dextrine, 10 centimètres cubes ». Quant à la deuxième couche de collodion, il la remplace au moyen d'une solution de photoxyline, 6 grammes ; alcool absolu, 100 centimètres cubes ; éther, 100 centimètres cubes. Dans cette préparation, on peut remplacer la photoxyline par la celloïdine qui est moins chère. Tel est le procédé en général, l'auteur donne les détails les plus minutieux pour la technique de son application (numéro du 15 mai 1890, p. 297).

XV. — *Névroses et psychoses consécutives à l'influenza ;* par le Dr Solbrig (numéro de juin). — L'auteur rapporte cinq observations de neurasthénie, d'hypocondrie et de mélancolie consécutives à l'influenza. Deux des malades observés n'avaient eu aucun trouble mental avant l'attaque d'influenza, trois autres avaient présenté des troubles psychiques, antérieurement, et se trouvaient en état d'amélioration ou de guérison, quand l'influenza est venu aggraver leur état mental ou provoquer une rechute. Du reste, un seul des cinq malades était indemne de tare héréditaire. Il y a donc lieu d'admettre que, de même que les autres maladies infectieuses, l'influenza peut agir comme cause occasionnelle de l'apparition des psychoses chez les sujets prédisposés. En ce qui concerne le cas du malade non prédisposé, l'auteur se demande s'il y a lieu d'accorder à l'influenza une signification étiologique spéciale, ou d'admettre la possibilité de facteurs inconnus, créant une prédisposition à la folie.

XVI. — *A propos d'une névrose peu connue de la langue et de la cavité buccale* ; par le Dr Bernhard (numéro de juillet). — L'auteur a observé quatre cas d'une affection peu connue dans la littérature allemande, consistant en un sentiment de picotement et de brûlure de la langue, sous forme d'accès. Les quatre malades (trois femmes et un homme), tous âgés de plus de trente ans, éprouvaient les sensations en question, soit à la pointe de la langue, soit sur les côtés et vers la base. Deux fois toute la muqueuse buccale était atteinte du mal, sans que, en aucun cas, on n'ait constaté de lésions appréciables.

L'auteur se refuse à attribuer un rôle étiologique aux dents artificielles que portaient deux de ses malades, d'autant plus que l'une de ses clientes avait une dentition en parfait état. Ces malades, hantés par le spectre du cancer, ne paraissaient néanmoins pas devoir être considérés comme hypocondriaques.

©BIUM

En France, Verneuil, Fournier, Labbé avaient déjà signalé cette maladie, et de la discussion à laquelle a donné lieu leur communication à l'Académie de médecine, il semblait résulter qu'elle frappait souvent les névropathes et les rhumatisants, et qu'elle pouvait être considérée comme un symptôme prémonitoire du tabes ou de la paralysie générale. Sans rejeter absolument cette opinion, l'auteur estime que la maladie peut avoir pendant des années une existence propre.

Magitot, Lefferts et Hadden ont également signalé de ces cas de « glossodynie » ou « d'ulcération imaginaire de la langue ». Albert, dès 1883, avait parlé de cas analogues (art. Langue, de la *Eulenburgscher Realencyclopædie*). Il est le seul qui les attribue à une lésion qu'il aurait constatée à la base de la langue sous forme d'une petite tumeur.

Pour les autres auteurs, ce mal, qui s'observe à l'âge mûr, et de préférence chez la femme, est lié à un état rhumatisant ou névropathique, à une dentition mauvaise ou artificiellement rétablie, et pour quelques-uns, parmi lesquels il faut citer Luys, l'affection en question serait une manifestation d'une maladie nerveuse préexistante, tabes ou paralysie générale.

Tous les remèdes sont peu efficaces, l'électrisation et le traitement moral contre la « cancrophobie » paraissent le mieux soulager les malades.

En terminant, l'auteur met en garde contre la confusion de cette maladie avec celle décrite par Hadden et Hutchinson sous le nom de *Xerostomia*, qui est caractérisée par une sécheresse anormale de la bouche et paraît justiciable de la pilocarpine.

XVII. — *Considérations sur la combinaison des névroses fonctionnelles avec les maladies organiques du système nerveux*; par le Dr Oppenheim (numéro d'août). — La coexistence de l'hystérie avec les maladies organiques du système nerveux a été remarquée depuis fort longtemps, et signalée surtout par l'école de Charcot. Guinon a pu dire que ces maladies organiques étaient les « agents provocateurs » de l'hystérie. Sans parler du tabes dorsalis, de la maladie de Friedreich, de l'atrophie musculaire progressive, il convient de retenir que, au dire de Charcot et de Marie, c'est avec la sclérose multiple que l'hystérie se combine le plus souvent.

L'auteur a pu vérifier, par sa propre expérience, la véracité de cette doctrine, et il donne un court exposé des faits observés par lui.

En premier lieu, il rapporte un cas de sclérose multiple, dans

©BIUM

lequel il observe un tremblement rythmique du membre supérieur, paraissant indépendant de la sclérose multiple et guérissant par suggestion. Les autres symptômes suivent leur marche normale. L'auteur se demande si le rétrécissement du champ visuel et les troubles de la sensibilité relevaient, dans ce cas, de la sclérose ou de l'hystérie.

Chez une autre malade, atteinte également de névrite multiple, il s'est produit un tic convulsif d'un bras et d'une jambe à la suite d'un séjour de cette malade dans la même salle qu'une compagne atteinte de tics convulsifs identiques. Chez la malade atteinte de sclérose multiple, les tics ont cédé à un traitement moral.

Une autre fois, à la suite d'un traumatisme de la colonne vertébrale, l'auteur a observé les symptômes d'une névrose traumatique concurremment avec ceux d'un *gliosis spinalis*.

Dans un cas de *gliosis cervicalis*, que les symptômes permettaient de considérer comme s'étendant jusqu'au noyau de l'hypoglosse, l'auteur a également observé des symptômes hystériques.

Quatre fois il a observé l'hystérie combinée avec la syphilis cérébrale, et trois fois l'hémianesthésie hystérique avec une paralysie faciale périphérique. — Ces cas nécessitent un examen très attentif, et pourraient donner lieu à de graves erreurs de diagnostic.

Quelle connexion y a-t-il entre la paralysie faciale et l'hémianesthésie hystérique qui l'accompagne ?

L'auteur estime que la première joue, à l'égard de la seconde, le rôle de cause déterminante par voie réflexe. Mœbius, qui combat cette hypothèse, se rattache à celle de l'origine psychique; mais, alors, comment expliquera-t-il l'épilepsie réflexe, qui se produit également chez les animaux, qui doivent être considérés comme soustraits à l'action de la suggestion?

L'origine réflexe des symptômes corticaux fonctionnels est donc établie en ce qui concerne les phénomènes d'excitation; et l'auteur estime qu'il n'est pas admissible qu'on nie la possibilité de la production, par le même mécanisme, de phénomènes de paralysie soit de la motilité, soit de la sensibilité.

XVIII. — *Considérations sur une maladie héréditaire spéciale, présentant la forme de la démence progressive, avec lésions anatomiques particulières*; par le professeur Homen, de Helsingfors (Finlande), (numéro de septembre). — Cette affection, dont l'auteur n'a pas trouvé d'exemple dans la littérature

©BIUM

médicale, il l'a observée chez plusieurs membres d'une même famille.

Les parents des malades observés sont un cultivateur âgé de cinquante-cinq ans et sa femme âgée de cinquante ans. Cette dernière, quelque peu débile et très loquace, donne des renseignements assez incomplets, il est vrai, sur les ascendants. Elle affirme n'avoir jamais eu la syphilis. Mariée à dix-neuf ans, elle fit une première fausse couche, et eut onze enfants, dont cinq moururent en bas âge. Des six survivants, trois seraient bien portants. Les trois autres furent atteints de la maladie sur laquelle l'auteur veut attirer l'attention. Deux en sont morts, et le troisième paraît devoir subir le même sort dans un ou deux ans, sa maladie évoluant comme celle des deux autres.

Ces trois individus furent frappés par cette affection à l'âge de douze, de vingt et de vingt et un ans. Chez l'un d'eux, il y eut, entre trois et sept ans, de légères pertes de connaissance. Chez les deux décédés, la maladie dura six à sept ans. Elle avait débuté, chez tous les trois, par des vertiges suivis d'affaiblissement intellectuel et, dès la première année, d'incertitude de la démarche avec douleurs disséminées, et enfin d'embarras de la parole. Pendant les trois dernières années, le tableau était, chez les deux décédés, celui de la démence complète, l'articulation de quelques syllabes restait seulement possible. Le troisième malade paraît devoir subir le même sort, et sera bientôt, comme ses aînés, condamné à l'immobilité dans son lit, avec des contractures de différents membres. Des troubles de la déglutition, de la digestion et une augmentation de la rate caractérisent la période ultime de la maladie.

A l'autopsie des deux décédés, on constata de l'épaisissement de la dure-mère, des adhérences de la pie-mère, surtout à le région frontale ; pas d'atrophie bien appréciable des circonvolutions, mais des taches grisâtres des artères sylviennes, un léger épanchement dans les ventricules latéraux et surtout un *ramollissement des noyaux lenticulaires*.

L'aorte et l'artère splénique présentaient des lésions de la sclérose.

L'examen microscopique fait incomplètemeut (l'auteur se réserve de le compléter à la mort imminente du troisième malade), révéla une diminution des fibres à myéline dans la substance corticale, cette diminution était bien inférieure à celle constatée dans un cerveau de paralytique pris comme type de comparaison. Le tissu conjonctif n'était pas altéré, mais les

©BIUM

parois vasculaires portaient des lésions multiples d'endartérite, tant pour les artères cérébrales que dans l'artère splénique. Le foie était cirrheux.

Pas de lésion de la moelle.

S'agit-il, dans la maladie qui nous occupe, d'une lésion primaire des fibres à myéline de la substance corticale, comme dans la paralysie générale, ou bien d'une affection primaire du système vasculaire? D'après l'auteur, la première hypothèse s'accorde mal avec la disparition peu marquée des fibres à myéline et laisse inexpliquées les altérations des noyaux lenticulaires, celles du système vasculaire et du foie. La deuxième, au contraire, ne vaut guère, si on n'admet pas l'existence de la syphilis héréditaire. Il est vrai que les déclarations des intéressés relativement à la contamination syphilitique sont toujours sujettes à caution.

L'auteur se promet, du reste, d'élucider la question par des recherches ultérieures.

XIX. — *Anatomie pathologique de la démence paralytique* ; par le Dr E. Mendel (numéro de septembre). Laissant de côté les lésions macroscopiques de la paralysie générale dont l'existence n'est pas discutée, l'auteur fait le tableau des lésions constatées au moyen du microscope, dans la névroglie, les vaisseaux, les cellules ganglionnaires et les fibres nerveuses.

1° Dans la névroglie, on constate l'augmentation des noyaux et des cellules. Ces dernières qui, à l'état normal, n'existent que dans les régions superficielles du cerveau, en envahissant les parties profondes dans la paralysie générale. Dans bien des affections cérébrales, ce phénomène s'observe, mais pas avec le caractère de diffusion qu'il prend dans la paralysie générale.

2° Quant aux vaisseaux, les gros troncs sont souvent intacts ou légèrement sclérosés. Les capillaires présentent des noyaux plus nombreux, des anévrismes miliaires, etc. On observe aussi la dégénérescence colloïde ou hyaloïde décrite par Greiff et plus récemment par Dagonet. Ces lésions ne sont pas spéciales à la paralysie générale, mais il est à présumer que des recherches attentives prouveraient leur constance dans cette affection.

3° Dans les cellules ganglionnaires, on observe l'augmentation des espaces péricellulaires, la dégénérescence graisseuse ou pigmentaire du protoplasma, la sclérose et l'atrophie des cellules, le racornissement ou l'agrandissement des noyaux. Ces lésions, plus accentuées dans le lobe frontal, ne sont, du reste, pas caractéristiques de la paralysie générale.

©BIUM

4° La disparition plus ou moins marquée des fibres nerveuses s'observe, non seulement dans la substance corticale, mais dans tout le cerveau et même le cervelet. Cette lésion s'observe du reste aussi dans l'épilepsie, la démence sénile, la folie alcoolique. C'est la diffusion de la lésion, plutôt que sa nature, qui caractérise la paralysie générale.

Si presque tout le monde est d'accord sur l'existence de ces lésions, les divergences d'opinions paraissent, quand il s'agit de dire quelle est la lésion qui apparaît la première.

S'agit-il d'une affection primaire du système vasculaire, ou d'une affection primaire des fibres nerveuses ?

Creppin, dans un cas récent, ne trouva pas de disparition de fibres nerveuses, et Friedmann, dans un cas ne remontant qu'à deux mois, constata des lésions vasculaires bien caractérisées. L'auteur a également cherché à résoudre la question par la physiologie expérimentale, en produisant chez le chien une maladie analogue à la paralysie générale. Ces expériences le portent à admettre l'origine vasculaire. Il fait remarquer en outre que, chez certains paralytiques, on observe, des années avant l'apparition de troubles mentaux, des vertiges et des attaques apoplectiformes qu'on est forcé d'expliquer par des troubles circulatoires, alors qu'on ne saurait encore admettre la disparition des fibres nerveuses. La marche présumée de la paralysie générale doit être la suivante : Altérations vasculaires, hyperémies, stases vasculaires, extravasations de globules sanguins, inflammation de la névroglie et, enfin, destruction des éléments nerveux.

Il s'agirait, en résumé, d'une encéphalite interstitielle diffuse se terminant par l'atrophie cérébrale.

XX. — *Un cas d'atrophie musculaire précoce d'origine cérébrale;* par le Dr Borgherini, de Padoue (numéro de septembre). — Un homme, âgé de cinquante ans, souffre depuis huit ans de coliques très fréquentes et très douloureuses. Au commencement de l'année 1889, il maigrit, la main droite devient plus faible; le 27 février, s'établit une hémiplégie droite avec aphasie. Le 17 mars, le malade ressent des douleurs dans le membre inférieur gauche, il s'aperçoit qu'une tumeur existe à la région pariétale gauche.

Il entre dans le service du Dr Borgherini le 24 avril. On constate l'atrophie de la moitié droite du corps, et à la région pariétale gauche, une tumeur solide, mais molle, proéminente de2 centimètres 1/2, et communiquant, comme on peut le

©BIUM

constater par la palpation, avec la cavité cranienne par un pertuis étroit.

L'atrophie musculaire est très accentuée dans les membres droits. Les différents modes de sensibilité sont intacts, excepté la sensibilité à la douleur : il y a de l'hyperalgésie du côté atrophié. Les réactions électriques des muscles atrophiés sont normales. Les réflexes tendineux sont augmentés du côté atrophié, les autres réflexes au contraire sont diminués.

Le malade meurt dix jours après son entrée.

A l'autopsie, on trouve un sarcome primaire dans le rein droit, des sarcomes secondaires dans les poumons, et enfin une tumeur sarcomateuse du volume d'une grosse noix, à la région pariétale gauche du cerveau. Cette tumeur, paraissant partir de la pie-mère, intéresse le cerveau à une profondeur de 2 centimètres, au niveau des circonvolutions pariétales, et surtout de la première, et cela, entre son tiers supérieur et son tiers moyen. D'autre part, elle a perforé le crâne et fait en dehors une saillie de 2 centimètres également.

On constate des lésions de voisinage et aussi de la dégénérescence des faisceaux pyramidaux droits.

L'examen microscopique des muscles atrophiés révèle les mêmes lésions que dans les cas d'atrophie musculaire progressive. Les cellules grises des cornes antérieures et postérieures ne présentent pas de lésions. Il s'agit en somme d'une atrophie musculaire, dont la précocité et l'origine cérébrale sont les caractères spéciaux.

L'auteur a déjà antérieurement traité ce sujet et a établi que l'atrophie peut s'établir immédiatement après la paralysie, mais qu'elle la suit généralement de trois à quatre semaines, et qu'elle est liée aussi bien aux affections de la région corticale qu'aux lésions sous-corticales et spécialement à celles du *thalamus opticus*. Les conclusions de l'auteur ont été critiquées par Eisenlohr; aussi, saisit-il l'occasion pour discuter ces critiques en s'appuyant, tant sur l'observation rapportée ci-dessus, que sur celles d'Eisenlohr. Contrairement à ce dernier, l'auteur ne veut pas admettre l'action trophique directe des centres corticaux sur les muscles. Il croit que cette action a lieu par l'intervention des cellules motrices antérieures de la moelle : et si, comme dans l'observation qu'il rapporte, ces cellules sont trouvées intactes, l'auteur admet des « lésions dynamiques », non appréciables par nos moyens d'investigation. Quant à la voie par laquelle s'exerce cette influence trophique, l'auteur se

©BIUM

refuse à admettre que c'est par les faisceaux pyramidaux, parce que ceux-ci peuvent être très atteints sans qu'il y ait atrophie musculaire, et parce que les troubles moteurs consécutifs aux lésions de la capsule interne ne sont pas généralement accompagnés d'atrophie musculaire. Il estime qu'il n'est pas illogique d'admettre que l'influence trophique suit la voie des faisceaux sensibles.

Jusqu'à présent, dit l'auteur, on a observé l'atrophie musculaire progressive précoce seulement dans deux groupes de lésions : dans les lésions corticales (ce sont les cas les plus fréquents) et dans certaines lésions sous-corticales intéressant plus ou moins le *thalamus opticus*. Les centres lésés sont toujours en communication avec des voies sensitives.

XXI. — *Hémorragie cérébrale par suite d'embolie artérielle due à des échinocoques*; par le Dr Dähnhardt (numéro d'octobre). — Un enfant de douze ans éprouve en classe des vomissements et maux de tête. Rentré chez lui, il se trouve mieux, on croit à une indigestion, on le purge. Il passe une nuit calme; mais, à sept heures du matin, il pousse un cri aigu qui attire sa famille. Le malade est à partir de ce moment dans le coma. Les pupilles sont très contractées, les réflexes sont abolis. La température du corps est de 39°,6; mais la moitié gauche du corps a une température plus basse que la droite. A la surface dorsale des deux mains on constate une tache érythémateuse violacée. Le pouls radial à droite donne 100 à 120 pulsations; à gauche il ne peut pas être perçu; tandis que de ce côté le pouls carotidien et crural est pareil à celui du côté opposé. Quatre heures plus tard la mort survient; à ce moment, il s'était produit des taches pareilles à celles des faces dorsales des mains, aux cuisses et aux fesses.

Vu la rareté des attaques d'apoplexie dans l'enfance, l'auteur diagnostiqua une hémorragie méningée. La famille consentit à laisser faire l'autopsie, mais seulement pour les organes encéphaliques.

Le professeur Heller constata un foyer hémorragique de la couche optique droite avec irruption dans le ventricule. Le quatrième ventricule était également rempli de sang. L'artère sylvienne gauche, ainsi que la cérébrale profonde et la basilaire, étaient remplies d'échinocoques.

Il s'agissait donc d'une hémorragie cérébrale due à une embolie par échinocoques.

L'autopsie complète n'a pu être faite. L'auteur est porté à

©BIUM

croire que le siège primitif des échinocoques était dans le cœur gauche; quant à l'étiologie, il suppose que la maladie provient de la promiscuité des enfants avec les chiens qui étaient nombreux dans la maison.

En ce qui concerne l'élévation de la température à la suite de l'hémorragie cérébrale, l'auteur rappelle que Bourneville et Richet ont déjà signalé des observations analogues. Quant à l'inégalité de la température dans les deux moitiés du corps, elle a été signalée par Luys dans les cas d'hémiplégie. L'auteur estime que la diffusion des lésions observées dans le cas particulier, ne permet pas de se servir de cette observation pour la localisation des centres de température.

Quant aux taches violacées qu'il a observées, il y voit, avec Charcot, des effets aigus de décubitus, plutôt que des effets d'embolies périphériques dues aux échinocoques.

XXII. — A. *Capillaires lymphatiques du cerveau.* — B. *Dégénérescence des capillaires dans la paralysie générale;* par le Dr Kronthal (numéro de novembre). — L'auteur, par un procédé spécial (ramollissement dans une solution d'acide lactique), est arrivé à obtenir des préparations microscopiques plus parfaites des vaisseaux capillaires de l'encéphale. Il a constaté ainsi l'existence de capillaires ayant un diamètre de 2.5 μ. Or les dimensions des globules blancs du sang étant de 4-14 μ, celles des globules rouges de 1.6 et de 7 à 7.5 μ, il est évident que ce n'est pas du sang qui circule dans ces capillaires, c'est de la lymphe. Il y a donc dans le cerveau un système de capillaires qui donne passage à une lymphe dépourvue de globules. L'auteur n'a pu établir comment ces capillaires lymphatiques communiquent avec le système lymphatique déjà antérieurement connu, de la masse cérébrale.

Par le procédé employé pour la recherche de ces lymphatiques l'auteur a aussi étudié les altérations vasculaires sur des cerveaux de paralytiques généraux. Sept cerveaux furent soumis à l'examen, les capillaires présentaient des altérations constantes, mais inégalement réparties, dans les différentes parties de l'encéphale. C'est ainsi qu'on les a observées dans tous les cas dans la région frontale, quatre fois sur cinq dans le cervelet, trois fois sur sept dans le lobe occipital.

Ces altérations qui, d'après l'auteur, sont constantes dans la partie frontale, fréquentes dans le cervelet et variables dans le lobe occipital, se présentent sous les deux formes d'une augmentation de noyaux ou d'un épaississement des parois.

©BIUM

XXIII. — *Contribution à l'étiologie du tabes*; par M. le Dr Bernhardt (numéro de décembre). — Chez une femme de vingt-huit ans, non syphilitique, et faisant marcher du matin au soir une machine à coudre à deux pédales, l'auteur a observé un cas de tabes caractérisé par l'ataxie, les symptômes de Romberg et de Westphal et des douleurs lancinantes. L'absence de troubles du côté de la vision et de la vessie fait supposer à l'auteur que la lésion des cordons postérieurs de la moelle était limitée à la région lombaire. Des confrères, après avoir diagnostiqué cette affection de la moelle chez la patiente qui se trouvait en état de grossesse, ont provoqué l'avortement. La malade ne retira de cette intervention qu'un soulagement insignifiant; et se trouvant derechef enceinte au moment où l'auteur l'observe, elle se contente de renoncer à la machine à coudre et supporte bien son état de grossesse. L'auteur estime que le tabes ne constitue pas une indication à l'avortement ou à l'accouchement prématuré. En ce qui concerne l'étiologie, il suppose que les trépidations continuelles imprimées au corps par la machine à coudre peuvent provoquer l'ataxie locomotrice. Outre les cas qu'il rapporte, il cite à l'appui de cette opinion le travail de Guelliot, publié dans l'*Union médicale* (année 1882, nos 2 et 4), et un cas rapporté par Hoffmann (*Arch. f. Psychiatrie*, 1888, t. XIX, p. 438), concernant un ouvrier que sa profession forçait à recevoir sur l'abdomen et sur tout le corps les chocs d'une plaque en tôle sur laquelle venait battre un marteau.

L'auteur sait bien que vu le grand nombre de personnes qui travaillent à la machine à coudre, les cas de tabes sont rares, mais il estime néanmoins que le surmenage par ce genre de travail doit être évité.

XXIV. — *Des troubles trophiques des ongles dans la névrite multiple*; par le Dr Bielschowsky (numéro de décembre). — Les altérations signalées jusqu'à présent dans les ongles des personnes atteintes de névrite multiple étaient surtout caractérisées par l'aspect cassant, mat, rayé ou bosselé de ces parties qui même quelquefois tombaient complètement.

Chez un ouvrier de quarante ans atteint de névrite multiple, l'auteur a observé pendant cette maladie la production de stries blanches transversales, sans bosselures sur les ongles des mains. La croissance poussant ces raies toujours vers l'extrémité, l'auteur a pu les couper et les soumettre à l'examen microscopique. Il a constaté que ces raies étaient dues à la présence d'une couche d'air interposée dans l'épaisseur des ongles.

©BIUM

L'auteur rappelle que Vogel avait déjà observé les mêmes stries blanches dans la convalescence de la fièvre typhoïde, et Morison chez une dame en parfaite santé. Ce dernier avait déjà constaté qu'elles étaient dues à des couches d'air interposées dans le tissu.

Dr Al. Adam.

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE

Uremia isterica (Urémie hystérique); par le Dr Rainaldi Rinaldo. 1 vol. grand in-4°, avec graphiques en couleurs. — Foligno, 1889.

Existe-t-il une variété d'urémie purement nerveuse, c'est-à-dire complètement indépendante d'une modification pathologique du système urinaire? L'auteur le croit, et, à l'appui de son dire, publie l'observation suivante.

Une femme de trente ans, mariée dès la vingtième année à son oncle paternel, est affectée d'hystérie héréditaire; après plusieurs mois d'insomnie, au cours desquels elle a présenté des zones d'hyperesthésie et de l'oophoralgie gauche, elle a, le 25 novembre 1885, une attaque d'hystérie simple à forme convulsive; la même manifestation se reproduit, quotidienne et périodique, durant un mois. Le 25 décembre survient, nettement caractérisée, une crise d'hystéro-épilepsie, qui se répète toutes les trente-six heures, jusqu'au 7 février 1886. Au cours de cette première période, la malade présente une anesthésie complète du côté droit et de l'hyperesthésie à gauche. Après le 8 février, sous l'influence du traitement hydrothérapique, les crises s'espacent graduellement; vers mai-juin, un intervalle de trente-cinq jours sépare les deux plus voisines. Les stigmates signalés plus haut persistent malgré tout, et s'accompagnent même de dischromatopsie droite et d'ischurie. A partir du 7 juin, les attaques se rapprochant, éclatent capricieusement jusqu'au 20 du même mois, date où la malade en subit trois, coup sur coup; ce nombre signale encore les jours qui suivent. De septembre 1886 à juillet 1887, on n'en compte plus que deux par vingt-quatre heures. Ces attaques, dont la durée varie entre deux et quatre heures, sont abrégées ou modifiées par l'hypnotisme. Le 4 juillet, à l'ischurie se joint l'oligurie. Du 6 au 8, la malade perd sa tranquillité et s'agite beaucoup la nuit. Le 9, elle accuse de la céphalée et des nausées. Des trois attaques quotidiennes, à type hystéro-épileptique, les deux premières cèdent à la compression ovarienne accompagnée de

©BIUM

manœuvres hypnopoïétiques. La troisième résiste à toute médication. Durant la nuit, se produisent à longs intervalles des crises d'épilepsie pure. Le 10 juillet, convulsions épileptiformes incoercibles par les moyens habituels ; les convulsions durent les jours suivants, et sont partiellement modifiées par la méthode usitée d'ordinaire contre les attaques hystéro-épileptiques, mais, seulement, quand n'existent pas ou sont très peu accentués les nouveaux symptômes suivants.

S. prémonitoires. Céphalée, nausées, démangeaisons, affaiblissement de la vue, angoisse, dyspnée. — *S. d'état.* Le sujet est immobilisé sur son lit par une rigidité tétanique ; les yeux sont ouverts et fixes ; une seule fois, on les a vus tournés en haut et en dedans, recouverts par les paupières frémissantes ; les pupilles ne réagissent pas à la lumière, mais, par contre, sont le siège de secousses cloniques comme les muscles de la face, du maxillaire en particulier, lequel est animé d'un mouvement horizontal et vertical presque continu. Les membres supérieurs sont dans l'adduction, les poings fermés avec le pouce en dehors, rigide ; les doigts s'étendent sous l'effort, mais, peu après, se crispent de nouveau par l'effet d'une contraction tétanique générale. La respiration, difficile, plus ou moins nombreuse, plus ou moins bruyante, est interrompue par des cris de douleur dus à la céphalée, et d'effroi dus à l'amblyopie croissante. Aux crises épileptiformes succède assez souvent le délire, et, finalement, le coma ; parfois même, celui-ci survient sans délire intermédiaire. Le corps est sensiblement froid ; le pouls, plus ou moins fréquent durant les attaques (100), descend à 70 battements dans le coma, et plus bas encore après injections d'éther sulfurique ; la température habituellement normale (37° à 37°,8), est tombée une seule fois à 36 degrés. Le cœur présente des bruits accentués à timbre métallique dans l'acmé de la période convulsive ; à travers la paroi abdominale, on voit et l'on sent battre avec énergie l'artère aorte. Entre les accès épileptiformes, à l'insensibilité complète se joint un état subdélirant, dans lequel la malade demande aide et secours contre la mort qu'elle croit prochaine. Le carbonate d'ammoniaque s'est toujours rencontré dans l'air expiré durant la période comateuse, et, souvent même, pendant la période antécédente. L'écume aux lèvres est un des symptômes les moins fréquents. La déglutition a toujours été possible, ce qui permet de faire suivre à la malade une médication convenable (caféine, digitale, jaborandi, pilocarpine, purgatifs).

©BIUM

Le tableau pathologique ainsi détaillé, sur quels faits baser le diagnostic d'urémie? Ces faits sont de trois ordres : *a*) *chimique; b*) *clinique; c*) *thérapeutique.*

a) L'urée a diminué d'une façon rapide et progressive jusqu'à fournir à peine l'indice de sa présence, dans les nombreuses analyses faites selon la méthode Primavera. (Suivent des objections que discute l'auteur.)

b) L'attaque hystéro-épileptique a toujours présenté chez la malade les caractères propres à la grande hystérie. Par contre, l'accès dit urémique diffère sensiblement du précédent, entre autres par les points que voici : survenance et aggravation continue de symptômes propres à l'urémie ; céphalée, amblyopie, nausées, prurit; — coma consécutif à l'accès ; — terminaison lointaine et résolution lente de celui-ci ; — son caractère exclusivement épileptiforme ; — persistance de la rigidité musculaire dans l'intervalle de deux accès ; — yeux ouverts, immobiles ; pupille insensible à la lumière, mais agitée de convulsions cloniques analogues à celles de la face ; — position du pouce ; — dans le cas particulier, défaut de périodicité dans les attaques ; — l'intelligence, qui, chez le sujet, reparaît dès la phase de résolution qui suit la crise de grande hystérie, ne revient ici que longtemps après la fin de l'accès, ou après le coma, lorsque se dissipent les autres symptômes ; — présence de carbonate d'ammoniaque dans l'air expiré pendant l'acmé, le coma ou le délire ; — impossibilité d'arrêter l'attaque par les moyens spéciaux à l'hystérie ; impossibilité de la transformer à l'aide de l'hypnotisme, qui ne peut, non plus, la provoquer ; — déglutition facile, contrairement à ce qui survient chez la malade au cours de la crise hystérique ; — disparition des zones et de l'hyperesthésie ovarienne ; retour de celles-ci, dès la complète résolution de l'état urémique.

c) La caféine et la digitale, qui élèvent le chiffre de l'urée, ont donné de bons résultats. Les purgatifs et les diaphorétiques, utiles dans l'urémie, ont été employés avec un véritable succès. La pilocarpine et le jaborandi amenèrent, avec la sueur, une copieuse émission d'urine, presque toujours riche en urée.

De septembre 1886 à avril 1887, l'hystérique B... ne présenta plus de symptômes urémiques ; alors que l'ischurie allait persistant pendant cette période, les grandes crises convulsives firent place à des faits d'hypnotisme avec leur cortège habituel. Dans la seconde quinzaine d'avril, B... se sentit prise d'un malaise, inexplicable pour elle, et tout à fait

©BIUM

comparable à celui ressenti déjà en juillet-septembre 1886. Anorexie, pesanteur gastrique, céphalée frontale, prurit généralisé, tels sont les symptômes que l'auteur regarda comme prodromiques d'une nouvelle attaque d'urémie, bien qu'il eût, à plusieurs reprises, affirmé à la malade et qu'il lui affirmât encore que l'ancienne affection ne saurait se reproduire. Ces tentatives de suggestion furent vaines. — *Examen clinique.* Absence de zones hyperesthésiques ; — insensibilité plus ou moins complète, à la pression ovarienne ; — prédominance subite de la période épileptiforme dans l'attaque convulsive hystérique, alors que des phénomènes d'hypnose l'avaient tout à fait remplacée, depuis longtemps ; — insensibilité pupillaire aux rayons lumineux, même en dehors de l'accès, soit avant, soit après ; — rigidité tétanique variable, mais constante ; — coma plus ou moins prolongé, mais non comparable aux phases hypnotiques quelconques précédemment étudiées chez la malade ; — provocation possible, mais tardive, de la phase léthargique, après une longue crise épileptiforme, par suite de la compression des globes oculaires ; — déglutition facile durant les phases hypnotiques (sauf la léthargie) au cours de l'accès urémique ; tandis que la dysphagie, malgré les suggestions, a toujours été de règle à l'état normal ; — déglutition également possible durant l'attaque épileptiforme ; — haleine d'odeur ammoniacale ; — salive ayant goût d'urine ; sueur à réaction alcaline. — *Examen des urines.* Quantité variable entre des limites étendues ; — quantité non proportionnelle à la masse du liquide absorbé, en tenant compte de l'élimination par d'autres voies ; — poids spécifique variant entre 1004 et 1036 ; — réaction constamment acide ; — acidité en rapport avec la densité ; — coloration légère, mais nette, de l'urine fraîche par le réactif de Nessler ; — urée, tantôt fort rare, tantôt abondante relativement ; jamais tout à fait absente ; — urée en quantité non proportionnelle avec la température et les efforts musculaires ; — urée en rapport non constant par sa quantité avec l'élévation du poids spécifique ; — absence d'albumine et de sucre ; — au microscope, rares constatations de cylindres granuleux et épithéliaux, toujours en très petit nombre. — *Médication.* Les excitants et la pilocarpine ont donné de bons résultats ; — le jaborandi ou la pilocarpine, plus que tout autre agent, provoquèrent des sueurs abondantes, au grand soulagement de la malade ; — une diaphorèse facile s'obtint encore par suggestion, autant qu'il fut possible d'user de ce moyen, selon l'occurrence ; —

©BIUM

réaction alcaline de la salive, sous l'action du jaborandi ; — purgatifs peu utiles ; — selles diarrhéiques très rares, mais spontanées ; selles de même nature obtenues, au besoin, par suggestion ; — jamais de vomissements, même par suggestion ; — suggestion directement opposée à l'urémie, fréquemment répétée et d'une grande utilité.

Quel serait maintenant le mécanisme de l'urémie hystérique? Après avoir rapporté les opinions de Charcot, Hermann, Tommasi, Petrone, Rossoni, etc., l'auteur émet l'hypothèse suivante : Des théories les plus autorisées, il résulte incontestablement aujourd'hui que l'urée proviendrait surtout des cellules des tubes contournés ; or, un spasme, capable de produire de l'ischémie limitée aux petits vaisseaux qui entourent ces tubes, ne suffirait-il pas à expliquer la diminution plus ou moins notable de l'urée? — Suit un exposé anatomo-physiologique à l'appui de cette hypothèse. Nous laisserons de côté l'examen critique des conditions où se sont trouvés le sujet et l'observateur pour aborder directement le point pratique de la question. — Dans quels cas est-il possible de soupçonner l'urémie hystérique? 1° Quand on voit diminuer et presque disparaître l'urée, indépendamment *même* de la quantité du liquide émis et de son poids spécifique, — la raison de l'oligurie, l'anurie ou la polyurie étant différente de celle qui naîtrait d'une urine avec absence relative d'urée ; 2° quand cet abaissement du chiffre de l'urée est très rapide, et considérable relativement aux conditions dans lesquelles se trouve le sujet ; 3° quand, par suite de résistances ou de prédispositions spéciales, ne s'établissent pas des voies compensatrices d'élimination. — Quel est le pronostic de l'urémie hystérique? Il *paraît* douteux pour une attaque forte et longue, surtout avec prédominance du coma. Il s'agit alors d'intervenir énergiquement. Dans les cas d'hystéricisme vague, le diagnostic, en dehors de tous phénomènes nerveux, ne peut se baser que sur le dosage de l'urée, s'il n'y a pas d'anurie. L'augmentation de l'urée dans le liquide émis, son apparition dans d'autres produits d'excrétion ou de sécrétion sont des témoignages rassurants.

Le traitement, pour les cas graves, consiste dans l'administration d'excitants, de purgatifs, de diaphorétiques et de diurétiques, selon l'occurrence. Il faut y joindre la suggestion, en vue de la diaphorèse et de l'exonération intestinale ou vésicale, avec ordre d'éliminer des produits riches en urée. Ce dernier genre de médication suffirait, pour les crises légères. Quant à

©BIUM

la saignée, l'auteur la réprouve complètement, dans l'espèce. Il en est de même de la morphine. Parmi les purgatifs, il met en première ligne le calomel, car « le mercure détermine une dilatation active des vaisseaux du rein (Brugnatelli, Rosenheim), en irritant l'épithélium des tubes contournés (Mya, Silva, etc.); ..... de plus, ce corps exerçant une action essentiellement glandulaire (Munk), il augmente la diurèse sans que le cœur ait à dépenser une plus grande somme de force (Silva)... »

L'auteur compare ensuite dans leurs symptômes et leur marche les trois types d'urémie, hystérique, néphritique et calculeuse. Après quoi, il passe aux conclusions de son travail, qui sont les suivantes :

1° Une forme d'urémie, par obstacle à l'élimination de l'*urée* et d'autres éléments de l'urine, est possible dans l'hystérie;

2° Dans l'urémie hystérique, les phénomènes d'intoxication peuvent n'être pas en rapport constant avec la quantité de l'urine émise;

3° Il ne paraît pas exister de dissemblance entre les diverses formes d'urémie, hystérique, néphritique et calculeuse.

Dr Nicoulau.

Verbrechen und Wahnsinn beim Weibe. Statistische, klinische und antropologisch-biologische Untersuchungen. (Crime et folie chez la femme. Recherches statistiques, cliniques et de biologie anthropologique); par le Dr Naecke, d'Hubertusburg (Saxe). Broch. in-8°. Extrait de l'*Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 1892.

Comme l'indique son sous-titre, ce travail est surtout une étude statistique et clinique de la femme criminelle.

I. — Dans la première partie qui forme plus de la moitié de son mémoire, l'auteur donne le résumé de cent observations de femmes aliénées, dont 53 sortaient directement de maisons de détention et 47 ont été placées à Hubertusburg après avoir été condamnées une fois au moins dans leur vie ou soumises à une instruction judiciaire.

II. — La deuxième partie s'occupe de l'étude statistique de ces observations, qui conduit l'auteur aux conclusions suivantes : Dans le premier groupe (celui des 53 sortants de prison), on en compte 20 à 25 p. 100 déjà aliénées, c'est-à-dire irresponsables lorsqu'elles ont été condamnées! Ce chiffre est cer-

©BIUM

tainement au-dessous de la vérité, si on le compare à ceux d'autres auteurs. Malgré les difficultés d'obtenir des renseignements sur les antécédents héréditaires et les lacunes très grandes qui en résultent, Naecke a pu constater l'hérédité psycho-pathologique 21 p. 100. C'est évidemment un minimum, et comme l'auteur le fait remarquer, il est pour le moins étonnant que la syphilis, l'alcoolisme et les condamnations des parents ne soient notées que dans des cas très rares ! Il suppose qu'on se rapprocherait mieux de la réalité en comptant 60 p. 100 de cas héréditaires. (Il suffit pour cela d'y ajouter les cas où les antécédents sont absolument inconnus.)

Recherchant les causes des maladies mentales chez les prisonniers, le Dr Naecke affirme à son tour que le régime cellulaire ne provoque pas par lui-même la folie et que, lorsqu'elle éclate, on trouve toujours chez le malade une prédisposition à l'aliénation mentale. Le nombre des cas de folie augmente avec la durée de l'emprisonnement, il est vrai, mais ce fait n'a qu'une importance secondaire, car les psychoses deviennent très rares après deux ans de prison. Maints cas sont dus peut-être à l'auto-intoxication par une mauvaise alimentation, comme le pense Wagner. Parfois aussi les excès d'onanisme, bien qu'il ne soit pas prouvé que les individus placés en cellule se livrent à ce vice plus que les autres. En résumé, il est impossible de dire quelles sont les circonstances de la vie de réclusion qui déterminent les psychoses chez les individus prédisposés, devenant aliénés en prison. Un mauvais traitement amène facilement des récidives, et les circonstances les plus futiles peuvent devenir la cause de l'apparition d'une psychose latente. En tous cas, une prison bien organisée et bien dirigée ne sera jamais par elle-même une cause d'aliénation chez la femme.

Parmi le second groupe de condamnées (celles qui sont entrées en conflit au moins une fois avec les lois), 40 à 50 p. 100 étaient manifestement aliénées, souvent même pour les profanes et n'ont pas été reconnues telles par les juges. Ce groupe renferme surtout des femmes condamnées pour vol, vagabondage et meurtre. La moitié des vagabondes étaient plus ou moins imbéciles ou idiotes. Il est étonnant qu'on mentionne si rarement parmi les causes déterminantes de la folie, dans les cas de ce deuxième groupe, la syphilis et l'alcoolisme, une fois seulement d'une manière à peu près certaine ! Naecke a retrouvé l'hérédité dans 56 p. 100 de ses cas.

III. — La troisième partie traite de la forme des psychoses

©BIUM

observées chez les prisonnières. La grande majorité des affections mentales s'est manifestée pendant la première année de la réclusion, 65 p. 100 des cas, comme l'ont observé la plupart des auteurs. La maladie mentale paraît éclater plus facilement chez l'homme isolé en cellule que chez la femme. Si Naecke n'a pas constaté un plus grand nombre de cas d'aliénation précoce, cela tient sans doute au fait qu'il ne compte pas dans ses observations de cas de criminelles passionnelles, mais seulement des criminelles d'habitude. Chez celles-ci la paranoïa domine et, chose remarquable, la mélancolie fait complètement défaut. Il est très probable, comme le dit l'auteur, qu'on a souvent compté parmi les manies des cas de folie systématisée. Nous trouvons un seul cas de paralysie générale, chez les cinquante-trois prisonnières, parmi lesquelles sont de nombreuses prostituées, qui fournissent d'ordinaire un assez grand nombre de paralytiques générales. La syphilis est fréquente chez les criminels en général, et la paralysie générale, au contraire, rare. Naecke recommande la méditation de ce fait à tous ceux qui admettent un intime connexus entre la syphilis et la paralysie générale, mais nous ne voyons rien là de contraire à cette doctrine ; cela prouve seulement que les criminels syphilitiques ne deviennent pas paralytiques généraux, parce qu'ils échappent aux causes occasionnelles nécessaires à l'éclosion de la paralysie générale chez les individus infectés de luës. Ils y échappent peut-être précisément parce qu'ils sont criminels, de sorte que l'exception prouverait la règle, ici comme ailleurs.

La paranoïa, affection du cerveau invalide, est donc la psychose de prédilection chez les prisonniers et presque tous les cas (90. 5 p. 100) appartiennent à la forme hallucinatoire. Selon Naecke, la confusion hallucinatoire aiguë, l'*amentia* de Meynert, la paranoïa hallucinatoire aiguë et le délire d'emblée des dégénérés de Magnan sont une seule et même chose. Cette forme est plus fréquente chez les femmes et l'on doit sans doute y ranger aujourd'hui beaucoup de cas que l'on classait auparavant dans la mélancolie et la manie, la folie menstruelle, la mélancolie agitée, etc. Ajoutons que parmi les nombreuses observations de Naecke, il s'en trouve peu de réellement typiques, la plupart sont assez confuses et incomplètes et ne permettent pas un diagnostic très précis.

Il résulte de cette étude qu'il n'y a rien de spécifique dans les psychoses des prisonniers, comme on l'a reconnu souvent déjà, et que, si elles présentent quelques particularités qui les distin-

©BIUM

guent du tableau clinique des psychoses ordinaires, il ne faut pas en rechercher la cause dans la vie des prisonnières, mais plutôt dans la nature anormale de la plupart des criminelles d'habitude. L'une de ces particularités, la fréquence de la terminaison par la démence s'explique par la faiblesse d'esprit originelle de ces malades. Tout en eux respire, du reste, le vice et le crime, le manque de sens moral. Ces défectuosités de caractère troublent les symptômes de la maladie mentale, cela va sans dire, et leur donnent un aspect spécial. Selon Naecke, il existe encore moins une « psychose des vagabonds » qui sont le plus souvent des faibles d'esprit, des épileptiques, des neurasthéniques et des systématisés primaires, mais ne se distinguent en aucune manière des autres aliénés.

IV. — Dans une quatrième partie, l'auteur discute la question si fréquemment agitée du placement des aliénés criminels et des criminels aliénés. Naecke fait un tableau navrant des troubles que ces malfaiteurs et ces vicieux apportent dans les asiles d'aliénés, lorsqu'on les y reçoit en assez grand nombre. Sans exagérer, dit-il, nous devons compter un tiers de nos malades comme éléments perturbateurs, et il suffit de deux ou trois de ces individus pour agiter et troubler toute une grande division, « comme un brochet dans un étang de carpes ». Le seul timbre de leur voix, brutal et criard, trahit leur vilain caractère, et ils se plaisent surtout à faire du tapage nocturne. Chacun cherche à s'en débarrasser en les transférant dans d'autres divisions ou dans d'autres asiles, et il est nécessaire de les placer à part, car le traitement rationnel des autres alienés devient impossible avec eux.

Il n'y a que trois manières de résoudre cette question : 1° l'asile central, 2° le quartier d'aliénés annexé à la prison, 3° l'annexe à l'asile des aliénés. L'asile central ne convient qu'aux grands pays et présente beaucoup d'inconvénients. L'auteur pense que les non-dangereux peuvent être gardés dans les asiles ordinaires, d'autant plus qu'un très grand nombre d'entre eux ont été condamnés injustement, puisqu'ils étaient déjà malades. Pour les autres, ce qui convient le mieux, c'est le quartier d'aliénés annexé à la prison ; c'est le système de l'avenir, pense Naecke, surtout pour les petits États.

L'auteur dit quelques mots seulement du traitement des criminels dans les asiles d'aliénés et recommande de ne pas pousser ici trop loin la doctrine du *non restraint*. Il n'est pas question sans doute de les frapper, mais ils ont besoin de peines

©BIUM

disciplinaires, éventuellement les douches et la camisole de force.

En terminant Naecke soulève la question de la sortie des aliénés criminels guéris, que l'on garde souvent à perpétuité dans les asiles à cause de l'opinion publique ; puis, il insiste avec raison sur la *réhabilitation publique* des innocents condamnés, qui étaient aliénés au moment où ils ont commis l'acte criminel qui leur est reproché. Cette réhabilitation est surtout importante pour les familles de ces malheureux. Voilà pourquoi il faut que les médecins des prisons aient les connaissances psychiâtriques indispensables. Il faut aussi introduire dans les Universités la psychiâtrie et l'anthropologie criminelle comme branches obligatoires d'étude dans les Facultés de droit, ainsi qu'on l'a demandé aux Congrès de Paris (1889) et de Bruxelles (1892).

PAUL LADAME.

Un caso di paramioclono multiplo e atrofia muscolare progressiva (Un cas de paramyoclonus multiplex et d'atrophie musculaire progressive) ; par les Drs R. Tambroni et Pieraccini. Broch. in-8°. Extrait des *Annali di Nevrologia*, Nouv. S. Année X, fasc. I, II, III, Naples 1892.

Chez une jeune idiote maintenue au lit, les auteurs trouvèrent par hasard les symptômes typiques du paramyoclonus multiplex accompagnés de ceux de l'atrophie musculaire, type Aran-Duchenne. Les phénomènes moteurs consistaient essentiellement en un spasme clonique, fibrillaire et fasciculaire très marqué que l'on ne pouvait pas confondre avec celui que l'on trouve décrit comme symptôme accidentel de l'atrophie musculaire. Ce spasme, étendu à toute la superficie du corps, était plus spécialement marqué aux membres supérieurs, au thorax et à la face ; il était très variable de fréquence, de rythme et d'intensité ; il se manifestait au repos par accès durant des heures ou des jours sans cesser complètement dans les intervalles. Le sommeil seul et les mouvements volontaires le suspendaient ; il s'exagérait sous l'influence des excitations extérieures, ou dans certaines positions, en même temps il y avait augmentation des réflexes cutanés. Les réflexes tendineux aux membres inférieurs étaient conservés. Il y avait aussi une analgésie profonde, facilement explicable par l'idiotie.

A ces symptômes se mêlaient ceux de l'atrophie musculaire

©BIUM

progressive. Les auteurs, admettant que l'atrophie musculaire était apparue consécutivement au paramyoclonus, trouvent une explication de ces phénomènes dans la lésion progressive des cellules des cornes antérieures de la moelle ; ces cellules, d'abord irritées, produisent le spasme, puis, dégénérées, produisent l'atrophie. La marche de la maladie confirme cette hypothèse; car, au fur et à mesure que l'atrophie évoluait, le spasme disparaissait.

Cette observation est fort importante, car elle donne une base solide à la théorie, jusqu'alors hypothétique, de la localisation fonctionnelle du paramyoclonus dans les cornes grises antérieures de la moelle, le paramyoclonus ordinaire étant purement fonctionnel, tandis que dans ce cas, où il était accompagné d'atrophie, la lésion est devenue réellement organique. Il faudra donc aussi à l'avenir tenir compte de cette éventualité dans le pronostic des cas ordinaires de paramyoclonus multiplex.

PH. CHASLIN.

The fire protection of hospitals for the insane (La protection des hospices d'aliénés contre l'incendie) ; par le Dr L.-H. Prince, ancien médecin-adjoint de l'Asile de Kankakee, Chicago, 1881.

Dans un asile d'aliénés, les causes d'incendie sont nombreuses et le danger permanent. Nous en avons vu en France quelques terribles exemples ; mais c'est surtout aux États-Unis que la fréquence de tels sinistres est grande. Le Dr Prince nous donne une liste sommaire des principaux incendies qui ont éprouvé les asiles américains ; il en compte vingt-deux, ayant coûté la vie à deux cent quarante et une personnes et occasionné des pertes se chiffrant par des centaines de milliers de dollars.

L'utilité d'une organisation complète et systématique de la protection des asiles d'aliénés contre l'incendie ne fait donc pas le moindre doute. Aussi, le Dr Prince a-t-il consacré à cette question un véritable manuel : moyens de prévenir le mal par de bonnes dispositions architecturales et l'emploi de matériaux peu inflammables ; moyens de combattre le feu par l'emploi de l'eau, des pompes et des extincteurs chimiques ; appareils d'alarme ; organisation et instruction d'une équipe de pompiers; installation de tous les appareils de protection et de sauvetage, M. Prince passe tout en revue, étudie tout avec méthode et ne

©BIUM

craint pas de descendre dans les plus petits détails. Son livre ne peut manquer d'intéresser les directeurs des asiles d'aliénés auxquels il s'adresse spécialement et aussi les administrateurs de tous les hôpitaux en général, et des établissements destinés à recueillir un grand nombre de pensionnaires.

A. C.

Psychological medicine in John Hunter's time, and the progress it has since made (La médecine mentale au temps de John Hunter, et ses progrès depuis cette époque). Discours prononcé devant la Société Huntérienne en 1891, par le Dr Fletcher Beach, secrétaire honoraire de l'Association médico-psychologique. Broch. in-8°, Londres, 1891.

Au temps de Hunter, dit M. Fletcher Beach, on n'avait pas encore complètement cessé de croire à la possession des aliénés, et, dans certaines localités d'Angleterre, on les soumettait à un traitement barbare entremêlé de cérémonies religieuses. En Écosse, vers 1793, les aliénés étaient conduits à la source miraculeuse de Saint-Fillan, ou à celle de Inch Maree, aux Hébrides. En Irlande, il y avait une *Vallée des Fous*, arrosée par une source dont la vertu curative passait pour infaillible.

L'auteur peint ensuite l'horreur des maisons d'aliénés de cette époque, puis passe en revue la série des progrès réalisés dans le traitement des aliénés depuis la fondation de la Retraite d'York, par William Tuke, jusqu'à nos jours. « Si nous jetons un regard sur l'avenir, dit en terminant l'auteur, nous sommes conduits à nous demander s'il y a quelque espoir de voir se maintenir les progrès réalisés jusqu'ici dans chacune des branches de la médecine mentale. » Aucun doute n'est possible à ce sujet, d'après M. Fletcher Beach, si l'on envisage le perfectionnement de l'outillage scientifique en même temps que l'ardeur et la science des jeunes phalanges de médecins spécialistes en quête de découvertes nouvelles.

A. C.

©BIUM

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Hypnotisme et suggestion. Etude critique ; par W. Wundt, professeur à l'Université de Leipzig. Traduit de l'allemand par A. Keller. 1 vol. in-18 de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*. Paris, Félix Alcan, 1893.

— Les diplégies cérébrales de l'enfance ; par le Dr Emile Rosenthal, de Vienne (Autriche). 1 vol. in-8° de 160 pages avec tableaux. Paris. J.-B. Baillière et fils, 1893.

— Des mouvements involontaires au repos chez les tabétiques. Ataxie du tonus ; par le professeur Grasset. Leçons recueillies et publiées par J. Sacaze, chef de clinique. Broch. in-8° de 37 pages. Extrait du *Nouveau Montpellier médical*, 1892.

— Familiale Verpflegung Geisteskranker der Irren-Anstalt Dalldorf (Traitement familial des aliénés à l'asile d'aliénés de Dalldorf) ; par le Dr Bothe. Broch. in-8° de 6 pages. Extrait des *Fortschritte der Krankenpflege*. Berlin, s. d.

— Aliénation mentale syphilitique. Leçons cliniques, par le professeur A. Mairet, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier. 1 vol. in-8° de 182 pages. Paris, G. Masson, édit., 1893.

— Solchi dell' arteria meningea media nell' endocranio in cento sani e in duecento infermi di mente (Sillons de l'artère méningée moyenne dans l'endocrâne chez cent individus sains d'esprit et chez deux cents aliénés) ; par le Dr Giuseppe Peli, vice-directeur du manicome de Bologne. Broch. in-8° de 13 pages. Extrait de la *Rivista sperimentale di freniatria et medicina legale*, 1892.

— Hypnotisme et double conscience. Origine de leur étude et divers travaux sur des sujets analogues ; par le professeur Azam. Avec des préfaces et des lettres de Paul Bert, Charcot et Ribot. 1 vol. in-8° de 375 pages Paris, Félix Alcan, 1893.

— Zur Behandlung der Syphilis des centrales Nervensystems (Du traitement de la syphilis du système nerveux central) ; par le professeur Kowalewsky, de Charkoff. Broch. in-8° de 24 pages. Extrait des *Archiv für Dermatologie und Syphilis*. Vienne, 1893.

— Sullo stato di mente del carabiniere C. Augusto imputato di mancato omicidio volontario. Studio medico-legale (Etude médico-légale sur l'état mental de carabinier C. Auguste, accusé de tentative d'homicide volontaire) ; par le Dr G. An-

©BIUM

gelucci, directeur, et A. Pieraccini, adjoint du manicome de Macerata. Broch. in-8° de 91 pages. Extrait de *Raccoglitore Medico*. Forli, 1893.

— Manie périodique; par le Dr Jules Dagonet. Broch. in-8° de 9 pages. Extrait du *Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, 1893.

— Paralysis spinalis syphilitica (Paralysie spinale syphilitique); par le Dr Muchin, privat docent des maladies nerveuses à Charkow. Broch. in-8° de 7 pages. Extrait du *Centralblatt für Newenheilkunde und Psychiatrie*. Numéro de mai 1892.

— Les sujets de sexe douteux, leur état psychique, leur condition relativement au mariage; par le Dr G. Dailliez. 1 vol. in-8° de 112 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1893.

— Psychiatrische Vorlesungen. IV-V Heft : Ueber die Geistentœrungen der Entarteten (Fortsetzung), über das intermittirende Irresein u. A. (Leçons de psychiatrie. 4e et 5e fascicules : Des troubles mentaux des dégénérés (suite), de la folie intermittente, etc.); par V. Magnan. Traduction allemande du Dr P.-J. Möbius. 1 vol. in-8° de 112 pages. Leipzig, Georg Thieme, 1893.

— Note sur une observation de localisation corticale motrice avec autopsie, présentée à la Société médicale de Genève, par le Dr P. Ladame, 7 pages in-8°. Genève, 1893.

— La mémoire; par J.-J. Van Biervliet, professeur à l'Université de Gand. Broch. in-8° de 42 pages. Paris, Félix Alcan, 1893.

— Influence des divers troubles de la sensibilité et des idées hypocondriaques sur la genèse et l'évolution des idées de persécution; par le Dr B. Lambert, interne de la maison nationale de Charenton. 1 vol. in-8° de 179 pages. Thèse de Paris, 1893.

— Traité élémentaire de pathologie générale comprenant la pathogénie et la physiologie pathologique; par H. Hallopeau, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 4e édition, vol. in-8° de 918 pages, avec 176 fig. Paris, J.-B. Baillière, 1893.

— Tabes et paralysie générale; par le Dr J. Nageotte, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-8° de 164 pages avec planches. Paris, G. Steinheil, 1893.

©BIUM

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

L'Académie de médecine a, dans sa séance du 21 mars 1893, élu membre titulaire de la section d'hygiène publique, de médecine légale et de police sanitaire, M. le Dr V. Magnan, médecin en chef de l'asile Sainte-Anne, en remplacement de M. H. Gueneau de Mussy, décédé.

— *Arrêté du 26 avril* 1893 : M. le Dr M. Dubuisson, directeur-médecin de l'asile d'aliénés de Dury (Somme), est nommé directeur-médecin de l'asile de Braqueville (Haute-Garonne), en remplacement de M. le Dr Bouteille, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

— Conformément au décret du 31 mars 1885, le président du Conseil, ministre de l'intérieur, a décerné les récompenses suivantes aux personnes ci-après en témoignage du dévouement dont elles ont fait preuve au cours de l'épidémie cholérique de 1892 :

Médailles d'argent : M. de Cool (Alexandre), officier de santé, interne en médecine à l'asile d'aliénés de Bonneval (Eure-et-Loir) ; M. le Dr Homery, directeur-médecin de l'asile des aliénés de Quimper, et Mme Perdreau, en religion sœur Sainte-Marie-Léonie, supérieure des sœurs de l'asile d'aliénés de Bonneval.

Médailles de bronze : M. Finance (Constant), surveillant en chef de l'asile d'aliénés de Bonneval ; MM. François (Eugène-Marie), et Ménereul (Louis-François), internes à l'asile d'aliénés de Quimper.

Mentions honorables : Mlles Blondel (Anna), Chedoté (Marie) et Perron (Marie), infirmières à l'asile d'aliénés de Bonneval ; Mmes Hugon (Catherine), en religion sœur Sainte-Robert ; Martel, en religion sœur Sainte-Marie, et Porchet, en religion sœur Sainte-Patrice, sœurs hospitalières à l'asile d'aliénés de Bonneval.

SÉANCE SOLENNELLE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

La Société médico-psychologique a tenu sa séance solennelle, le 24 avril 1893, sous la présidence de M. Christian.

©BIUM

Le *prix Moreau* (*de Tours*), d'une valeur de 200 francs, a été décerné, sur le rapport de M. Arnaud, à M. le Dr Nageotte, ancien interne des hôpitaux de Paris, pour sa thèse intitulée : *Tabes et paralysie générale.* Une mention honorable a été accordée à M. le Dr Maurice Hamel pour son travail : *Des hallucinations génitales et des idées érotiques chez les persécutés;* enfin, une citation à M. le Dr Henry Berbez, pour sa thèse : *De la paralysie générale due aux excès alcooliques.*

Le *prix Esquirol* (200 francs, plus les œuvres d'Esquirol) a été décerné, sur le rapport de M. Sollier, à M. G. Lachaux, interne de l'asile de Villejuif (service de M. Briand), pour son mémoire manuscrit intitulé : *De la dissimulation des idées de grandeur dans le délire chronique des persécutions.* Une mention honorable a été accordée au mémoire n° 2, qui a pour titre : *Du tremblement de la langue chez les aliénés, en particulier chez les paralytiques généraux, et de son étude par la méthode graphique ;* et pour auteur, M. Lefillâtre, interne de l'asile de Villejuif (service de M. Vallon).

Le *prix Belhomme*, d'une valeur de 600 francs, avait pour sujet : *De l'audition chez les imbéciles et les idiots.* Sur les conclusions du rapport de M. Séglas, le prix n'a pas été décerné; mais une récompense de 400 francs a été accordée au seul mémoire envoyé au concours et qui a pour auteurs MM. les Drs Bonnet et Marie, médecins adjoints des asiles d'aliénés.

Pour le prochain *prix Belhomme*, la Société propose la question suivante : *Du traitement hygiénique et pédagogique de l'idiotie* (*arriérés, débiles, imbéciles, idiots*).

Le *prix Aubanel*, de la valeur de 2,400 francs, destiné au meilleur mémoire manuscrit sur les *Rapports de l'ataxie locomotrice et de la paralysie générale*, n'a pas été décerné. Sur le rapport de M. René Semelaigne, une récompense de 1,200 francs a été accordée à chacun des concurrents, qui sont MM. les Drs Henry Berbez, interne de la Maison nationale de Charenton, et Samuel Garnier, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Dijon (Côte-d'Or).

Pour le prochain concours du *prix Aubanel*, la Société propose le sujet suivant : *Des variétés cliniques du délire de persécution.*

Le soir, à sept heures et demie, un grand nombre de membres se réunissaient, au restaurant Marguery, en un banquet auquel avaient été invités les lauréats. Au dessert, des toasts ont été portés : par M. Christian, à la prospérité de la Société; par M. Falret, au progrès de la médecine mentale et au président de la Société; et par M. Giraud, de l'asile Saint-Yon, membre correspondant, aux membres titulaires présents.

©BIUM

PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie de médecine a reçu, dans sa séance du 7 mars 1893, communication de la liste des mémoires et ouvrages envoyés pour concourir aux prix proposés pour l'année 1893; dans la même séance, elle a procédé à la nomination des commissions de ces prix. Nous donnons ci-après les renseignements concernant la médecine mentale et nerveuse :

PRIX ALVARENGA DE PIAUHY (BRÉSIL). — Ce prix sera distribué à l'auteur du meilleur mémoire, ou œuvre inédite (dont le sujet restera au choix de l'auteur), sur n'importe quelle branche de la médecine. Vingt-sept mémoires ont été envoyés, parmi lesquels nous relevons :

N° 1. La femme. — Physiologie de l'amour, par le Dr Biechi, de Zegeilius, de Vesoul.

N° 5. Des troubles du langage chez les aliénés, par le Dr Séglas, de Paris.

N° 7. Lésions anatomiques que l'on trouve dans l'éclampsie puerpérale, par le Dr Bouffe de Saint-Blaise, de Paris.

N° 16. L'opium, ses abus ; mangeurs et fumeurs d'opium, par le Dr E. Martin, de Paris.

N° 18. Contribution à l'étude de l'excitabilité électrique des muscles, par le Dr Huet, de Paris.

N° 20. Du rôle possible de l'infection dans la pathogénie de la chorée, par le Dr H. Triboulet, de Paris.

Commission : MM. Bouchard, Ranvier, Quinquaud.

PRIX CIVRIEUX. — Question : *Des troubles de l'intelligence dans la fièvre typhoïde.*

N° 1. Devise : « *Obtusis ubi ceciderunt viribus artus, claudicat ingenium, delirat linguaque mensque.* »

N° 2. Devise : « Si en cette œuvre j'ai irrité les doctes qui ont escrit devant moy, les uns après les autres, ce n'a été avec intention de dérober leurs peines et me parer de leurs plumes, mais plus tost pour renouveler leur labeur et vertu et quasi les faire renaître. »

N° 3. Devise : « *Ars medica tota in observationibus.* » (Hoffmann.)

N° 4. Devise : « Connaître la marche naturelle des maladies, c'est plus de la moitié de la médecine. » (Trousseau.)

N° 5. Devise : « Simple rameau des sciences naturelles, la psychologie doit emprunter leur méthode et recourir à l'observation et à l'expérience. »

N° 6. Devise : « Pardon d'avoir écrit tant de pages, je n'ai pas eu le temps d'en écrire moins. » (Mme de Sévigné.)

Commission : MM. Charcot, Blanche, Cadet de Gassicourt.

©BIUM

PRIX LEFÈVRE. — Question : *De la mélancolie.*

N° 1. De la mélancolie (pas de devise).

N° 2. Devise : « Il est non seulement ingénieux, mais très sage, de faire asseoir Bacchus et Minerve à la même table, pour défendre à l'un d'être libertin et à l'autre d'être triste et pédante. » (De Maistre.)

N° 3. Devise : « Je ne sais pas votre nom, veuillez me le dire. La personne de moi-même n'a pas de nom. » (Lemet.)

N° 4. Devise : « Dans toutes les formes de la mélancolie, la lésion fondamentale consiste dans un état de douleur morale. » (Griesinger). — Il n'y a pas de pli cacheté.

Commission : MM. Jaccoud, Luys, Mesnet.

ARRÊTÉ DU MINISTRE DE L'INTÉRIEUR SUR LE TRAVAIL ET LE PÉCULE DES ALIÉNÉS

Asile public d'aliénés. — Règlement du 20 mars 1857. Travail et pécule. — Modifications à la section XXI.

6 janvier 1893.

Monsieur le Préfet, le conseil des inspecteurs généraux des établissements de bienfaisance institué près du ministère de l'intérieur m'a signalé l'intérêt qui s'attache à ce que les prescriptions relatives au travail des aliénés fussent complétées par quelques dispositions nouvelles.

Les modifications dont il s'agit portent, principalement, sur les articles 151, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 160 et 161 du règlement précité. Elles visent l'intérêt de l'aliéné travailleur, en même temps que la gestion et le contrôle de son pécule. Elles m'ont donc paru marquer un nouveau pas dans la voie des améliorations du régime des aliénés dont mon administration poursuit la réalisation.

J'ai rendu, à cet égard, à la date du 19 décembre 1892, un arrêté dont vous trouverez, ci-joint, plusieurs exemplaires.

Je vous prie de prendre les dispositions nécessaires pour assurer l'exécution immédiate de cet arrêté dont les dispositions s'appliquent, sans distinction, à tous les établissements consacrés aux aliénés existants dans votre département (asiles publics, asiles privés et quartiers d'hospices).

Vous voudrez bien m'accuser réception de la présente circulaire.

Recevez, etc.

Le directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques,

MONOD.

©BIUM

ARRÊTÉ

Le ministre de l'intérieur,

Sur la proposition du Directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques,

Vu la loi du 30 juin 1838;

Vu l'ordonnance du 18 décembre 1839 portant règlement sur les établissements publics consacrés aux aliénés ;

Vu l'arrêté ministériel du 20 mars 1857 régissant l'administration des asiles publics ;

Vu l'avis du conseil des inspecteurs généraux des établissements de bienfaisance en date du 3 décembre 1892, concernant les diverses modifications et additions qu'il conviendrait d'apporter au règlement précité du 20 mars 1857, en ce qui a trait au travail et à l'emploi du pécule dont les prescriptions font l'objet de la section XXI ;

Arrête :

Art. 1er. — Les prescriptions du règlement du 20 mars qui font l'objet de la « section XXI — travail » sont et demeurent modifiées ainsi qu'il suit :

Section XXI

(*Travail et pécule.*)

Art. 150. — Le travail est institué dans l'asile comme moyen de traitement et de distraction pour les malades.

Art. 151. — Le médecin en chef désigne seul les aliénés qui doivent y prendre part, le genre de travail auquel ils peuvent être occupés; il limite pour chacun d'eux et pour les travaux quels qu'ils soient, quand il le juge nécessaire, la durée de la journée de travail, et peut, en toutes circonstances, s'assurer des conditions générales du travail et des précautions sanitaires dont il est entouré.

Le travail comprend :

1° Les travaux intérieurs :

a) Participation aux soins du ménage, aux travaux des services généraux ;

b) Travaux de culture maraîchère et de jardinage;

c) Travaux de couture et de blanchissage ;

d) Travaux relatifs à l'entretien des bâtiments et du mobilier.

2° Les travaux extérieurs :

a) Travaux de terrassement et de construction ;

b) Travaux agricoles (fermes, machines agricoles) ;

c) Travaux industriels.

©BIUM

Art. 152. — Il est absolument interdit d'occuper les aliénés à aucun des travaux qui consistent exclusivement dans l'emploi de la force musculaire et qui sont à l'usage des animaux, tels que mise en mouvement des pompes, roues, manèges, etc., et de louer leurs bras à des tiers pour des travaux quelconques.

Art. 153. — Le produit du travail appartient à l'établissement. Sur ce produit, il sera alloué, à chaque travailleur appartenant au régime commun, une rémunération en nature (ration supplémentaire de vin, d'aliments en nature) déterminée par le médecin en chef et le directeur.

En outre, il sera attribué, pour chaque journée de travail, une rétribution fixe qui ne pourra être inférieure à 0 fr. 10.

Art. 154. — La durée de la journée de travail ne devra jamais excéder huit heures en hiver et neuf heures en été.

Les chefs d'ateliers et les surveillants constatent chaque jour, sur un carnet spécial, le travail réel de chaque aliéné suivant sa durée par journée ou fraction de journée équivalente au quart, à la moitié, aux trois quarts.

Ces carnets de travail sont visés, chaque semaine, par les surveillants chefs ou les chefs de culture.

Art. 155. — A l'aide des carnets de travail, il est établi par l'économe, à la fin de chaque mois, un état récapitulatif constatant la durée du travail fait par chaque aliéné.

Cet état, certifié par l'économe et visé par le médecin en chef, établit définitivement les droits de rémunération de chaque aliéné travailleur.

Le solde en est fait chaque mois par le receveur sur un mandat du directeur revêtu pour ordre de l'acquit de l'économe.

Art. 156. — Le montant des rémunérations individuelles est porté au crédit du compte particulier ouvert à chaque travailleur sur un registre spécial dit du pécule, tenu régulièrement par l'économe et visé tous les trois mois par le directeur.

Art. 157. — Le produit du travail est accumulé au crédit de chaque travailleur jusqu'à concurrence d'une somme fixe réservée à titre de pécule éventuel de sortie.

Ce pécule éventuel de sortie pourra être fixé différemment, suivant l'origine de l'aliéné, par le directeur après avis de la Commission de surveillance.

Art. 158. — Tout aliéné sortant de l'asile a droit à un pécule.

En cas de sortie par guérison, il en touche intégralement le montant; en cas de transfert, le pécule est remis entre les mains de l'économe contre récépissé; en cas de sortie provisoire ou conditionnelle, ou de placement familial, le versement partiel ou intégral sera fait entre les mains de l'aliéné selon les indications du médecin en chef.

©BIUM

Art. 159. — Tout aliéné sortant pour cause de guérison et dont le pécule n'a pas atteint le taux fixé par l'article 157 a droit au complément de son pécule.

La somme complémentaire est ordonnancée par le directeur et imputable sur le crédit ouvert au budget pour la rémunération du travail.

Art. 160. — Il n'est fait, en principe, emploi au profit de l'aliéné travailleur, d'aucune somme provenant de la rémunération du travail avant que son pécule ait atteint le chiffre fixé par la Commission de surveillance comme pécule éventuel de sortie. Cependant, il sera fait exception à cette règle, lorsque le médecin en chef en fera la demande expresse, et quel que soit le temps de travail ou le montant du pécule.

Art. 161. — Lorsque le produit du travail dépasse le montant du pécule éventuel de sortie, il en est fait emploi, pour tout ou partie, par ordre du directeur, au profit de l'aliéné travailleur sur la demande du médecin en chef ou avec son approbation, si la demande émane du malade lui-même ou des surveillants.

Les dépenses ainsi faites sont inscrites régulièrement par l'économe sur le registre du pécule au compte de chaque aliéné, avec l'indication de la somme versée ou de la nature de la dépense.

L'emploi du pécule peut être fait en argent, en objets de consommation ou autres; les versements en argent doivent être fractionnés par petites sommes et par quinzaine; l'emploi en nature peut se faire par bons de consommation ou par les soins de l'économe.

Art. 162. — Avec l'approbation du médecin en chef et sur l'ordre du directeur, l'aliéné travailleur peut disposer de l'excédent de son pécule en faveur de l'un de ses parents, père, mère, époux, épouse, enfant, frère ou sœur, neveu ou nièce.

Art. 163. — En cas de décès, le pécule de l'aliéné travailleur appartient à l'établissement. Il en est de même des objets qui ont pu être acquis à son profit sur la rémunération du travail.

Art. 2. — Le Directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 19 décembre 1892.

EMILE LOUBET.

LE SUICIDE EN FRANCE PENDANT L'ANNÉE 1889

Le nombre des suicides portés à la connaissance de la justice avait suivi, de 1881 à 1888, une progression ininterrompue : de 6,741 à 8,451 ; mais, en 1889, il accuse une légère diminu-

©BIUM

tion : 8,110, soit 21 suicides pour 100,000 habitants ou 1 suicide par 4,761 habitants. Le département de la Seine entre pour 18 p. 100 dans le total : 1,465 ou 50 par 100,000 habitants.

Comme tous les ans, plus des trois quarts des suicides ont été accomplis par des hommes : 6,381 ou 78 p. 100 et 1,799 ou 22 p. 100 pour des femmes.

Le classement par âge des suicidés donne, avant l'âge de trente ans, un pourcentage plus élevé pour les femmes ; mais, à partir de cette période de la vie, la propension au suicide s'accroît avec l'âge pour les deux sexes, et la proportion est la même pour les hommes et pour les femmes jusqu'à soixante ans. Au-dessus de cet âge, le nombre des suicides chez les femmes est inférieur de 5 p. 100 à celui que l'on constate chez les hommes.

Parmi les motifs présumés des suicides, signalons ce fait que ceux qui sont attribués à l'aliénation mentale, et qui formaient, il y a une dizaine d'années, le tiers du total, n'y entrent plus aujourd'hui que pour le quart. (*La Semaine médicale*, numéro du 29 avril 1893.)

LES MALADIES MENTALES CHEZ LES NÈGRES DU SOUDAN (1)

L'épilepsie est loin d'être, chez les noirs du Soudan, aussi rare qu'on pourrait se l'imaginer. C'est une de ces affections qu'ils cachent et que, guidés par un sentiment que nous ne saurions expliquer, ils cherchent à dérober aux regards indiscrets. Certes, si on ne fait que passer ou même séjourner peu de temps dans un village, on n'y verra aucun infirme, aucun malade. Les aveugles seuls ont, pour ainsi dire, droit de circulation ; mais les autres : aliénés, lépreux, épileptiques, malades atteints d'éléphantiasis, sont confinés au fond des cases, et ne se mêlent que rarement aux autres, soit au tam-tam, soit sous l'arbre à palabres. C'est, pour ainsi dire, une sorte de coquetterie chez eux que de cacher ainsi leurs misères. Mais quand on reste plusieurs mois dans le même village, comme cela nous est arrivé à Nétéboulou (Ouli, Soudan français), peu à peu ils finissent par se familiariser avec vous et vous laissent voir bien des coins de leur vie qui, autrement, nous seraient toujours restés obscurs. Eh bien, de ce que nous avons vu ainsi et observé,

(1) Nous empruntons à la *Revue scientifique* (numéro du 18 mars 1893), cette notice extraite d'une étude *Sur un cas d'épilepsie compliquée de la manie de la marche chez un nègre*, publié par un médecin de la marine, M. Rançon, dans les *Archives de médecine navale et coloniale* (février 1893).

©BIUM

nous pouvons conclure et affirmer hardiment que les dessous d'un village noir ne sont pas précisément beaux, ne nous plaçant toujours, bien entendu, qu'au point de vue pathologique. Toutes les maladies que peuvent engendrer une nourriture insuffisante et une misère physiologique profonde y sont représentées : phtisie pulmonaire, lèpre, éléphantiasis, etc., y foisonnent.

De toutes les névroses, l'épilepsie est peut-être celle qui est, au Soudan français, la plus répandue et la plus commune. Il n'y a, pour ainsi dire, pas de village qui n'ait au moins un et souvent deux épileptiques et plus. Une preuve excellente à l'appui de ce que nous venons d'avancer est la suivante :

Les noirs de chaque pays ont un nom particulier sous lesquels ils désignent cette épouvantable affection, tandis qu'ils n'en ont pas pour la plus grande partie des maladies. On est malade, *Makendé* (Bambara, Malinké) ; *Amasaha* (Sarracolé) ; *Sélingué* (Poul) et voilà tout. Il en est tout autrement pour l'épilepsie. Les Bambaras la désignent sous le nom de *Kékélémansaia*. Les Malinkés l'appellent *Dindidiankaro*, les Pouls *Ombooundéoré* et les Sarracolés *Ouakanté*. Ceci est pour nous la preuve la plus frappante que les peuples soudaniens ont été frappés par l'étrangeté de cette affection.

Les malheureux qui en sont atteints sont regardés comme des fous dans les villages. On ne les soigne pas, on ne les surveille même pas ; mais aussi on ne les maltraite pas, et quel que soit le larcin qu'ils commettent, ils sont pardonnés et on n'attache aucune importance à leurs actes, quels qu'ils soient : « Ils sont fous. » Chez certains peuples même, les Sarracolés, par exemple, on ne fait aucune différence entre les deux névroses, folie et épilepsie, et on n'a qu'un seul mot pour les désigner, *Ouakanté*.

Il n'y a rien de surprenant à ce que les épileptiques, au Soudan, ne reçoivent pas les soins que nécessite leur état. Chez les noirs et principalement chez les Malinkés, dès que l'enfant a atteint l'âge de cinq ou six ans et qu'il peut de lui-même s'approcher de la calebasse de cousscouss commune, qu'il peut, en un mot « se débrouiller » tout seul, la mère ne s'en occupe plus et ne s'inquiète nullement de lui quand il est malade. Elle peut avoir son fils ou sa fille à l'agonie, cela ne l'empêche pas de vaquer à tous ses travaux et d'aller danser au tam-tam. Quant au père, jamais, et en aucune circonstance de la vie, il ne s'occupe de ses enfants. Cela est incompatible avec sa dignité. Aussi la mortalité est-elle absolument effrayante chez tous les peuples du Soudan. On comprendra aisément, d'après cela, que ces malheureux épileptiques, n'étant ni soignés ni surveillés, finissent tous d'une façon tragique : ou bien

©BIUM

ils se noient dans une crise, ou bien ils se brûlent ou se tuent en tombant des arbres, etc. Il n'en est, pour ainsi dire, pas qui meurent de mort naturelle.

LA MUSIQUE THÉRAPEUTIQUE

La musique peut-elle, en certains cas, devenir un agent thérapeutique? C'est ce que la Bible des Hébreux affirme de longue date par l'exemple du roi Saül, et ce qu'un aliéniste de Portsmouth, le Dr Blackman, a eu la curiosité d'examiner, après le Russe Dogiel.

D'un grand nombre d'observations recueillies au bagne de Portland, il appert que les effets de la musique s'exercent par action réflexe sur les centres nerveux qui gouvernent le cours du sang. Il en résulte une dilatation appréciable des vaisseaux sanguins et, par suite, une activité plus grande de la circulation, avec un sentiment de chaleur marquée. Le travail général de la nutrition étant étroitement lié à l'activité de la circulation, on doit considérer la musique comme un adjuvant de la nutrition des tissus et l'utiliser à l'occasion comme un agent thérapeutique d'une certaine valeur.

Ces résultats concordent avec les observations de Dogiel, qui se résument comme suit :

1. La musique exerce une influence sur la circulation du sang.

2. Cette influence se traduit, tantôt par une augmentation et tantôt par une diminution de la pression artérielle.

3. Presque toujours elle détermine, chez les animaux comme chez l'homme, une accélération des battements du cœur.

4. Les variations de la circulation produites par les sons musicaux coïncident avec des changements dans la fréquence des mouvements respiratoires.

5. Elles sont plus ou moins grandes selon le ton et l'intensité des sons.

6. Dans tous ces phénomènes, les particularités individuelles et même la nationalité sont des éléments appréciables.

Tous ces travaux devaient aboutir, selon l'usage anglais, à la formation d'une société d'études, qui s'intitule la Gilde de Sainte-Cécile et reconnaît pour président un chanoine de Westminster, le révérend Harford. La nouvelle société s'est proposée de vérifier sur un grand nombre de malades l'influence de la musique comme calmant physique et moral; de former des musiciens infirmiers, toujours prêts à répondre à l'appel des médecins; enfin, d'installer dans un point central de la métropole britannique, un « poste de secours musicaux », où des

©BIUM

relais d'exécutants se succèdent nuit et jour pour transmettre les ondes sonores, par voie téléphonique, à des salles déterminées de chaque grand hôpital.

Les expériences entreprises sur ces données ont déjà fourni des résultats intéressants. Un des plus notables a été de faire régner le silence dans les salles de chirurgie soumises à l'action musicale et de procurer aux malades les plus agités un sommeil réparateur; à Helensburgh, un comité de dames infirmières s'est constitué pour faire tous les jours de la musique vocale et instrumentale aux opérés. Il a été constaté que la température de ces patients baissait notablement et que leurs souffrances étaient manifestement allégées. Mêmes résultats à l'hôpital de Bolton. L'instrument qui paraît exercer l'action musicale la plus calmante est le violon. En beaucoup de cas d'insomnie on obtient des effets excellents d'une simple boîte à musique mise en jeu soit par un mouvement d'horlogerie, soit par un moteur électrique.

Si fantastiques que puissent paraître ces faits et les conclusions du Dr Blackman, on doit actuellement prévoir pour les musiciens sans emploi un débouché nouveau, qui sera celui de thérapeutes spéciaux, allant à domicile donner des séances anesthésiques auprès du lit de douleur des malades. La chose est déjà sortie, à Londres, du domaine de l'hypothèse et, sans doute, elle entrera bientôt dans les mœurs du continent. (Le *Temps*, numéro du vendredi 7 avril 1892.)

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ

Toulouse, 17 avril. — Ce matin, à neuf heures, M. Bepmale, maire et conseiller général de Saint-Gaudens, en visite chez une demoiselle du quartier du Pradet, a été victime d'une odieuse tentative de meurtre, œuvre d'un fou.

Le meurtrier, nommé Jean-Marie Baliel, âgé de soixante-sept ans, est propriétaire de la maison où M. Bepmale était en visite.

Depuis quelque temps, il était évité de ses voisins et, se croyant sans cesse poursuivi par des ennemis, il a tiré un coup de fusil sur sa locataire, à ce moment dans son jardin, et un second coup sur M. Bepmale, qui accourait au bruit de la détonation pour savoir ce qui se passait. Puis il s'est fait sauter la cervelle à l'aide d'un pistolet.

La blessure de M. Bepmale est profonde, la charge a pénétré au-dessus du sein droit.

La demoiselle qu'il était allé voir est blessée moins grièvement.

Ce drame a plongé Saint-Gaudens dans une vive émotion. (*Le Temps*, numéro du 19 avril 1893.)

©BIUM

Lyon, 24 mars. — Hier matin, vers quatre heures et demie, les habitants de la maison portant le n° 62 furent réveillés par plusieurs détonations. La concierge se leva aussitôt. Elle entendit son locataire de l'entresol, M. Gaillard, capitaine du génie, qui était sorti sur le palier, proférer quelques mots, puis elle le vit rentrer dans son appartement. Deux ou trois passants attardés dans la rue déclarèrent à la concierge qu'un monsieur avait paru un instant à une fenêtre de l'entresol criant à l'aide et que des détonations avaient suivi. Tout rentra bientôt dans le calme.

Ce n'est que vers dix heures du matin qu'une cuisinière, se rendant à la cave, découvrit, dans un corridor qui y donne accès, le cadavre d'un homme qui fut vite reconnu pour celui du nommé Paul Lamure, âgé de quarante ans, préposé aux poids publics, demeurant cours Charlemagne, 3. Cependant, à cinq heures du matin, le capitaine Gaillard, qui est détaché à la direction du génie, se levait et se rendait aussitôt au quartier général pour voir le général Berge. Celui-ci fit répondre qu'il ne pouvait le recevoir à cette heure matinale. Le capitaine se rendit alors dans la loge du concierge. Il était en proie à une grande surexcitation : « Je viens de tuer trois Ravachols, disait-il, j'espère qu'ils me laisseront tranquilles. » Il demanda une plume et de l'encre et écrivit sur-le-champ au général une lettre de dix pages pleine d'incohérences. Qu'on en juge par l'extrait suivant :

« Mon général, je viens de tuer trois personnes cette nuit. Je les ai entendues (deux hommes et une femme) conspirer contre l'armée... Ces gens-là, qui sont les parents de Ravachol, voulaient m'assassiner. Je les ai tués... Il y a du reste longtemps que je les suivais... Je vous rends compte, ainsi qu'il est de mon devoir, de l'œuvre d'assainissement faite par moi. »

Le général Berge reçut le capitaine vers huit heures. Il vit aussitôt qu'il avait affaire à un fou et il le confia à deux de ses officiers d'ordonnance qui le conduisirent, tout d'abord, à l'hôpital Desgenettes. M. Gaillard avait sur lui le revolver dont il s'était servi et qu'il avait pris soin de recharger.

Voici maintenant comment on explique la scène du drame : il est probable que le capitaine Gaillard, qui donnait depuis quelque temps des signes de troubles mentaux qui n'avaient pas échappé à ses camarades, se sera levé pendant la nuit en proie à une hallucination. Se croyant poursuivi par des anarchistes, il aura ouvert sa fenêtre et crié au secours.

M. Lamure, qui passait en ce moment, se rendant à son travail, au marché Saint-Antoine, s'est arrêté. La porte de l'allée s'est trouvée par hasard ouverte. Il a gravi les escaliers et s'est trouvé en présence du capitaine qui a tiré sur lui. Le

©BIUM

malheureux, atteint au bas des reins, a pu se réfugier jusque dans la cave où il a bientôt succombé. C'était un excellent homme, marié sans enfants.

Le meurtrier, mis dans une cellule, à l'hôpital, et revenu un peu au calme, a raconté ainsi la scène :

« Les anarchistes m'en veulent. Ce matin, ils sont venus pour me tuer. Naturellement, je me suis défendu. Ayant entendu marcher près de ma chambre, je me suis muni d'un revolver et suis sorti sur le palier. A la lueur de ma bougie, j'ai aperçu Ravachol et deux complices monter, j'ai tiré et les ai tués tous trois. Puis je suis rentré et j'ai rechargé mon arme, car il pouvait en revenir d'autres. »

Comme on voit, le malheureux est atteint du délire de la persécution.

M. le général de Tissonière, après avis du médecin en chef, le fit conduire à l'asile de Bron. M. Gaillard est âgé de trente-sept ans. Ancien élève de l'Ecole polytechnique, il passait pour un officier de mérite. (Le *Temps*, numéro du 26 mars 1893.)

Brest, 24 *avril*. — Un préposé des douanes de la brigade de Brest, nommé Charles Caudal, a tué sa femme, hier après midi, d'un coup de fusil Lebel, dans son propre domicile. La balle, tirée à bout portant, a traversé de droite à gauche le corps de la victime, et s'est enfoncée d'environ 10 centimètres dans la muraille.

Ce crime ne peut être attribué qu'à la folie : le caractère du sieur Caudal s'était, en effet, subitement modifié depuis un an. Jaloux à l'excès, sans que la conduite de sa femme laissât à désirer, il était en même temps atteint du délire de la persécution. Après un séjour de plusieurs semaines à l'hôpital de la marine, il fut interné à l'asile des aliénés de Quimper ; il en était sorti au commencement de ce mois.

Le meurtrier, son crime accompli, s'était enfermé. Au moment où l'on est venu pour l'arrêter, il a ouvert l'une des croisées et s'est suspendu à la barre d'appui ; mais, aux cris poussés par les personnes qui stationnaient devant la maison, il a regagné sa chambre.

Confronté dans la soirée avec le cadavre de sa femme, Caudal n'a paru éprouver aucune émotion. Il s'est même mis à confectionner une cigarette. (Le *Temps*, numéro du 26 avril 1893.)

FAITS DIVERS

De l'hospitalisation des enfants idiots et épileptiques dans le département du Nord. — Les *Annales* annonçaient, dans le numéro de septembre 1892 (p. 335), que le département du Nord faisait construire sur les dépendances de l'asile des aliénés

©BIUM

d'Armentières, un quartier spécial destiné à recevoir les enfants idiots et épileptiques. Nous sommes heureux d'annoncer que ce quartier, construit sur les indications de notre savant collaborateur, M. le Dr Taguet, directeur-médecin de l'asile, est aujourd'hui terminé, et que l'inauguration de ce nouveau service aura lieu le 1er juin prochain.

Un drame à l'asile d'aliénés de Bron. — On écrit de Lyon, le 13 mars, au *Journal des Débats* (numéro du mardi soir, 14 mars 1893) :

« Ce matin, un nommé Bonnier, âgé de quarante et un ans, pâtissier, interné à l'asile d'aliénés de Bron, a tué d'un coup de couteau le cuisinier-chef de cet établissement, M. Perrin.

Bonnier, qui était très doux et paraissait inoffensif, avait été, de son état, placé comme aide aux cuisines.

Ce matin, il appela le cuisinier chef, M. Perrin : « Chef, venez donc voir ce que j'ai dans la main. » M. Perrin s'avança et Bonnier lui montra un bouton de métal qu'il tenait dans la main ; mais, pendant que le cuisinier regardait, le fou, levant un couteau qu'il serrait dans sa main droite, lui en porta un coup terrible. Atteint dans la région du cœur, M. Perrin s'affaissa ; on le transporta immédiatement à l'infirmerie où il ne tarda pas à succomber.

On s'empara de Bonnier, qui, son crime accompli, était resté sans mot dire. On le conduisit dans la section des agités, où on lui passa une camisole de force. »

Incendie à l'asile des aliénés de Moulins. — On télégraphie de Moulins au *Temps* (numéro du 16 mars 1893) :

« Ce matin, à six heures, un incendie s'est déclaré dans le pavillon central de l'asile des aliénés départemental, situé à trois kilomètres de Moulins. Le feu, qui est attribué à l'explosion d'une machine, s'est répandu rapidement. Pendant que l'administration de l'asile assurait la sécurité des malades, des secours arrivèrent rapidement et à dix heures on était maître du feu.

Tout le pavillon central, destiné aux agités et où se trouvaient les infirmeries, est détruit. Les dégâts atteignent 100,000 francs. Aucun accident de personne ne s'est produit. »

Séquestration d'une aliénée dans sa famille. — On télégraphie de Montbrison au *Journal des Débats* (numéro de mercredi soir 3 mai 1893) :

« A la suite d'une descente du parquet au domicile du sieur Claude Néel, propriétaire et cultivateur à la Roche, on a constaté que la fille Néel était demeurée séquestrée depuis vingt-cinq ans dans un réduit obscur et malpropre.

A l'âge de dix-huit ans, la fille Néel avait été atteinte d'une maladie qui avait affaibli ses facultés ; actuellement elle est

©BIUM

presque complètement en enfance et ne répond aux questions des magistrats que par quelques monosyllabes inintelligibles. Ses membres sont ankylosés; elle est dans un état de faiblesse pitoyable. Il est à noter que Claude Néel, son père, est tout à fait à son aise. »

L'alcoolisme chez la femme en Angleterre, — On lit dans la *Revue scientifique* (numéro du 11 février 1893) : « Il semble que l'alcoolisme chez la femme fasse en Angleterre, actuellement, des progrès plus considérables qu'en tout autre pays. En Angleterre et dans le pays de Galles, le nombre des femmes arrêtées a passé de 5,673 en 1878 à 9,451 en 1884. A Londres, l'année dernière, ce chiffre a dépassé 8,000, avec une augmentation de 500 sur l'année précédente. En Ecosse, 10,500 femmes ont été envoyées en prison dans la seule ville de Glascow, et sur ce nombre, 45 en étaient du sixième au trente-quatrième emprisonnement. En Irlande, on connaît une femme de quarante ans qui a été arrêtée 700 fois ; et à Dublin même, on arrête, en moyenne 10,000 femmes par an pour ivresse. Tels sont du moins les chiffres donnés par le *British medical Journal.* »

La civilisation est-elle cause des maladies nerveuses? — Sur cette question tant controversée, « une discussion intéressante a été récemment entamée dans la *Science*. M. Brinton, l'anthropologiste et ethnographe américain, soutenait que la civilisation n'est pas aussi responsable qu'on le dit souvent, des maladies nerveuses que d'aucuns lui imputent et que celles-ci sont tout aussi fréquentes parmi les races inférieures. Cette opinion fut attaquée ; mais des faits et des chiffres bien authentiques empruntés à M. J.-C. Rosse, qui a fait une étude spéciale de la question, viennent à l'appui des conclusions de M. Brinton.

« Dans une note publiée par le *Journal of Nervous and Mental Disease*, M. Rosse établit que les troubles nerveux existent tout aussi bien chez les populations primitives que chez les plus civilisées. Dans la Colombie, par exemple, les décès dus aux maladies nerveuses sont plus considérables chez les gens de couleur que chez les blancs, et l'écart atteint 33 p. 100. M. Rosse incline à penser que c'est surtout le changement brusque des habitudes sociales et des conditions d'existence qui déterminent les maladies nerveuses. » (*Revue scientifique*, numéro du 4 mars 1893.)

Le suicide en Italie. — M. Corre analyse comme il suit, dans la *Revue internationale de bibliographie médicale*, un rapport publié en 1892, sur la mort par suicide, par le ministère de l'agriculture, de l'industrie et du commerce italien.

Le chiffre des suicides, de 1,459 (4.99 pour 100,000 habitants) en 1875, a été de 1,652 (5.48 pour 100,000 habitants)

©BIUM

en 1890, et de 1,710 (5.63) en 1891. Sur les 1,652 suicidés de 1890 (année dont la statistique est le plus détaillée), il y avait 1,356 hommes et 296 femmes ; 717 célibataires, 672 mariés, 202 veufs et 61 personnes d'état civil inconnu. Sous le rapport de l'âge, le plus grand nombre des suicides est observé entre vingt et quarante ans, puis entre quarante et soixante; il y a fléchissement très sensible *au-dessus* de soixante ans et abaissement considérable après quatre-vingts ans : mais, *au-dessous* de quinze ans, on note 119 suicides (90 masculins et 29 féminins). Les modes sont, par ordre de fréquence décroissante, l'arme à feu (hommes), la noyade (hommes et femmes), la pendaison, la précipitation, l'empoisonnement, etc. La répartition par saisons accuse une prédominance en été et un minimum en hiver : la proportion pour 1,200 serait de 5.09 au printemps, de 5.13 en été, de 4.06 en automne et de 3.81 en hiver (le mois le plus chargé est juin, 5.67; après lui, vient mai; le mois le moins chargé est décembre, 3.48). Au point de vue des professions, l'on a pour 10,000 individus 6 suicides chez les gardiens de la sécurité publique et les militaires, 5 chez les commerçants, 4 chez les employés, écrivains et typographes, 3 chez les boulangers, 2 chez les portefaix, armuriers, quincailliers, etc., 1 chez les cochers, les cordonniers, les domestiques, etc. Les professions exploitant directement le sol et ses produits fournissent un très minime contingent au suicide (0.7). (*Revue scientifique*, numéro du 11 mars 1893.)

Influence de la politique sur la nomination des médecins-aliénistes aux Etats-Unis. — Les prévisions relatives aux changements que l'orientation nouvelle de la politique aux Etats-Unis devait amener dans le personnel des fonctionnaires, médecins ou autres, des asiles d'aliénés, comme des autres établissements, ont commencé à se réaliser. Il est à souhaiter que ces changements soient partout aussi heureux que pour l'asile de Kankakee (Illinois) dont le Dr Clevenger vient d'être nommé *superintendant*. Le Dr Clevenger, qui n'est d'ailleurs aucunement un politicien, est un homme estimé qui s'est fait une honorable réputation scientifique. Les aliénistes des Etats-Unis se réjouissent de le voir désigné pour le poste en question.

CONGRÈS DE 1893

Congrès annuel des médecins aliénistes de France et des pays de langue française. — Nous rappelons à nos lecteurs que ce Congrès se réunira, cette année, à La Rochelle, le mardi 1er août. Le programme a été publié dans les *Annales* (numéro de janvier 1893, p. 160). Les adhésions sont envoyées

©BIUM

à M. le Dr H. Mabille, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Lafont, près La Rochelle (Charente-Inférieure).

Onzième congrès international de médecine. — Ce Congrès se tiendra à Rome, du 24 septembre au 1er octobre 1893, sous la présidence de M. le professeur G. Baccelli. Ce Congrès comprendra dix-huit sections, dont la septième est destinée à la *psychiatrie*, la *neuropathologie* et l'*anthropologie criminelle*. Le Comité d'organisation de cette section est composée de MM. Morselli (Gênes), Tamburini (Modène), Vizioli (Naples), Bianchi (Naples), Raggi (Pavie), Lombroso (Turin), Tebaldi (Padoue), Roncati (Bologne) et Funaioli (Sienne).

Les adhésions à ce Congrès peuvent être adressées à M. le Dr Marcel Baudouin, secrétaire général du Comité français d'initiative et de propagande, 14, boulevard Saint-Germain, Paris. La cotisation est de 25 francs.

PRIX DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

Nous extrayons du programme des concours de l'Académie royale de Belgique les renseignements suivants :

Concours 1893-1895. — Faire l'étude pathogénique et clinique des névroses traumatiques.

Prix : 600 *francs*. — *Clôture du concours* : 15 *février* 1895.

Concours 1891-1894. Prix fondé par un anonyme. — Elucider par des faits cliniques, et au besoin par des expériences, la pathogénie et la thérapeutique de l'épilepsie.

Prix : 4,000 *francs*. — *Clôture du concours* : 1er *février* 1894.

Des encouragements, de 300 à 1,000 francs, pourront être décernés à des auteurs qui n'auraient pas mérité le prix, mais dont les travaux seraient jugés dignes de récompense.

Une somme de 25,000 francs pourra être donnée, en outre du prix de 4,000 francs, à l'auteur qui aurait réalisé un progrès capital dans la thérapeutique des maladies des centres nerveux, telle que serait, par exemple, la découverte d'un remède curatif de l'épilepsie.

N. B. — Les mémoires, lisiblements écrits en latin, en français ou en flamand, doivent être adressés, *franc de port*, au secrétariat de l'Académie, à Bruxelles.

ENSEIGNEMENT

Ecole de médecine de Dijon. — M. le Dr Samuel Garnier, médecin-directeur de l'asile de Dijon, a repris, le 22 avril dernier, ses conférences pratiques sur l'aliénation mentale et les continuera les samedis suivants, pendant tout le semestre d'été.

©BIUM

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE XVIIe VOLUME DE LA SEPTIÈME SÉRIE

PREMIÈRE PARTIE

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS

I. — Chronique.

PAGES

Lettre d'Amérique ; par M. H. M. Bannister 5

II. — Pathologie.

Les causes de la paralysie générale (statistique de l'asile Saint-Yon); par le Dr Nicoulau. 13
Contribution à l'étude du délire d'origine sympathique; par les Drs Picqué et Febvré 29
Contribution à l'étiologie de la folie puerpérale; par le Dr J. D. Idanof 161
Mélancolie anxieuse avec délire des négations; par les Drs J. Séglas et Sourdille. 192
Morphinophagie. Morphinisme et diathèse ; par le Dr G. Pichon. 203
La folie à deux. Ses diverses formes cliniques; par le Dr F.-L. Arnaud. 337
Un cas de folie post-cholérique à forme de confusion mentale primitive; par le Dr J. Séglas. 376

III. — Médecine légale.

Quelques réflexions sur l'internement des aliénés dangereux; par le Dr E. Chambard. . . . . 217 et 406
La cause du « Libro del Commando ». Cas de folie à cinq; par le Dr René Semelaigne 427

IV. — Revue critique.

De l'hospitalisation des épileptiques, par le Dr Marandon de Montyel 46

DEUXIÈME PARTIE

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

I. — Société médico-psychologique.

Séance du 31 octobre 1892. — Mort de MM. Fiordispini et Fetcherin. — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Jules de Mattos, Clark Bell, Massalongo, Gilles de la Tourette. — Les folies du caractère et leurs rapports avec les asiles spéciaux :

©BIUM

PAGES

M. Charpentier.— Des questions à mettre à l'étude, relatives au délire de persécution : M. Falret. 69

Séance du 28 novembre 1892. — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Coutagne, Rouby, Lwoff, Urquhart, Hack Tuke, Dedicker, Falret, Aug. Voisin, Sollier, Cerise.— Rapport sur l'ouvrage du Dr Clark Bell : « Etudes médico-légales » : M. René Semelaigne. — Contribution à l'étude clinique des hallucinations verbales psycho-motrices : MM. Roubinovitch, Falret, Garnier, Arnaud, Ritti, Charpentier, Vallon, Séglas, Christian. 90

Séance du 26 décembre 1892.— A propos du procès-verbal : M. Catsaras. — Correspondance et présentations d'ouvrages : M. Paul Aubry.— Election du Bureau de 1893.— Rapport de M. Christian sur la candidature de M. Coutagne : élection. — Rapport de M. Moreau (de Tours) sur la candidature de M. Rouby : élection. — Rapport de M. René Semelaigne sur la candidature de M. Urquhart : élection. 238

Séance du 20 janvier 1893. — Installation du Bureau : MM. Th. Roussel, Christian. — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Rouby, H. Coutagne, Urquhart. — Liste des mémoires envoyés pour les prix à décerner en 1893. — Nomination des Commissions de prix. — Rapport de la Commission des finances : M. Mitivié. — Rapport de M. Briand sur la candidature de M. Lwoff : élection. — Note sur un cas de délire des négations : M. Toulouse. — Variétés cliniques du délire de persécution : MM. Arnaud, Falret, Charpentier, Garnier, Séglas. 247

Séance du 27 février 1893.— Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Lwoff, Vigouroux. — Mort de MM. Ball et Pichon : M. Christian. 284

Séance du 27 mars 1893. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Moreau (de Tours), Roberto Massalongo, Christian. — Mort de MM. Freze et Lubelski. — Buste de Baillarger : MM. Blanche, Falret, Christian, Aug. Voisin. — Rapport de M. Garnier sur la candidature de M. Vigouroux : élection. — Des variétés cliniques du délire de persécution (*suite*) : MM. Jules Voisin, Séglas, Dupain, Falret. — Des antécédents syphilitiques chez quelques paralytiques généraux : MM. Le Filliatre, Charpentier, Aug. Voisin, Vallon, Roubinovitch, Christian, Briand. 436

II. — Revue des journaux de médecine.

JOURNAUX FRANÇAIS (1890).

Anal. par le Dr L. CAMUSET.

Scoliose dans les névralgies sciatiques. 288
Idiotie myxœmateuse . . . . . 289 et 297
Cas de paraplégie diabétique 289
Anatomie pathologique de la maladie de Friedreich 289
Perception inconsciente. 290
Anatomie pathologique de la moelle épinière. 290
Bégaiement hystérique. 291
Maladie des tics 292
Complication peu connue de la sciatique 293
Paralysies consécutives à l'empoisonnement par la vapeur de charbon. 293
Choc nerveux local et hystéro-traumatisme. 293
Migraine ophtalmique hystérique. 294
Etude sur la perceptibilité différentielle 294

©BIUM

PAGES
Folie puerpérale, amnésie, etc. 295
Paralysie alterne de l'oculo-moteur commun, avec aphasie, d'origine traumatique. 295
Hémiplégie avec lésions en foyer de l'encéphale. 296
Maladie de Morvan. 296
Cas d'hystéro-traumatisme 296
Suspension dans le traitement du tabes. 297
Faits de suggestion. 297
Sulfonal chez les aliénés. 298
Fibres intercorticales du cerveau dans les démences 298
Cas de migraine ophtalmique 299
Tremblements hystériques. 300
Œdème bleu des hystériques. 301
Neurasthénie et hystéro-neurasthénie traumatique 301
Etat mental du coupeur de nattes de jeunes filles. 302
Criminel instinctif et droits de la défense sociale. 303
Hérédité des gynécomastes. 303
Rapport médical sur un persécuté homicide. 304
Des exhibitionnistes. 304
Le vagabondage et son traitement. 304
Accidents nerveux tardifs consécutifs aux fractures du rachis. . . 305
Troubles sensoriels, organiques et moteurs, consécutifs aux traumatismes du cerveau. 305
Névroses mixtes de l'estomac 306
Hystérie mâle 307
Spasme saltatoire dans tous ses rapports avec l'hystérie 307

JOURNAUX ANGLAIS (1889).

Anal. par le Dr Pons.

Asile des aliénés du Caire. 115
Nouvel hôpital annexe de l'asile de Montrose. 116
Assistance extérieure des aliénés pauvres en Ecosse. 117
Antifébrine dans les pyrexies. 118
Maladies du cerveau chez les imbéciles 119
Aliénation mentale consécutive aux opérations chirurgicales . . . 121
Réflexions sur les théories criminalistes 123
Mouvements musculaires chez l'homme ; leur évolution chez l'enfant. 123
Cas de pyromanie. 125
Cas de folie à deux. 126
L'aliénation mentale en Australie 127
Cure du morphinisme et des habitudes alcooliques. 129
Bains turcs dans le traitement des maladies mentales. 130
Emploi du sulfonal. 131
Tumeur du corps pituitaire 131
Asiles spéciaux pour les aliénés curables 132
Mesures à prendre dans l'avenir, touchant les aliénés pauvres. . . 133
Urine et température dans la paralysie générale. 135
Étude sur la stupeur 136
Cinquante ans à l'hôpital de Bedlem. Cas de « Mo ». 137

JOURNAUX ALLEMANDS (1889).

Anal. par le Dr Al. Adam.

Atrophie musculaire et altérations de l'excitabilité électrique dans les cas de foyers cérébraux. 455
Aliénation mentale consécutive à l'influenza . . 456, 461, 462 et 466

©BIUM

PAGES
Cas de névrose traumatique suivi d'autopsie 456
Hémianopsie basilaire 457
Altération des noyaux cellulaires des nerfs craniens près du plancher du quatrième ventricule dans un cas de rage 459
Le cerveau sans corps calleux 459
Action exercée par l'influenza sur une affection mentale 461
Guérison de paranoia à la suite d'influenza. 462
Syringomyélie 463
Champ visuel hystérique à l'état de veille et à l'état de sommeil hypnotique 464
Durcissement rapide de la moelle au moyen de courants électriques. 465
Coupes microscopiques en série avec la photoxyline ou la colloïdine 465
Névrose peu connue de la langue et de la cavité buccale. 466
Combinaison des névroses fonctionnelles avec les maladies organiques du système nerveux 467
Maladie héréditaire spéciale présentant la forme de la démence progressive avec lésions anatomiques particulières. 468
Anatomie pathologique de la démence paralytique 470
Atrophie musculaire précoce d'origne cérébrale. 471
Hémorragie cérébrale par suite d'embolie artérielle due à des échinocoques 473
Dégénérescence des capillaires du cerveau dans la paralysie générale. 474
Etiologie du tabes.. 475
Troubles trophiques des ongles dans la névrite multiple 475

III. — Bibliographie.

Dictionnaire de médecine mentale, publié par le Dr Hack Tuke (Anal. par le Dr V. Parant) 139
Des troubles du langage chez les aliénés ; par le Dr J. Séglas (Anal. par le Dr E. Huet). 141
Contribution à l'étude de la sclérose cérébrale; par le Dr Ph. Chaslin (Anal. par le Dr Camuset). 144
Valeur thérapeutique du chlorhydrate d'hyoscine dans le traitement des maladies mentales; par le Dr G. Sanna-Salaris (Anal. par le Dr Nicoulau).. 147
De la responsabilité criminelle, par le Dr Cabadé (Anal. par le Dr A. Giraud) 308
Psychologie de l'idiot et de l'imbécile; par le Dr Sollier (Anal. par le Dr Camuset).. 313
La thérapeutique suggestive et les applications aux maladies nerveuses et mentales, à la chirurgie, à l'obstétrique et à la pédagogie; par le Dr Cullerre (Anal par le Dr L. Camuset). 317
Abrégé des maladies mentales; par le Dr James Shaw (Anal. par le Dr Cullerre). 320
De la simulation de l'hystérie par les maladies organiques du système nerveux ; par le Dr Th. Buzzard (Anal. par le Dr Cullerre).. 322
Mémoires lus devant la Société médico-légale de New-York, depuis sa fondation (Anal. par A. C.) 323
Urémie hystérique ; par le Dr Rainaldi Rinaldo. (Anal. par le Dr Nicoulau). 477
Crime et folie chez la femme; par le Dr Naecke (Anal. par le Dr P. Ladame). 482
Un cas de paramyoclonus multiplex et d'atrophie musculaire pro-

©BIUM

PAGES

gressive; par les Drs R. Tambroni et Puraccini (Anal. par le Dr Ph. Chaslin) 486
La protection des hospices d'aliénés contre l'incendie; par le Dr L.-H. Prince (Anal. par A. C.) 487
La médecine mentale au temps de John Hunter, et ses progrès depuis cette époque; par le Dr Fletcher Beach (Anal. par A. C.). 488
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE . . . . . 149, 324 et 489

IV. — Variétés.

Nominations et promotions : MM. Marandon de Montyel, J. Dagonet, Balet, Pagès, Anglade, Tondu, Dupain, Bresson, Dubief. — Prix de l'Académie de médecine. — Prix de l'Académie des sciences. — Les concours pour les places de médecins-aliénistes en Italie. — Tribunaux. — Les aliénés en liberté. — Faits-divers. — Programme du Congrès annuel des médecins aliénistes de France et des pays de langue française : session de La Rochelle. 152
Nominations et promotions : MM. Camuset, Josserand, Dupain, Allaman, Bosc. — Nécrologie : B. Ball, G. Pichon. — Création d'un asile d'aliénés dans le département de l'Hérault. — La médecine mentale à l'Exposition internationale de Chicago. — Création d'un asile spécial pour alcooliques en Autriche-Hongrie. — Influence de la politique sur la nomination des médecins aliénistes aux Etats-Unis. — Les aliénés en Angleterre. — Tribunaux. — Les aliénés en liberté. — Faits divers 326
Nominations et promotions : MM. Magnan, Dubuisson, de Cool. Homéry, Finauce, François, Ménereul, Mmes Perdreau, Blondel, Chedoté, Perron, Hugon, Martel, Porchet. — Séance solennelle de la Société médico-psychologique. — Prix de l'Acanémie de médecine. — Arrêté du ministre de l'intérieur sur le travail et le pécule des aliénés. — Le suicide en France pendant l'année 1889. — Les maladies mentales chez les nègres au Soudan. — La musique thérapeutique. — Les aliénés en liberté. — Faits divers. — Congrès de 1893. — Prix de l'Académie royale de médecine de Belgique. — Enseignement : M. Samuel Garnier. 491
Table des matières du tome XVII de la septième série. 508

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANTH. RITTI.

Paris. — Imprimerie L. MARETHEUX, 1, rue Cassette.