

Bibliothèque numérique

medic@

Annales médico-psychologiques

n° 03. - Paris: Masson, 1896.

*Cote : Académie nationale de médecine 91113,
1896, n° 03*



Exemplaire de l'Académie nationale de médecine
Adresse permanente : <http://www.biium.univ-paris5.fr/histmed/medica/cote?90152x1896x03>

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

FONDATEUR

D^r J. BAILLARGER

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

RÉDACTEUR EN CHEF

D^r ANT. RITTI

Médecin de la Maison nationale de Charenton.

HUITIÈME SÉRIE — TOME TROISIÈME

CINQUANTE-QUATRIÈME ANNÉE

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADEMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

—
1896

L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique

Le Cinquantenaire de l'Association médico-psychologique américaine.

L'Association médico-psychologique américaine vient de publier le compte rendu de sa cinquantième réunion annuelle, tenue à Philadelphie, en mai 1894. Jusqu'alors les travaux de ses réunions étaient publiés dans l'*American Journal of insanity*; elle a décidé cette fois d'en faire une publication à part. Cette publication nous présente un double intérêt, car non seulement nous pouvons tirer profit des communications scientifiques qu'elle contient, mais encore elle vient à point pour nous aider à plaider la cause de la création d'une association analogue entre les médecins aliénistes français, et pour justifier ce que nous avons dit à ce sujet dans une chronique précédente.

C'est bien en effet un exemple encourageant à suivre, que celui d'une association qui, partie de débuts modestes, a fini par grouper la presque généralité des aliénistes d'un grand pays, et qui, grâce à sa permanence

et à ses progrès constants, a pu rendre de nombreux services (1).

Dans son principe, l'Association américaine s'appelait Association des directeurs et des médecins d'asiles d'aliénés. C'est depuis deux ans seulement qu'elle a pris sa dénomination actuelle, en même temps qu'elle réglementait l'admission de nouveaux membres. Autrefois quiconque voulait en faire partie s'y faisait simplement inscrire ; ce mode d'admission eut de gros inconvénients qu'on a tenu à faire disparaître, et aujourd'hui on n'y est admis que sur un vote, après une présentation en bonne forme.

L'organisation de l'Association pourrait en partie servir de modèle à ce que nous voudrions voir établir chez nous. Elle est dirigée par un Conseil dont les membres sont élus pour trois ans et rééligibles. Elle nomme chaque année un bureau qui comprend un président, un vice-président, un secrétaire-trésorier et deux assistants chargés de contrôler la gestion financière. Le secrétaire-trésorier et les assistants seuls sont rééligibles, et le vice-président d'une année devient en général le président de l'année suivante.

Le Conseil se réunit quand c'est utile. L'Association n'a qu'une réunion annuelle, qui est en somme un congrès comme ceux que nous avons jusqu'ici tenus en France. Chacune de ses réunions est fort suivie ; il y vient des membres de toutes les parties des États-Unis, de distances parfois bien supérieures aux plus longues que nous puissions avoir à parcourir dans notre pays.

L'Association comprend la presque universalité des

(1) Notons en passant, d'après le compte rendu sommaire que vient de publier le *Journal of mental Science*, que l'Association médico-psychologique anglaise a tenu récemment sa cinquante-quatrième réunion annuelle, qu'elle comprend quatre cent quatre-vingt-onze membres actifs, et qu'elle aussi, très florissante, montre de plus en plus sa grande utilité.

aliénistes américains. Au Congrès de Philadelphie il y avait quatre-vingt-dix-neuf membres présents, tous étant actuellement ou ayant été à la tête d'un service d'aliénés. Cette affluence montre assez l'importance que nos confrères d'Amérique attachent à leurs réunions ; ils savent du reste en tirer grand profit, si l'on en juge d'après les discussions qui suivent la plupart des communications scientifiques.

Le Congrès de 1894 a été, avant tout, une fête de famille ; on y faisait la cinquantaine de la ssociation. Aussi la majeure partie des séances ont-elles été occupées par les discours des orateurs qui avaient accepté la mission de retracer les traits principaux de l'histoire des cinquante années écoulées.

Le président, le Dr John Curwen, dans son discours d'ouverture, a indiqué les origines de l'Association, et retracé sommairement la vie de ceux qui ont été ses fondateurs et ses premiers adhérents.

Le Dr Edward Cowles a esquisonné rapidement les progrès de l'assistance et du traitement des aliénés depuis un demi-siècle, et rappelé les noms des aliénistes qui, dans les divers pays du monde, ont le plus contribué à ces progrès.

Le Dr W. W. Godding a établi un parallèle entre les asiles d'autrefois et ceux d'aujourd'hui, tout à l'avantage de ces derniers, où l'on s'efforce de réunir ce qui peut le mieux assurer le bien-être des aliénés.

Sous ce titre : « Un demi-siècle de littérature médico-psychologique américaine », le Dr G. Alder Blumer a montré la part que l'*American Journal of insanity*, organe de l'Association, a prise dans les progrès de la science. Il a dit ce qu'a été l'œuvre des principaux collaborateurs du journal. Nous remarquons qu'il a omis de prononcer un nom que tout le monde devait dire à côté de lui, le sien. On ne saurait en effet méconnaître l'impul-

sion puissante qu'il a donnée au journal pendant le temps assez long où il en a été le directeur.

Après lui, le Dr T. W. Fisher et le Dr Henry M. Hurd ont parlé des principaux aliénistes des Etats-Unis. Enfin, le Dr Daniel Clarck a tenté de pronostiquer ce que pourraient être les progrès à venir de la médecine mentale.

Ayant ainsi payé au passé un juste tribut d'hommages, le Congrès a consacré le temps qui lui restait à entendre et à discuter un certain nombre de communications scientifiques. Presque toutes ces communications ont donné matière à des considérations diverses de la part des membres présents, les uns pour en discuter les données principales, les autres pour y apporter l'appui de leurs observations et de leur expérience personnelle.

C'est de cette façon, du reste, que les réunions scientifiques d'un Congrès peuvent être réellement utiles. Quand les séances se bornent à entendre, presque machinalement, un défilé de mémoires au sujet desquels on n'a le temps de rien dire, elles deviennent plus fastidieuses qu'agréables et perdent la plus grande partie de leur utilité. Une mesure qui serait excellente, c'est que les communications fussent indiquées quelque temps à l'avance, au moins sommairement, au secrétaire du Congrès, afin que celui-ci pût les répartir d'une manière assez égale entre les diverses séances, en proportion du temps dont on dispose, et que toute communication qui ne serait présentée qu'au moment même du Congrès fût absolument éliminée.

Avant de donner un résumé sommaire des travaux lus au Congrès de Philadelphie, notons que chemin faisant on s'est occupé d'une question qui est d'un intérêt brûlant pour nos confrères des États-Unis, celle de l'intrusion de la politique dans la nomination des méde-

cins d'asiles d'aliénés. Dans certains États, les asiles ont eu cruellement à souffrir de cette intrusion. De brusques changements dans les autorités d'un État par suite de revirements électoraux amenaient, dans le personnel des administrations, des changements aussi brusques, auxquels n'échappaient pas les asiles d'aliénés. Du jour au lendemain on évincait d'un asile un médecin expérimenté et instruit pour le remplacer par un médecin quelquefois tout à fait ignorant des choses de l'aliénation mentale et sans expérience. Une campagne qui a donné de bons résultats s'ouvrit contre de tels agissements ; l'Association devait être la première à s'y intéresser ; elle l'a fait, et son intervention n'a pas été inefficace. Son importance, en tant qu'association, s'est nettement affirmée en cette circonstance. La voix puissante d'une association se fait toujours entendre en pareil cas, et nous voudrions que nos confrères de France sussent le comprendre.

La première communication inscrite à l'ordre du jour a été une étude du Dr J. W. Babcock, sur la *Propylaxie de la tuberculose dans les asiles d'aliénés*. On sait que la phthisie et la folie sont souvent connexes. Il importe donc beaucoup de mettre à part, dans les asiles, ceux qui sont atteints de tuberculose, de prendre les moyens propres à empêcher qu'ils n'infectent les locaux ou ne contaminent d'autres personnes ; on doit désinfecter tout ce qui est suspect, protéger soigneusement ceux qui ne sont pas atteints et leur assurer, soit par une bonne nourriture, soit autrement, les moyens de résister à la maladie.

Trois lectures relatives à la paralysie générale ont été faites par le Dr R. M. Phelps, par le Dr Neil Jameson Hepburn et par le Dr Franck C. Hoyt. Le premier a traité de *quelques maladies analogues à la paralysie générale*. Ces maladies sont : la syphilis cérébrale,

qu'il est parfois difficile de différencier ; la démence sénile, dont l'évolution peut être plus rapide que celle de la démence paralytique ; la folie alcoolique où la cause est souvent le seul élément de diagnostic ; la folie de la puberté, où l'on peut voir s'allier des troubles moteurs et mentaux simulant la paralysie générale, mais dont la marche est très différente ; enfin l'ataxie locomotrice, la chorée posthémiplégique, la chorée chronique progressive, qui peuvent à l'occasion donner matière à erreur.

Le Dr Hepburn a étudié quelques observations dans lesquelles l'examen du fond de l'œil aurait pu permettre de faire le diagnostic un certain temps avant l'apparition des symptômes proprement dits de la maladie, d'instituer en temps opportun un traitement utile. Dans ces observations on avait constaté, à la pupille, des transformations consistant en une sorte d'hyperplasie ; la pupille avait pris une apparence blanchâtre et parcheminée, était devenue comme transparente et tendait à se déprimer. En même temps le champ visuel s'était quelque peu rétréci.

Quant au Dr Hoyt, abordant le côté pathogénique, il s'est appliqué à montrer qu'il fallait rapporter à des troubles vasomoteurs un bon nombre d'accidents de la paralysie générale, suivant que le cerveau est anémié ou hyperémié ; tels la céphalalgie, les alternances d'excitation et de dépression, les attaques épileptiformes ou apoplectiformes, le délire des persécutions, l'irritabilité intermittente.

La médecine légale des aliénés a donné matière à une constatation, dont les Drs John B. Chapin, W. W. Godding, Édouard N. Brush ont fait ressortir la haute importance. Elle consiste en ce que la magistrature des États-Unis entre dans une voie toute nouvelle, au sujet des inculpés suspects d'aliénation mentale. En quelques

cas, des tribunaux ont eux-mêmes désignés des experts médecins, chargés d'examiner ces inculpés. Le fait mérite bien d'être noté, car jusqu'ici l'expertise médico-légale en matière de folie était, aux États-Unis, négligée ou refusée comme de parti pris. Dans deux affaires importantes relatées au Congrès, un examen approfondi a permis de reconnaître que les inculpés, contrairement aux allégations de la défense, n'étaient nullement aliénés.

Mais il y a loin encore de là à ce que les indications données par des médecins aliénistes soient aisément acceptées dans des cas où ceux-ci ont pu reconnaître un état d'aliénation mentale. C'est ce qu'a montré le Dr Richard Dewey, à propos du procès de Prendergast, le meurtrier du maire de Chicago, Harrison. Les *Annales* ont déjà donné sur ce fait une étude intéressante, due au Dr Bannister (novembre 1894). L'exposé présenté au Congrès de Philadelphie par le Dr Dewey, ne laisse pas de doute sur l'état de folie de cet homme, qui appartenait assurément à cette classe de mystiques aliénés, que M. le Dr Régis a bien décrits sous le nom de régicides. De nombreux témoins affirmaient qu'ils le savaient aliéné depuis de longues années. Il se croyait chargé de hautes missions ; il voulait tout régénérer ; il écrivait pour cela aux puissants de la terre, aux hommes d'État, aux princes de l'Église, au pape. Cependant, il n'avait pas d'hallucinations. La formidable grève de chemins de fer, qui sévit sur les États-Unis en 1893, acheva de lui démonter l'esprit. Il se crut appelé à y jouer un grand rôle, et c'est là-dessus que, d'une manière inopinée, après quelques jours de préméditation, il commit son meurtre. C'est sur la demande du ministère public que le Dr Dewey fut chargé de l'examiner. Mais, malgré des efforts répétés, il ne put faire partager sa conviction aux jurés ni aux juges, et

Prendergast, condamné à mort, fut exécuté en juin 1894.

Comme complément, en quelque sorte, aux communications médico-légales que nous venons de mentionner, le Dr H.-E. Allison a produit une étude sur la folie chez les criminels. Le Dr Allison est médecin directeur de l'asile de Matteawan, spécial aux criminels aliénés, et son étude a été la synthèse des cas que son asile lui avait donnés à observer. La plupart des individus confiés à ses soins viennent des prisons et sont devenus aliénés soit avant, soit après leur condamnation. Parmi eux il y a peu de maniaques agités ; ils sont surtout atteints de manie chronique ou de délire calme avec hallucinations ; chez un grand nombre on constate des arrêts de développement physique ou mental. Ils sont en général des gens sans éducation.

Notons en passant que la création de l'asile de Matteawan, pour les criminels aliénés, dans l'État de New-York, a résolu par l'affirmative la question, encore bien controversée chez nous, de l'importance et de l'utilité des asiles de ce genre. Il semble que là-bas l'expérience ait donné des résultats satisfaisants.

Deux mémoires ayant trait à l'inspection générale des asiles d'aliénés ont été présentés par le Dr Edward N. Brush et par le Dr Henry P. Stearns. On sent qu'ils ont été inspirés par les difficultés survenues récemment dans tel État, entre les médecins directeurs d'asiles, et un Conseil d'inspecteurs qui avaient la prétention difficile à comprendre, non de surveiller les asiles, ce qui eût été leur rôle, mais de les administrer réellement, quoique à distance. Ils n'admettaient pas que rien pût être fait dans ces asiles, même ce qui était urgent, sans qu'on eût pris leur assentiment. La situation était intolérable, absurde, pour les directeurs d'asiles, qui ont naturellement regimbé. Le Dr Stearns estime que, dans l'organisation actuelle des États-Unis, les inspecteurs

généraux ne peuvent guère rendre de services. Le Dr Brush est d'avis qu'ils peuvent en rendre, mais à condition qu'ils ne cherchent pas à substituer leur autorité à celle des chefs d'asile, et qu'ils laissent à ceux-ci l'indépendance relative, la liberté d'initiative dont ils ont besoin.

L'état décrit sous le nom de confusion mentale n'est guère connu encore chez nos confrères d'outre-mer. Le Dr William W. Worcester en a traité au Congrès dans un mémoire où il s'attache à démontrer principalement que cet état comprend des groupes de faits qui appartiennent à la manie et à la mélancolie proprement dites. Dans chacune de ces deux formes morbides, on peut distinguer deux classes de malades : les uns, malgré leur délire, malgré leur agitation ou leur dépression, ont encore une certaine netteté d'idées, la conscience d'eux-mêmes, la connaissance de ce qui les entoure, de ce qui se passe autour d'eux ; les autres, tout en étant encore maniaques ou mélancoliques, ont, au contraire, une obtusité plus ou moins marquée des idées qui, chez eux, sont vagues, incohérentes, illogiques ; leur délire est aussi confus que le reste, et chez certains mélancoliques il va jusqu'à la stupeur. La confusion mentale, d'après le Dr Worcester, est due surtout à des causes accidentelles, à des chocs nerveux, à des ébranlements plus ou moins marqués du physique ou du moral ; elle est due aussi à des maladies accidentelles, la puerpéralité, les fièvres ; quelquefois elle est la conséquence de graves blessures ou d'opérations chirurgicales.

Faut-il faire de la confusion mentale un type morbide à part, ou la regarder comme une expression, suivant les cas, de la manie ou de la mélancolie ? Le Dr Worcester penche pour la première opinion, sans oser la soutenir d'une manière absolue. Peut-être a-t-il pensé qu'il n'était pas sans inconvénient, au point de vue

nosologique, de trop multiplier les formes de maladies, à moins qu'on n'y ait des raisons préremptoires, qui, dans le cas présent, ne sont point évidentes.

Le Dr E. A. Christian, dans un mémoire sur l'*Unité de la manie et de la mélancolie*, s'est montré plus disposé à synthétiser qu'à disjoindre. Il regarde ces deux dispositions morbides, non comme des maladies, mais comme des états, qui ont une même base psychique, l'altération de la personnalité. Son argument principal est que l'on voit souvent, chez un même individu, l'agitation et la dépression se succéder d'une manière plus ou moins régulière. Mais cet argument n'est pas démonstratif ; car un mélancolique ne cesse point d'être tel, alors que ses idées délirantes le portent à s'agiter et à s'exalter.

C'est un chapitre intéressant de clinique mentale que le Dr T. H. Kellogg a écrit sous ce titre : *Troubles fréquents des fonctions du pneumogastrique dans la folie*. Constatons cependant qu'il y a parlé non seulement de la folie, mais aussi de maladies nerveuses variées, comme l'hystérie, l'épilepsie, le tabes, dont les manifestations n'appartiennent point en propre au cadre des maladies mentales. Les troubles d'innervation relatifs à ces dernières peuvent affecter chacune des divisions du pneumogastrique. Du côté du pharynx on trouve la difficulté de la déglutition, la dysphagie, observées surtout dans la démence paralytique, ainsi que des altérations du timbre de la voix. Le spasme du pharynx est commun chez les aliénés ; il peut empêcher le passage des aliments et obliger de recourir à la sonde pour l'alimentation. La paresthésie de l'organe laisse croire à des malades qu'ils ont la gorge bouchée et qu'ils ne peuvent manger. L'hyperesthésie et l'anesthésie donnent lieu à des idées délirantes plus ou moins analogues. Du côté des fonctions cardiaques, les formes de folie dues aux in-

toxications diverses, la manie et la mélancolie, s'accompagnent, soit d'accélération, soit de ralentissement du cœur et du pouls. Les mêmes formes morbides amènent aussi des troubles dans l'innervation pulmonaire, le ralentissement, l'irrégularité de la respiration, quelquefois des accès de suffocation. Quant aux voies digestives, œsophage, estomac, combien souvent sont-elles affectées d'accidents d'origine réflexe ! Combien souvent servent-elles d'origine à des idées délirantes où l'altération des fonctions pneumogastriques joue un rôle évident !

Deux mémoires, portant tous deux sur le même sujet et ayant un même objet pratique, terminent la série des communications faites au Congrès. L'un, du Dr A. R. Moulton, met en regard l'augmentation du poids du corps et l'amélioration de l'état mental ; l'autre, du Dr Eli E. Josselyn, traite de l'importance d'une alimentation copieuse pour les aliénés curables. Tous deux constatent que l'amaigrissement et la débilitation marquent habituellement le début des maladies mentales aiguës, et qu'il importe de réagir contre la déperdition des forces. Le Dr Moulton donne l'histoire de plusieurs malades qu'il avait eu soin de peser et chez qui l'on pouvait voir progresser simultanément l'augmentation de poids et l'amélioration mentale. Ce n'est pas à dire que tous les états de folie guérissent uniquement par ce mode de traitement ; mais il est certain qu'un bon nombre en sont plus ou moins favorablement influencés.

Ces deux derniers mémoires, qui concernent le traitement des aliénés, sont de ceux qui devraient, en grande majorité, remplir les séances d'un Congrès. On devrait en écarter d'une manière presque absolue ceux qui sont de science abstraite, qui ont pour but spécial d'élucider des questions de doctrine ; la clinique et la thérapeutique,

la direction et la protection des aliénés devraient être presque seules à remplir les ordres du jour.

Comme on peut le voir par le rapide exposé qui précède, la cinquantième réunion de l'Association médico-psychologique américaine a été intéressante par elle-même. S'il y a eu peu de mémoires présentés, cela tenait assurément à ce qu'il fallait réservé une bonne place aux éléments du programme de la fête de famille que l'on célébrait. Du reste, ne vaut-il pas mieux qu'il y ait peu de mémoires, qu'ils soient bons et que l'on puisse approfondir et discuter posément chacun d'eux, que d'être obligé d'entendre un défilé de lectures qui se pressent, qui se hâtent, qu'on parvient tout juste à saisir, et qui passent sans qu'on ait le temps de dire un mot à leur sujet?

Cette cinquantième réunion a, en outre, marqué une date importante dans l'existence de l'Association américaine, en même temps qu'elle en montrait la vitalité. C'est bien quelque chose, pour une œuvre, que de durer depuis cinquante ans et d'être en pleine prospérité. Aussi, nous souhaitons que l'Association des médecins aliénistes français, à la création de laquelle nous appelons instamment nos confrères, ne tarde pas à se constituer et qu'elle tienne bientôt sa première réunion, afin que les plus jeunes d'entre nous, ceux qui commencent la carrière de la médecine mentale, puissent espérer en voir le cinquantième anniversaire, et célébrer les bienfaits que cette œuvre aura produits dans notre cher pays de France.

VICTOR PARANT.

Pathologie

L'ALIÉNATION MENTALE CHEZ LES ARABES

ÉTUDES DE NOSOLOGIE COMPARÉE (1)

Par le Dr MEILHON

Ancien médecin adjoint de l'asile public d'aliénés d'Aix,
Médecin préposé responsable de l'asile d'aliénés de Montauban.

L'aliénation mentale chez les Arabes naît sous des influences diverses dont nous ne retrouvons pas toujours l'équivalent en Europe et qui, à ce titre, doivent attirer tout spécialement notre attention. On peut dire en effet que la question de race domine toute la psychopathologie de l'indigène de l'Algérie ; le terrain cérébral n'est plus celui que nous observons chez nos malades : il est moins vulnérable et ne réagit pas de la même façon ; il semble que nous assistions ici à l'enfance de l'aliénation mentale, et en présence d'aliénés arabes, nous pouvons sans grand effort nous reporter au temps où l'aliéné, non encore civilisé si l'on peut ainsi parler, ne produisait dans son délire que des formes élémentaires de folie. Un asile exclusivement composé d'indigènes de l'Algérie nous dirait ce qu'étaient les fous au temps de la barbarie, alors que la civilisation n'avait pas encore donné son empreinte au délire et réalisé ces formes dégénéra-

(1) Mémoire récompensé par l'Académie de médecine, en 1894.

ANN. MÉD.-PSYCH., 8^e série, t. III. Janvier 1896.

2. 2

tives qui frappent aujourd'hui la plus grande partie de nos malades ; il est certain par exemple que la manie pure devient une rareté pathologique, alors que chez l'Arabe elle est l'élément dominant dans la pathologie mentale.

Nous délivrons suivant nos aptitudes psychiques, suivant nos dispositions naturelles : la folie des habitants des villes est loin de ressembler à celle des campagnards, et, dans les asiles privés exclusivement habités par des pensionnaires possédant avec une certaine aisance une éducation plus soignée, nous sommes loin de retrouver le tableau que nous offrent les asiles publics de nos départements agricoles. C'est que, en effet, les mœurs, les habitudes, l'éducation, le genre de vie, la civilisation en un mot, marquent d'une couleur particulière les déviations de l'état normal de nos facultés mentales ; dès lors nous ne serons pas surpris de voir l'Arabe délivrer d'une toute autre manière que l'Européen. S'il est vrai d'autre part que la vie sédentaire, le séjour des grandes villes, les excès, le surmenage cérébral soient des facteurs puissants de troubles intellectuels, il faut bien reconnaître qu'ils ne sauraient entrer en ligne de compte lorsqu'il s'agit d'une race éminemment nomade, chez laquelle la civilisation est encore rudimentaire, vivant surtout des produits de la terre et de l'élevage des bestiaux, et dont la frugalité est une des grandes vertus ; par suite les cas d'aliénation semblent *à priori* devoir y être bien peu fréquents. C'est en effet ce que la statistique démontre avec la plus grande évidence : l'asile d'Aix est l'établissement où sont hospitalisés les indigènes musulmans de la province d'Alger ; celle-ci compte, d'après le Bulletin officiel du Gouvernement général de 1883, 1,078,424 musulmans ; or notre population, au 31 décembre 1889, est seulement de 83 indigènes.

Le tableau des entrées est encore plus significatif :

TABLEAU 1.— Admissions pendant la période 1860 à 1889.

1860 . . .	10	<i>Report.</i>	235
1861 . . .	15	1876 . . .	10
1862 . . .	11	1877 . . .	24
1863 . . .	11	1878 . . .	14
1864 . . .	13	1879 . . .	18
1865 . . .	21	1880 (1). .	19
1866 . . .	23	1881 . . .	16
1867 . . .	17	1882 . . .	24
1868 . . .	21	1883 . . .	20
1869 . . .	13	1884 . . .	12
1870 . . .	9	1885 . . .	20
1871 . . .	16	1886 . . .	32
1872 . . .	9	1887 . . .	29
1873 . . .	14	1888 . . .	9
1874 . . .	14	1889 . . .	16
1875 . . .	16		
<i>A reporter.</i>		Total.	498
	235		

Jusqu'en 1879 inclus l'asile d'Aix a reçu les malades des trois provinces Alger, Oran, Constantine, dont la population est de 2,800,000 musulmans, ce qui donne une moyenne de 15,05 malades par an, soit 0,053 par 1,000 musulmans. A partir de l'année 1880 sont seuls hospitalisés à Aix les Arabes de la province d'Alger ; sur 1,078,000 musulmans la moyenne des entrées pendant les dix années de 1880 à 1889 inclus est de 19,7, soit par rapport à la population musulmane 0,018 pour 1,000 ; en France, la proportion est de 2,42 pour 1,000 habitants, c'est-à-dire qu'elle est 134 fois plus considérable.

Ces chiffres méritent de nous arrêter un instant, ils doivent, ce nous semble, porter avec eux leur enseignement ; et c'est ici le lieu de rechercher si l'aliénation mentale est, en réalité, chez les Arabes aussi rare que nos chiffres semblent l'indiquer, et, dans l'affirmative, à quelles causes peut tenir cette immunité.

Reconnaissons tout d'abord que ne viennent pas à

(1) A partir de 1880 la province d'Alger est seule représentée.

Aix tous les indigènes pour lesquels il est pris des mesures de séquestration. Arrêtés par la police ou sur la demande des parents, ils sont conduits tout d'abord à l'hôpital civil de Mustapha, où ils font un premier séjour qui dure environ de une à trois semaines ; c'en est assez pour amener la guérison de quelques malades atteints soit de folie toxique, soit de formes aiguës d'aliénation, si bien que ne sont évacués sur Aix que ceux soupçonnés d'incurabilité ou pour lesquels un traitement prolongé paraît nécessaire. Aussi la statistique de l'hôpital de Mustapha sera-t-elle bien plus probante que la nôtre ; nous la donnons ci-après telle que nous la trouvons insérée dans l'excellent travail de M. le Dr Kocher, *sur la criminalité chez les Arabes* (Paris, 1884).

TABLEAU 2. — Nombre des cas de folie observés dans le département d'Alger, pendant la période 1867-1882 (d'après Kocher) chez les Arabes.

	1867	1868	1869	1870	1871	1872	1873	1874	1875	1876	1877	1878	1879	1880	1881	1882
Ailénés admis	36	20	22	I1	12	14	16	1	17	9	15	18	17	24	22	29
TOTAL : 283																

Soit une proportion de 0,01 pour 1,000 musulmans ; c'est le résultat auquel nous sommes arrivé nous-même. Les années 1880-81-82 sont comparables entre elles dans les tableaux 1 et 2, et il est facile de constater que la plupart des malades qui entrent pour cause de folie à l'hôpital de Mustapha sont évacués sur l'asile d'Aix ; par suite il ne pouvait y avoir une différence bien sensible dans les données de nos deux statistiques, et notre proposition reste entière, établissant l'extrême rareté de la folie chez les Arabes.

Il y a là cependant une illusion trompeuse due à ce que, dans les pays d'Orient, l'aliéné est l'objet d'un culte tout spécial. La folie, en effet, y est regardée comme

une maladie sacrée qui n'atteint que les favoris d'Allah : il est de ces malheureux qui errent de tribu en tribu où ils sont vénérés comme des représentants de la divinité ; il en est même auxquels on donne le pouvoir surnaturel de guérir tous les maux. Le Koran, qui est cependant la clef de voûte de toute la civilisation musulmane, ne s'occupe pas des aliénés, ou du moins nous n'avons trouvé dans le livre du Prophète aucune révélation qui les concerne ; mais le *Livre de Jurisprudence* de Sidi-Khélil, paru au XIV^e siècle (traduction Seignette ; cité par Kocher), est à ce sujet des plus intéressants à consulter : si le fou est marié, on lui donne une tutelle chargée de le surveiller ; le tuteur est obligé de veiller aux besoins de l'aliéné et il doit lui conduire successivement chacune de ses femmes, « mais seulement lorsqu'elles peuvent jouir de cette visite ». (Sidi-Khélil, t.II, p. 504.)

S'il s'agit d'une folle, le mari lui fera, concurremment avec ses autres femmes, un partage égal de ses nuits, et il ajoutera à chaque nuit la journée qui la suivra. (Sidi-Khélil, t. II, p. 503). Les femmes vont même jusqu'à rechercher le commerce avec les fous ; c'est pour elles une faveur providentielle, et Moreau (de Tours), dans ses recherches sur les aliénés en Orient (*Annales méd.-psych.*, 1843), nous raconte qu'elles se livrent aux fous « avec une pieuse effronterie, partout où la rencontre a lieu, au milieu des carrefours et sous les yeux de tout le monde ».

D'autres tribus soignent elles-mêmes leurs aliénés, et il nous revient que les affusions froides sont parfois fort en honneur, comme aussi les pratiques les plus bizarres et les moins susceptibles d'amener la guérison.

Dans ces conditions, les chiffres que nous donnons sont loin de représenter l'échelle de l'aliénation mentale chez les Arabes ; mais, quelque imparfaite que soit notre

statistique, elle est néanmoins de nature à créer chez nous cette conviction que l'aliénation mentale chez les indigènes est à un degré de fréquence infiniment moins élevé qu'elle ne l'est chez nous ; nos chiffres furent-ils bien au-dessous de la réalité, l'écart avec ceux que donnent les statistiques de nos asiles est encore trop grand pour qu'ils ne portent pas avec eux une grande part de vérité. Sans doute les Arabes ne provoquent des mesures d'internement qu'à l'égard de ceux de leurs aliénés que leur délire rend éminemment dangereux, et c'est ainsi que la plupart de nos observations concernent des malades ayant commis au dehors un acte de nature à attirer sur eux des mesures de sécurité publique ; c'est du reste la remarque qu'a faite Moreau (de Tours) au cours de sa visite dans les établissements hospitaliers de l'Orient. Mais n'en est-il pas ainsi trop souvent dans nos régions, et n'attend-on pas pour le séquestrer que le malade ait commis un acte répréhensible ou dangereux ? En définitive, malgré les bases fragiles sur lesquelles s'appuie notre statistique, on peut dire, sans crainte d'être taxé d'optimisme, que la folie chez les Arabes est infiniment moins fréquente que dans nos pays d'Europe.

Cela nous amène à rechercher à quoi tient cette différence et par suite à envisager la question d'étiologie.

Nous n'attacherons pas à la nature du climat une importance à laquelle la réalité des faits est peut-être loin de répondre. Certes si la température était uniformément chaude, on pourrait l'accuser d'engourdir les fonctions nerveuses et de plonger l'indigène dans un état d'apathie morale et physique peu propice aux désordres cérébraux ; mais ne savons-nous pas que le climat en Algérie est une question d'altitude, et qu'il peut faire, à deux pas du désert, tout aussi froid qu'en France ? Au pied de l'Aurès il n'est pas d'hiver qui ne s'accompagne de neiges et de froids rigoureux, tandis que les étés y

sont le plus souvent accompagnés d'extrême chaleur. On serait dès lors mal venu d'attribuer à l'uniformité d'une température exclusivement élevée quelque influence sur le développement de l'aliénation en Algérie. Cela peut être vrai pour les régions de faible altitude, mais non pour ces hauts plateaux où le niveau dépasse souvent 1,000 mètres ; dans ces dernières régions les variations de température sont encore plus sensibles que dans nos pays, à des hivers très rigoureux succédant des étés extrêmement chauds. Certes, nous ne voulons pas nier que le climat de l'Algérie n'amollisse ses habitants ; mais il ne faudrait pas, ce nous semble, trop généraliser cette influence et lui donner une place prépondérante dans la nosologie de notre belle colonie.

C'est plutôt dans les habitudes, les mœurs, les institutions politiques, sociales et religieuses, le genre de vie, les occupations, en un mot dans la civilisation de l'indigène que nous trouverons l'explication de son immunité relative en face de l'aliénation mentale. Remarquons d'abord que les villes fournissent un contingent de malades bien plus considérable que les campagnes, la plupart de nos malades venant de centres d'une certaine importance.

Mais avant d'aller plus loin, une grande distinction doit être établie parmi nos indigènes. En effet, il n'y a pas qu'une race en Algérie, mais bien deux peuplades tout à fait distinctes par leur origine et leurs dispositions ethniques et qu'il est essentiel de considérer isolément : d'un côté, les Berbères répandus dans les montagnes de Tunis et d'Alger, et dont les Kabyles du Djurjura et de l'Aurès sont les types les plus accomplis ; de l'autre les Arabes, habitant dans le sud les plaines des hauts plateaux. Confondre ces deux races sous la dénomination trop générale d'Arabes serait une grande faute, en égard à la diversité de leurs mœurs ; au contraire, les envisager

séparément et les opposer l'une à l'autre sera pour nous une source de déductions intéressantes au point de vue des influences ethniques sur la production et la forme de l'aliénation mentale.

L'Arabe est plus doux, mais moins travailleur que le Kabyle ; nomade, il préfère le commerce et l'élevage des bestiaux au travail de la terre ; il est propre, aime le luxe et les plaisirs et se montre accessible à tous les entraînements, à tous les raffinements de la société civilisée ; il est fanatique, et pour lui Mahomet est en même temps le Prophète de Dieu et le chef de sa race ; polygame, il achète ses femmes comme on achète des bêtes de somme ; à elles du reste les labeurs les plus pénibles, tandis que le mari, couché dans son gourbi, laisse son cerveau errer dans le vague des rêvasseries.

Le Kabyle au contraire est laborieux, sobre, sans prétention, souvent même très négligé dans sa tenue ; attaché à la terre, il tient à son pays et à sa famille, possède des villages régulièrement bâtis, et, comme tous les montagnards, se montre jaloux de sa liberté et de son indépendance ; il est en général monogame, ce qui lui inspire le respect et le sentiment de la famille ; il tient moins à sa religion, ou du moins il n'en fait pas la base unique de toutes ses institutions sociales.

Cette diversité de mœurs retentit d'une manière frappante sur la proportion des aliénés. En effet, tandis que les Berbères, qui constituent cependant les deux tiers de la population musulmane de l'Algérie, ne figurent dans l'asile qu'au nombre de 28, nous comptons 55 Arabes ; notre interprète arabe n'a pas eu de peine à les différencier, chaque race ayant pour un coreligionnaire, outre son idiome particulier, plus d'un signe distinctif. Nous verrons du reste par la suite de ce travail que certaines intoxications atteignent l'Arabe qui épargnent le Kabyle, et ces diverses considérations nous expliquent leur

inégale répartition dans notre contingent de malades. Soustrait aux excitations du milieu civilisé, se mêlant moins aux Européens, attaché à sa terre, le Kabyle, s'il n'est pas mieux doué que l'Arabe, évite du moins les écueils dans lesquels tombe ce dernier lorsqu'il est transporté dans les villes ; il transmet à sa descendance moins de tares acquises, et par suite dégénère moins au point de vue de la race.

L'influence du milieu social est aussi très appréciable si l'on envisage le sexe de nos malades : pour 73 hommes nous avons seulement 10 femmes, alors qu'en France le nombre des femmes aliénées est à peu près équivalent à celui des hommes. On dira peut-être avec quelque raison que l'indigène séquestre surtout l'aliéné dangereux, et qu'à ce titre des mesures de rigueur deviennent bien plus rares à l'égard de la femme qui, par son tempérament, est moins portée aux violences, et dont il est aussi plus facile de se rendre maître ; mais cette objection ne saurait expliquer d'une manière suffisante cette immunité de la femme algérienne en face de l'aliénation. Nous préférions avec quelque raison l'attribuer aux conditions d'existence de la femme indigène systématiquement éloignée de toute société : c'est elle qui dans le gourbi vaque aux travaux pénibles ; il lui est défendu de quitter la tente, ou, si elle sort, c'est toujours voilée et accompagnée. La stagnation intellectuelle qui résulte de cette vie recluse protège évidemment la femme contre les déviations du moral ; encore parmi nos 10 aliénées femmes n'est-il pas une Kabyle, et nous avons vu que le sort de la femme kabyle dans la famille la place bien au-dessus des conditions de la femme arabe qui n'est souvent qu'une bête de somme ou un instrument de jouissances charnelles.

Ainsi nous voyons l'aliénation mentale suivre chez ces deux peuplades de l'Algérie une proportion inverse

du nombre des sujets qui les composent, et sa fréquence se régler bien moins sur leur nombre que sur les conditions de leur existence réciproque : à l'Arabe nomade, jouisseur, paresseux, contemplatif, appartiennent les 2/3 de nos malades ; au Kabyle sédentaire, économe, laborieux, se rapporte l'autre tiers ; et cependant les Berbères forment les 2/3 de la population musulmane de l'Algérie. Enfin l'esprit de famille, qui se retrouve dans un ménage kabyle presque aussi développé qu'il l'est chez nous, semble s'ajouter aux autres influences sociales pour préserver la femme kabyle des atteintes de la folie.

La religion des Arabes a aussi son importance dans cette question d'étiologie et de prophylaxie. Le Koran est le Livre sacré : il enseigne que Dieu qui gouverne le monde a réglé toutes choses à l'avance. C'est l'annihilation la plus absolue des progrès de l'esprit humain, puisque aucune des acquisitions de la science et de la civilisation ne peut prévaloir devant les règles inflexibles auxquelles il soumet les fidèles musulmans ; mais c'est aussi entre leurs mains un instrument de préservation sociale par les règles d'hygiène très salutaires qu'il contient : des prières publiques rappellent l'homme chaque jour aux devoirs qu'il doit à Dieu et à ses semblables ; l'abstinence du vin, rigoureusement prescrite, lui vaut d'éviter les entraînements malsains de la débauche : « O croyants ! le vin, les jeux de hasard, les statues et le sort des flèches sont une abomination inventée par Satan ; abstenez-vous-en et vous serez heureux. » (Le *Koran*, chap. v, verset 92.) Ainsi, au fanatisme qui annihile le sentiment de la personnalité et fait de l'homme l'instrument docile des événements, vient s'ajouter la proscription absolue de l'alcool ; quelle barrière plus efficace pouvait être opposée à la folie ? « En Europe, dit Moreau (de Tours), l'homme

veut s'élever, s'élever toujours. Rien de semblable en Orient où chacun, tout au présent, peu soucieux de l'avenir, se tient dans les limites que le hasard de la naissance a tracées autour de lui et que la religion lui a appris à regarder comme sacrées. La civilisation est en effet favorable au développement de l'aliénation mentale ; en Égypte, au fur et à mesure que l'on remonte le Nil en s'éloignant du Caire où la civilisation est la moins arriérée, la nature devient agreste, la plaine déserte et inculte ; avec le sol, l'homme qui l'habite se réduit à son minimum d'activité et s'abrutit ; les aliénés deviennent de plus en plus rares parmi ces populations. N'a-t-on pas dit du reste qu'il ne se trouvait point d'aliénés chez les sauvages ? » (Moreau [de Tours], *Ann. méd.-psych.*, 1843.)

Fataliste, sans ambition, acceptant sans se plaindre la bonne comme la mauvaise fortune, persuadé que tout lui vient du Prophète, l'Arabe abdique toute dignité devant le Koran ; il est le jouet des événements ; son mécanisme psychologique s'annihile devant la volonté d'un seul, et son manque de spontanéité, sa résignation passive le mettent à l'abri de tous les tourments dus aux déceptions. Il est certain cependant que ce fanatisme religieux peut, dans certaines circonstances, devenir chez les prédisposés l'occasion de troubles intellectuels ; trop longtemps plongé dans des rêveries contemplatives, l'indigène voit parfois se rompre son équilibre cérébral et tombe de plain pied dans la folie.

En somme il est facile de voir les causes qui garantissent l'Arabe de l'aliénation mentale ; il est moins aisé de déterminer celles qui, à l'occasion, font cesser cette immunité.

Ainsi les considérations étiologiques relatives à l'âge ne sauraient avoir une précision irréprochable ; les Ara-

bes en effet n'ont pas d'âge ou du moins ne comptent pas leur âge, et il n'en est pas un qui ait été capable de nous renseigner à ce sujet. Il n'ont pas d'état civil ; pour eux, le registre des naissances n'existe pas ; et peut-il en être autrement lorsqu'on songe à la vie nomade qui les caractérise. Cependant le bulletin d'admission de l'hôpital de Mustapha fait mention de l'âge des malades, âge approximatif sans doute, et c'est sur ces données que nous avons établi le tableau suivant qui comprend l'âge de nos 83 malades.

TABLEAU 3. — Age des Arabes au moment de l'admission.

Jusqu'à 15 ans	1	Report. . . .	57
De 15 à 20 —	6	35 à 40 ans	15
20 à 25 —	17	40 à 50 —	7
25 à 30 —	13	50 à 60 —	4
De 30 à 35 —	20		
<i>A reporter. . . .</i>	<u>57</u>	Total. . . .	83

La période de la vie comprise entre trente et trente-cinq ans fournit donc le maximum des admissions ; ce résultat est corroboré par M. Kocher qui a trouvé comme âge moyen trente ans pour les hommes et trente-deux ans pour les femmes (*Kocher, loc. cit.*, p. 80).

Sous ce rapport la statistique reste donc dans les limites de ce qu'elle est chez nos populations. Il faut remarquer cependant que de vingt à vingt-cinq ans les entrées sont également très fréquentes, et n'est-il pas permis de se demander si cette éclosion anticipée de l'aliénation ne décèle pas la prédisposition héréditaire ?

Cette question de l'hérédité chez les Arabes est malheureusement presque insoluble ; l'indigène n'a pas d'état civil, pas de patrie, pas de sol auquel l'attache l'esprit de famille ; il est polygame et s'intéresse peu à sa progéniture. Le Kabyle échappe, il est vrai, à cette promiscuité ; mais l'hérédité chez lui est tout aussi mal connue. Du reste la plupart de nos malades ont été

arrêtés sur la voie publique, et c'est après des scènes de violence que l'administration a prescrit l'internement, sans intervention de la famille et souvent sur un simple rapport de police.

Mais, *à priori*, on peut affirmer que l'hérédité doit faire parmi les indigènes de nombreuses victimes. La jurisprudence musulmane est on ne peut plus mal inspirée à cet endroit : étant donné que la folie est une maladie sacrée, le commerce avec les folles est non seulement autorisé, mais encore encouragé. On lit dans Sidi Khélil que si le père ne peut imposer à sa fille le mariage avec un fou ou un eunuque, il a néanmoins « le droit d'imposer le mariage à sa fille atteinte de folie ; seulement, si la folie a des intervalles lucides, on attendra un retour à la raison ». Nous avons vu déjà que, dans le mariage, le mari aliéné doit être conduit successivement à chacune de ses femmes ; si c'est la femme qui est folle, le mari lui fera, concurremment avec ses autres femmes, un égal partage de ses nuits. D'autre part, n'avons-nous pas raconté, d'après Moreau (de Tours), que la femme croit se purifier en se donnant à un fou, si bien que l'acte brutal s'accomplit même sur la voie publique sous la protection des canouns ?

De quel poids doit peser sur la descendance cette barbare coutume, et qu'est-il besoin, pour affirmer l'hérédité, de renseignements fournis par les familles lorsque les mœurs donnent ainsi une prime à la dégénérescence ! Les mariages précoces viennent encore augmenter les chances de folie chez les descendants ; mariée à dix ans, la femme arabe, quoique déjà nubile, ne saurait engendrer bien souvent qu'un produit destiné à la décrépitude morale et physique.

On conçoit que, dans ces conditions, l'hérédité ne soit pas étrangère à l'éclosion de la folie chez nos malades. Généralement, du reste, n'est-elle pas à son maximum

lorsque les autres causes sont au minimum ? Mais nous manquons sur ce point de renseignements précis donnés par les familles. D'autre part, nous sommes trop peu familiarisé avec le type arabe pour distinguer parmi les signes physiques ce qui est normal de ce qui est un symptôme de dégénérescence ; c'est donc surtout la nature même du délire qui nous guidera dans la détermination de l'hérédité vésanique ; encore ne faut-il pas s'attendre à trouver dans nos observations ces formes héréditaires d'aliénation si heureusement décrites par M. Magnan avec leurs syndromes caractéristiques et leur symptomatologie spéciale.

Nous ne dirons rien des traumatismes du crâne : on sait l'usage que fait l'indigène de la matraque, et il est possible que ce soit là bien souvent l'origine d'altérations cérébrales consécutives à des lésions des parois ossuses insuffisamment protégées du reste par le turban ; mais nous n'avons pas de données suffisantes pour établir la fréquence des troubles cérébraux dus à cette cause.

Il semblerait que nous devrions être mieux renseigné en ce qui touche l'influence des diathèses et en particulier de la syphilis ; et cependant elle n'est signalée que deux fois dans les antécédents de nos malades. Or, s'il faut en croire l'opinion généralement admise, la syphilis serait très commune chez les Arabes ; M. Vincent, dans son exposé clinique des maladies des Kabyles (1862), raconte que sur 423 indigènes entrés dans l'espace de deux ans à l'hôpital de Dellys, 168 étaient atteints de syphilis constitutionnelle, et la plupart d'accidents tertiaires. Du reste la vérole n'est-elle pas connue sous le nom de mal kabyle ou syphilis du Djurjura ? Nos frères de l'armée nous ont déclaré eux-mêmes que, lorsqu'ils partaient en colonne dans l'intérieur, ils faisaient provision de pilules de proto-iodure et d'iodure de potas-

sinm, sûrs d'avance d'avoir à en faire une large distribution aux indigènes accourant de tous côtés pour les consulter. Comment supposer dans ces conditions que sur 83 malades, 2 seulement soient atteints de syphilis, alors surtout que la plupart se font remarquer par l'excitation anormale des appétits vénériens ? Encore sur ces deux cas, l'un d'eux se rapporte-t-il à une fille galante.

En réalité, l'Arabe ne serait-il donc pas aussi syphilisé qu'on l'a dit ? Certes, pendant les quelques années où nous avons pu suivre nos malades, nous avouons n'avoir jamais rencontré chez eux de manifestation syphilitique, bien que notre attention fût appelée de ce côté; on verra d'autre part dans le relevé des causes de décès des années 1860 à 1888 que sur 258 décès il n'est pas fait mention de la syphilis; enfin, nous tenons à donner ici l'opinion de notre excellent confrère et ami M. le médecin principal Mathias, médecin-chef de l'hôpital militaire d'Oran. Le Dr Mathias a longtemps vécu en Algérie; il a observé que la syphilis héréditaire, très répandue au commencement de la conquête, et qu'il a rencontrée encore très souvent de 1866 à 1869, a beaucoup diminué de nos jours et tend à disparaître; la prochaine génération d'Arabes en sera complètement affranchie. Quant à la syphilis acquise, elle n'est pas, ajoute-t-il, plus commune que chez nous. Il n'y aurait donc pas lieu de nous étonner de ne l'avoir pas observée plus souvent chez nos malades; et si quelques cas auraient pu passer inaperçus, n'en serait-il pas ainsi pour nos aliénés du continent chez lesquels nous ne la trouvons pas, même quand nous avons tout lieu de croire à son existence?

Mais cette opinion de notre confrère militaire, même confirmée par nos propres observations, est trop paradoxale pour que nous puissions l'admettre sans réserves.

32 L'ALIÉNATION MENTALE CHEZ LES ARABES

Il est difficile de convenir qu'une affection aussi éminemment contagieuse et diffusible que la syphilis puisse, en quelques années, disparaître d'une région où elle a exercé ses ravages en toute liberté au point d'avoir contaminé la plupart des habitants; ne vaut-il pas mieux supposer que l'infection s'est tellement généralisée chez les Arabes qu'elle y existe même avant la naissance sous forme de syphilis conceptionnelle, ce qui les garantit d'une contamination nouvelle et des phénomènes extérieurs, grossiers, de la maladie? Cette opinion que nous suggère notre excellent maître et ami le D^r Régis, n'est pas sans valeur et répond peut-être à la réalité des faits.

(A suivre.)

PARALYSIE HYSTÉRIQUE

AVEC CONTRACTURE ET TROUBLES MENTAUX

Par le Dr Henry BONNET

Directeur-médecin en chef honoraire des asiles publics
d'aliénés.

L'observation que je vais rapporter présente un caractère des plus curieux ; elle n'est peut-être pas nouvelle ; mais, en ce qui concerne mon expérience propre, elle a été d'une contingence très spéciale, et doit donner une part contributive exceptionnelle aux grands troubles d'innervation et de dynamisme vital qu'engendrent bien des côtés morbides de notre organisme.

Une jeune fille de dix-huit ans me fut amenée par ses parents, cultivateurs dans une commune des bords de la Rance, à peu de distance de l'estuaire de Saint-Malo. Elle ne pouvait marcher; on la descendit de voiture pour la faire entrer à mon cabinet. La jeune personne était très vigoureuse, en apparence; son état, à côté d'une forte dépression, présentait une grande excitabilité. Des renseignements qui me furent donnés il résultait que, dans la famille, il n'y aurait pas d'antécédents héréditaires spéciaux à signaler; la jeune fille n'a jamais quitté la ferme de ses parents et s'est développée en suivant sans entraves les lois biologiques ordinaires d'accroissement; elle a été réglée à treize ans et, jusqu'à dix-sept ans, tout s'est passé correctement. Tout à coup, et sans cause appréciable, la menstruation devint difficile; on consulte un médecin qui s'efforce de s'opposer à la dysménorrhée; rien n'aboutit et les règles disparurent complètement; on tenta de les rétablir par tous moyens thérapeutiques ordinaires, et rien ne fit. Dès lors survinrent des excitabilités mentales alternant avec une profonde dépression et, à côté, viennent se présenter des conditions

ANN. MÉD.-PSYCH., 8^e série, t. III. Janvier 1896.

3. 3

physiques qui vont corroborer un état hystérique rejaillissant sur toutes les fonctions organiques ; cet état a ses conséquences sur le dynamisme vaso-moteur de nos multiples réalités trophiques. Cela dit, voici, au premier examen, l'état de la malade que nous allons minutieusement suivre. Elle est entièrement paralysée du côté gauche, mais beaucoup plus au membre supérieur qu'au membre inférieur ; toute sensibilité a disparu au membre supérieur ; elle est bien moindre au membre inférieur. Il y a une énorme contracture des doigts de la main qui s'enfoncent dans la paume avec une résistance qu'aucune action ne peut vaincre ; de ce fait concurrentiel, des accidents fort graves peuvent survenir ; en effet, la main étant aussi puissamment contracturée, les doigts s'appuient d'une façon intensive sur la paume, et les ongles, continuant à pousser, s'incrustent et peuvent déterminer une plaie très dangereuse ; déjà on sent une mauvaise odeur de fermentation sébacée. Comme je l'ai dit, le membre inférieur gauche a moins d'insensibilité que le membre supérieur ; mais, les fonctions musculaires sont très incomplètes et c'est, en étant soutenue, et en traînant la jambe par un grand effort de volonté, que la malade peut avancer. Du côté droit les membres sont en état normal, et les sensibilités naturelles ; mais un fait remarquable se présente : brusquement et sans aucun avertissement précurseur, la malade a perdu la vision de l'œil droit ; en même temps la musculature des paupières et de l'œil est à moitié paralysée, et une grande insensibilité s'offre dans les régions susorbitaire et temporale ; l'examen ophtalmoscopique ne dévoile rien de particulier ; on a, et ce qui me paraît dominer la situation, affaire à une paralysie du nerf optique, et ce sont des réflexes croisés qui ont probablement dû amener les conditions d'insensibilité dont je viens de parler dans la région cervicale droite.

Voyons maintenant l'état général. Il y a eu disparition des règles à l'âge de dix-sept ans, et sans raison connue apparente ; d'où, troubles généraux divers d'innervation. Les phénomènes digestifs n'ont pas été épargnés : la malade, fort vigoureuse d'abord et mangeant de tout, comme cela existe à la campagne, a de la répulsion pour tout aliment et devient dyspeptique sur le peu qu'elle吸orbe ; la nutrition est devenue tout à fait maladive, le poids a baissé de vingt livres en deux mois ; les fonctions de l'intestin sont peu changées, les urines contiennent de l'albuminose.

Tout cela exprimé, mon attention toute particulière devait se porter sur la poitrine; j'ajouterai que, pendant une longue carrière, mes investigations premières se sont toujours reportées à la poitrine, et j'ai suivi en cela les principes d'un de mes anciens maîtres, Rostan, qui ne se lassait de répéter : « Ce n'est pas en vain que le pneumo-gastrique et ses rapports avec le grand sympathique ont été inventés; cherchez dans la poitrine l'origine des choses. » Je ne dis pas qu'il y ait toujours une raison d'être fatale, mais, avant tout, il ne faut pas être trop localisateur ou symptomatique; on doit rester clinicien et bien se pénétrer de la pathologie générale sur laquelle les regards doivent être toujours posés. Du moment qu'il y avait, et chez une fille récemment formée, disparition des règles, avec graves accidents généraux d'innervation, il fallait examiner la poitrine. La cage thoracique est bien développée; à première vue les ampliations semblent exactes, la palpation est négative, à la percussion de la matité dans les fosses claviculaires, et surtout dans celles sous-scapulaires, mais l'auscultation bien prolongée nous renseigne.

Il y a du prolongement dans les expirations; des craquements secs, très fins, disséminés et plutôt superficiels que profonds, ne me laissent aucun doute sur un travail latent de tuberculose aux régions supérieures; ils sont accompagnés de quelques sifflements bronchiques; malgré cela, pas de gêne pulmonaire exprimée par la malade.

Des troubles psychiques accompagnent tous les phénomènes que j'ai décrits. La malade a été profondément affectée par ses accidents organiques; l'imagination s'est prise; elle est devenue mélancolique, a des cauchemars et des hallucinations; elle se figure qu'on lui a jeté un sort; elle cherche à réagir, mais ne peut; sa sensibilité s'exalte; elle pleure abondamment; elle devient dégoûtée de la vie et parle de mourir; entre temps elle tombe dans la stupeur. Le diagnostic est nettement indiqué, et c'est la tuberculose qui a fourni les genèses organiques et psychiques.

J'entre maintenant dans le traitement. Il fallait s'adresser à l'état général en même temps qu'aux conditions paralytiques diverses, aux autres troubles d'innervation et aux contractures de la main gauche. Voici, dès lors, les conditions de traitement qui m'ont réussi; on verra plus tard les conclusions philosophiques auxquelles j'ai été conduit par l'état maladif de la personne, de la famille et de l'intérieur de la ferme. Ne pouvant

aller, tous les jours, pour bien des motifs, à six lieues de distance de mon domicile, la jeune fille vint s'installer à Saint-Malo chez son frère, candidat à la capitainerie de long cours. Mon premier soin fut d'agir sur tout le dynamisme vital par l'électricité à courants induits continus ; tout en ne négligeant pas les raisons diverses d'innervation morbide générale, mon attention se porta, tout d'abord, sur la contracture de la main que je tenais à guérir au plus vite, pour n'être pas obligé de recourir à une intervention chirurgicale. J'appliquai le pôle négatif à la nuque et le pôle positif à la main malade, et cela au plus long temps que pourrait supporter la jeune fille ; dans une seconde séance de l'après-midi, j'appliquais successivement le même système en promenant le pôle négatif aux gouttières vertébrales et le pôle positif dans les régions pelviennes ; la même chose était faite de la nuque à la région temporale droite, à cause de la paralysie de l'œil droit.

En même temps, voici le traitement général introduit : Tous les matins, à six heures, une cuillerée d'huile de foie de morue ; au premier déjeuner, une soupe au lait avec deux jaunes d'œuf et un verre à bordeaux de vin de peptone ; dans la matinée, 2 granules de phosphure de zinc en trois cachets ; à midi, une soupe copieuse au lait et aux légumes avec addition de 20 gouttes de peptonate de fer concentré, de la viande rouge grillée ou du poisson non crustacé ; de l'eau rougie, du café avec un peu d'eau-de-vie. Le soir, potage au bouillon avec croûtes de pain et additionné de 20 gouttes de peptonate de fer concentré, un œuf à la coque et des légumes, si on en désire ; deux heures après le repas du soir : deux granules de phosphure de zinc. Tel est le traitement général que j'ai suivi pendant deux mois ; dans les quinze premiers jours j'avais ajouté l'arséniate de strychnine à 1/4 de milligramme. Si la malade avait besoin entre les repas, la boisson était du lait avec du sel ; tous les deux jours, un verre à bordeaux d'eau minérale naphtée de Saint-Boës. Deux fois par semaine, je faisais prendre un bain d'eau de mer chaud à 28 degrés. Tel est le traitement auquel je me suis invariablement attaché ; j'excepte les cessations intermittentes d'électricité au fur et à mesure des améliorations. Une dizaine de jours après les applications électriques et le traitement général concurrent, une détente s'offrit à la main contracturée ; j'introduisis un cône de bois pour empêcher la main de se refermer ; deux jours après une cône plus épais fut introduit, et je fis de fortes tractions pour relever les muscles con-

tracturés ; je dus introduire un cône plus épais, et je continuai l'électrisation en y ajoutant l'application de pointes de feu. Les mouvements se rétablirent, la sensibilité reparut et la malade put se servir de sa main, et l'état mental de la personne présenta du mieux ; mais la menstruation ne revenait pas encore, et l'œil droit était toujours paralysé. Je continuai le même traitement local et général ; le membre inférieur reprit ses fonctions ; enfin, au bout de deux mois, les règles revinrent avec, au commencement, des douleurs et contractions utérines assez fortes ; ce ne fut qu'un mois plus tard, lors de la seconde menstruation, que l'œil droit paralysé reprenait sa vision. La poitrine n'offrait plus rien d'anormal ; les conditions psychiques redevinrent complètement naturelles ; l'ordre était rétabli partout.

Les réflexions sur le cas sont assez difficiles. La pensée du clinicien doit chercher à se mettre en accord avec celle du biologiste. Pour moi, sous réserve de critiques toujours admissibles, il m'appartenait de croire que, la menstruation disparaissant subitement sans élément indicateur appréciable, il y avait un fait médical devant ressortir à la poitrine ; là se trouvaient les conditions de causalité d'où devaient émaner tous les phénomènes de dynamisme et d'innervation vaso-motrice produisant les accidents que j'ai pu décrire. Nous avons, d'un côté, suspension complète de la menstruation, paralysie du côté gauche, contracture intense de la main gauche, paralysie de l'œil droit ; d'un autre côté, des troubles psychiques des plus accusés s'introduisent pour accomplir la scène. Le prélude a été dans le poumon chez une jeune fille non définitivement formée ; des réflexes se sont établis ; par les plexus le grand sympathique est venu dominer les organes pelviens pour réagir, par processus ascendant, sur le centre vaso-moteur cérébral ; là a dû se trouver le point de départ de la paralysie alterne agissant, du côté droit, sur l'œil et, de l'autre, plus grandement, sur les membres gauches. C'est une des formes croisées de la paralysie alterne dont, pour la pre-

mière fois, a parlé mon excellent maître, le professeur Gubler. Au cas présent, les deux centres vaso-moteurs du cerveau et de l'abdomen se rencontrent et leurs effets maladifs se corroborent mutuellement. Le traitement et la guérison prouvent, je crois, la vérité de mes assertions. Un point des plus importants à déclarer, c'est qu'à peine les états d'extériorisation disparaissent, l'état mental subit une modification avantageuse connexe. La malade retourna guérie chez ses parents dans une ferme située en une fort belle situation près de la mer.

Ici, je vais placer des considérations d'un intérêt curieux et qui m'ont conduit à des conclusions très faciles à étudier, et sur lesquelles je ne veux rien encore formuler de définitif.

On sait que les familles sont loin de rendre toujours compte au médecin des conditions héréditaires et de milieu. Or, je ne me suis jamais trouvé muni de renseignements suffisants. Pour approfondir ce que je voulais savoir, je me transportai au domicile de la famille, et là je vis des choses qui ne laissaient pas que de grandement me surprendre. Une sœur de ma malade était atteinte de phtisie tuberculeuse à la dernière période, profondément émaciée, d'une faiblesse énorme, infectant l'appartement des miasmes s'exhalant de poumons décomposés ; respiration des plus courtes et anhélante ; bruit de pot fêlé, rauquements, souffles caverneux, etc. Le médecin du pays n'avait pas hésité à prévenir les parents que la mort était une question de temps. A côté de cette hectique se trouvait une jeune fille de douze ans paraissant vigoureuse, mais qui toussait d'une façon rauque et se plaignait d'oppressions ; dyspepsie et insomnie. L'examen de la poitrine démontra une atteinte des poumons dans la partie supérieure. Nous devons ici constater, et comme c'est d'usage à la campagne, que les parents avaient eu la fâcheuse idée de continuer à la laisser

coucher avec la phthisique avancée dont je viens de parler.

Avant d'entreprendre son traitement, j'exigeai qu'on la fit sortir de la maison et qu'on l'envoyât chez une tante, dans un village voisin ; c'était d'autant plus nécessaire que, malgré le jeune âge, l'état mental de l'enfant offrait, avec des dépressions des plus tangibles, du nervosisme clonique et du *tædium vitæ*. Une autre surprise m'attendait dans la maison et tendant à laisser croire, tout en se faisant un *postulatum*, que la phthisie se généralisait par suite d'une habitation contaminée. Le fermier me dit que ses bêtes étaient malades comme ses filles ; que, depuis deux ans, les animaux à cornes qui naissaient ou qu'il achetait devenaient malades d'oppression, ne mangeaient plus, etc. Je visitai l'écurie qui était des plus défectueuses au point de vue de l'aération et de la propreté, et où je vis deux vaches qui étaient malades, particulièrement une ; la plus gravement atteinte était couchée ; elle ne se redressait plus, me dit-on, ne mangeait qu'à peine et avait considérablement maigri ; elle était très oppressée et toussait beaucoup ; je l'auscultai minutieusement, et je reconnus une tuberculose avancée ; le fermier, désolé de perdre ses bestiaux depuis deux ans, était décidé à détruire son étable et à en édifier une autre ; en attendant, me dit-il, je vais faire abattre la bête que vous venez de voir, et celle à côté suivra le même chemin avant quinze jours. C'est alors que, devant cette décision, une idée me survint. Je proposai au fermier de faire saigner la bête, me proposant d'injecter de son sérum à l'autre vache qui était atteinte, mais moins gravement. Un boucher fut appelé pour faire l'opération, et je récoltai 3 litres de sang environ ; le lendemain, j'avais un sérum tout frais que j'inoculai à la seconde vache à la dose de 3 centimètres cubes à l'aine ; je fis deux injections dans la première

journée ; deux jours après, le fermier me dit que la bête n'était plus triste, se relevait, mangeait mieux et avait très grand'soif ; je l'auscultai et trouvai la respiration plus égale, moins rauque ; mais les craquements persistaient. Je refis deux injections successives ; en même temps je lui fis donner une alimentation plus copieuse et 2 grammes d'acide arsénieux par jour dans son barbotage ; je refis deux autres injections ; cela faisait six en tout ; l'état général et l'état local de la bête se modifièrent avantageusement. Au bout de cinq semaines il y avait guérison. C'est alors que je fis saigner cette vache, et je récoltais près de 2 litres d'un nouveau sérum. Je me proposais, et la famille autorisant, d'injecter les filles du fermier, en commençant par celle atteinte de tuberculose au dernier degré ; malgré l'état avancé de la maladie, et les jours étant presque comptés, je n'aurais pas osé inoculer du sérum de la première vache ; c'est donc à un sérum atténué, je le crois du moins, que j'ai eu recours. Comme chez sa sœur, l'état mental de la malade était atteint par dépression mélancolique et idées de suicide ; une neurasthénie générale existait. Je n'hésitai pas, et je fis, dans la journée, deux injections de 1 centimètre cube et demi, chaque fois ; j'eus des troubles morphologiques qui se dissipèrent, deux ou trois nausées ; mais, la malade dormit ; au réveil elle demanda à manger ; elle accusait de respirer mieux. Je fis une seconde injection, et cela tous les deux jours, en joignant à ce traitement une médication générale au phosphure de zinc, à l'arséniate de soude et au peptonate de fer ; j'ai continué les injections pendant quinze jours, et j'ai cessé, quitte à les reprendre ; la malade s'alimentait à peu près comme tout le monde, et je lui faisais donner beaucoup de lait additionné de sel ; la respiration, tout en étant courte et anhélante, l'était incomparablement moins qu'avant ; l'haleine avait perdu sa fétidité ; la percussion

montrait de grandes matités et des sonorités caverneuses ; mais, l'auscultation dévoilait, en dehors des signes caractéristiques de la tuberculose avancée, qu'il y avait des cantons des poumons fonctionnant encore ; il y avait, évidemment, un travail de cicatrisation. L'état général devenait, chaque jour, meilleur ; la pesée qui, six semaines auparavant, était de 88 livres, montait à 110. La personne avait abandonné toute mélancolie et se rattachait à la vie. La saison d'été arrivant, elle me demanda d'aller à Lourdes remercier la Sainte-Vierge ; j'y vis d'autant moins d'inconvénient que le climat me paraissait convenir à la convalescence. Cinq mois se passèrent, et je ne pensais plus à la malade lorsqu'un beau jour elle se présente chez moi avec sa mère. Elle était méconnaissable : la santé était florissante ; j'examinai les poumons, qui fonctionnaient très bien avec tout ce qui pouvait rester de sain dans le parenchyme. Mais la personne (et voyez la reconnaissance du monde) me demanda un certificat comme quoi elle avait été guérie de son état physique par l'intercession de N.-D. de Lourdes et de la piscine. Nécessairement, je refusai ; mes croyances et ma foi ne me permettaient pas d'aller jusque-là. Aussi la famille, chose peu étonnante, m'en a voulu et s'est fâchée avec moi. Voilà le triste retour des choses humaines.

J'ai voulu, dans ce travail, relater, point par point, des effets somatiques et mentaux assez curieux avec édition de traitements dont l'emploi me semble indiqué.

Comme corollaire, il ne me semble pas hors de saison de dire les suites de la sérum-thérapie employée par moi. Chez deux jeunes filles et un jeune homme, j'ai obtenu de bons résultats ; chez plusieurs autres, je n'ai eu que des négations ; mais, en présence de résultats avantageux, je ne crois pas qu'on doive se considérer comme battu. Le sérum pur, en effet, a pu se modaliser au bout

de peu de temps et n'être plus efficace. J'avais additionné de teinture d'iode une certaine quantité de sérum ; je n'ai rien obtenu. Mais il est évident que, s'il y a énormément de vrai, les expériences doivent être reprises. Il faut être outillé, avoir des agencements de laboratoire ; je n'ai pas ces choses à ma disposition et ne peux les avoir ; je me contente de fournir à la science ma modeste contribution parcellaire. En même temps que mes observations médico-psychologiques, il m'a paru intéressant de fournir des documents pouvant avoir leur utilité.

Médecine légale

QUELQUES CAS PSYCHOPATHOLOGIQUES

DEVANT LES TRIBUNAUX SERBES

Par le Dr M. Vlad. VASSITCH

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

On verra avec plaisir, en lisant cette étude, que nos tribunaux se sont mis aussi, depuis quelques années, à considérer *le criminel* et pas seulement *le crime*, ainsi que cela se passait jusqu'à ces derniers temps au grand détriment de la justice.

Pour caractériser l'ancienne façon de juger, je me bornerai à prendre dans mes souvenirs l'exemple suivant. En 1885, je me suis rencontré et j'ai longtemps conversé avec un idiot du département de Zayétchar, qui avait été condamné pour plusieurs actes de sodomie bestiale à deux ans de prison ! C'était, intellectuellement et physiquement, un vrai type d'idiot. Messieurs les juges s'étaient sans doute contentés de lire les actes ou bien n'avaient pas daigné jeter un regard sur le criminel, car, autrement, toute sa physionomie aurait dû leur sauter aux yeux. C'était un individu petit, trapu, avec une grosse tête et des oreilles fortement écartées du crâne ; il avait des mains énormes comme des pelles, de gros poignets, un visage plus qu'imbécile, toujours tiré, la lèvre supérieure très relevée (comme d'ordinaire

chez tous les individus tant soit peu bornés). Il était, au point de vue intellectuel, on ne peut plus idiot. Quand on lui demanda ce qu'il avait fait, ce fut en zézayant et en riant aux éclats, qu'il raconta ce qui s'était passé, et il ajouta d'un air satisfait : « Le reste, ils ne le savent pas encore ! »

Condamner de nos jours un pareil homme, c'est une honte en premier lieu pour notre Faculté de droit qui a déjà coûté tant de sacrifices au pays, et ensuite pour Messieurs les juges qui ont prononcé le jugement.

On aurait pu espérer, pour bien des raisons, que cette innovation dans les procédés judiciaires se serait manifestée d'abord chez les magistrats qui examinent directement le criminel, qui l'entendent, sont témoins de sa conduite et peuvent apprécier sous tous les rapports sa valeur intellectuelle et sa responsabilité ; mais, en réalité, du moins dans la plupart des cas jusqu'à présent, cela ne se passe pas ainsi, — c'est seulement quand la matière vient à être examinée au tribunal supérieur, en Cour d'appel, que les réponses de l'accusé, les documents de toute la procédure font naître des doutes sur l'état mental de certains des accusés et que leur dossier est retourné avec observations au tribunal de première instance pour que celui-ci prenne l'avis des experts.

Il n'est pas impossible de donner sur ce fait une explication. La plus grande partie de nos tribunaux se trouvant dans de petites localités, les juges y sont en quelque sorte sous la pression de l'opinion publique, à tel point qu'ils rejettent toute idée qui pourrait, en fin de compte, atténuer la condamnation qui doit être prononcée contre le criminel. Les juges de la Cour d'appel eux, bien qu'ils ne voient point l'accusé, sont, du moins, à l'abri de la pression de l'opinion publique locale ; ils examinent la cause de sang-froid, en vrais juges, et, par suite, ils la voient mieux.

I

Parmi les cas que je vais exposer dans cette étude vient en premier lieu l'assassinat commis par le télégraphiste provisoire Jivoïn Stoïk..., sur la personne de M. Prenditch, directeur du bureau télégraphique de Nich. Cet événement se passa le 13 décembre 1890.

Jivoïn Stoïk..., né à Yagodina, était âgé de vingt-quatre ans ; ses parents étaient dans la dernière misère ; il avait eu dix frères et sœurs dont neuf étaient morts ; il ne lui restait plus qu'une sœur de vivante. Étant encore écolier, il souffrait déjà d'une oreille (otite moyenne et interne, probablement de nature tuberculeuse). Malgré cette infirmité, il fut admis à suivre le cours de télégraphie ; comme au gymnase, il s'y montra élève médiocre. Devenu télégraphiste provisoire, *il demanda de fréquents changements de poste* ; en trois ans et demi il changea cinq ou six fois de place. Il tomba gravement malade à Zayétchar, et les médecins, au dire de son père, déclarèrent qu'il avait le typhus abdominal ; mais, d'après ce que je sais, il n'est pas impossible qu'il ait eu une méningite localisée dans le voisinage du rocher.

Au commencement de la seconde moitié de l'année 1889, Jivoïn fut envoyé en fonctions à Tchoupria (où j'eus l'occasion de l'observer pendant quelque temps). Il se faisait remarquer de tout le monde par ses manières, il allait rapide comme le vent, ne fréquentait personne et avait toujours l'air de mauvaise humeur. Un peu avant la fin de cette même année, il se rendit à Yagodina et tenta de violer sa sœur ! Puis il traîna son père chez le Dr Zinoviyev, médecin de la ville, auquel il demanda de lui donner un certificat médical en règle déclarant textuellement « que son père n'avait pas

d'écoulement des oreilles ! ». Sur ses pressantes instances, le médecin lui délivra ce certificat.

Dans les premiers jours du mois de janvier 1890, il s'adressa à M. le Dr Danitch, physicus du département de Tchoupria et le pria de lui donner un certificat attestant que lui, Jivoïn, n'était point « pédéraste » passif ! Pour s'en débarrasser, le Dr Danitch lui accorda le certificat demandé.

J'ai retrouvé ces deux certificats au milieu des papiers et brochures de Jivoïn, où la première place était occupée par les publications de Pélaguitch (1).

Dans la seconde moitié de 1890, il fut de nouveau transféré au bureau de Nich. On devine que son état mental était déjà bien pire qu'à Tchoupria. Il avait au bureau une tenue inconvenante, ainsi que l'atteste tout le personnel : il sifflait, frappait et ricanait en regardant à terre. Après de nombreux avertissements, lorsqu'il eut commencé à commettre des erreurs dans l'envoi des dépêches, son chef en référa au ministre dont il dépendait. Dans ce rapport, le dernier qu'ait écrit M. Prenditch, avant de mourir, on lit ceci : « Jivoïn Stoïk... est un fou à enfermer et non un employé à qui confier des fonctions. » Malgré tout cela, Jivoïn resta employé et au même poste, — on ignore pour quelles raisons.

Le 13 décembre 1890, Jivoïn acheta un fort canif à longue lame et vint au bureau où il l'affila en le frottant contre la table, et, à un moment où tous les autres employés étaient occupés autour d'un appareil endommagé, Jivoïn bondit et s'élança avec rage sur Prenditch, le frappa violemment d'un coup de couteau dans le ventre, recula, puis se rapprocha de nouveau et le frappa de deux autres coups à la tête. Il se jeta ensuite sur

(1) Écrivain serbe, démagogue, dont les facultés mentales ne paraissent pas bien équilibrées.

Longuinovitch et le blessa, puis sautant deux ou trois marches, se précipita dans la rue, son couteau sanglant à la main. Il tomba, en sortant, sur le chef de la poste, et, quoique ne le connaissant pas, il se jeta sur lui et le frappa fortement ; mais, par un heureux hasard, la lame, ayant rencontré un faisceau de clefs, se faussa. Jivoïn continua à courir le couteau à la main jusqu'au moment où il fut arrêté par deux garçons de bureau de la mairie et remis à la préfecture.

On le fouilla et l'on trouva dans ses poches quatre volumes de Pélagnitch.

Interrogé immédiatement, il déclara (ses propres expressions furent, sur sa demande, consignées mot pour mot dans le procès-verbal) : « Oui, je l'ai fait, parce que, à mon avis, Prenditch était un méchant homme, — comme les autres aussi, — et pour ce motif, j'avais formé le projet de le tuer, d'autant plus que *ses méfaits sont de telle nature que le pouvoir ne peut les découvrir.* » Son maintien, le ton de son langage, la manière dont il se glorifiait d'avoir « atteint le but désiré », en manifestant le seul souci de savoir si tous les blessés étaient morts, — il le proclama devant le juge d'instruction, — toutes ces circonstances firent tant d'impression sur les assistants qu'en signant ils déclarèrent avoir « remarqué en la personne de l'accusé une certaine nervosité et un certain trouble mental, car il ne cessait de se balancer et de crachoter ». Jivoïn ayant repoussé avec dédain la supposition qu'il ne jouît pas de toute sa raison, le juge d'instruction et le tribunal de première instance passèrent outre aux observations que nous venons de rapporter.

Pour ce crime, accompli *sans complices*, Jivoïn Stoïk... fut condamné à mort par le tribunal de première instance de Nich.

Ce ne fut qu'à la suite des observations faites par le

tribunal supérieur que J. Stoïk... fut envoyé à l'hôpital des aliénés, le 29 mai 1891, en même temps que tous les actes du procès, et avec ses papiers et brochures.

Dès le premier examen, quand on lui demanda ce qui l'avait poussé à demander aux médecins les deux certificats étranges dont nous avons parlé, il répondit qu'il avait agi ainsi parce que quelques personnes l'ennuyaient en lui disant : « Tout le monde dans ta famille a des écoulements d'oreilles ! » ; d'autres, en lui répétant : « Tu es un pédéraste passif ! » Il avait donc dès ce temps-là des hallucinations de l'ouïe, ce qui prouve que par conséquent, il avait alors déjà des troubles mentaux graves. Durant son séjour à l'hôpital, il se montra bourru, il marchait d'un air rageur et crachait presque sans cesse. Toutes les phrases qu'il prononçait, il en répétait cinq, six et même dix fois les derniers mots, s'excitant de plus en plus. Relativement à son crime, il déclara : « Je suis du même avis que Pélaguitch. Je suis fermement convaincu que la société ne se peut améliorer autrement que par le meurtre, et c'est là le but que j'ai donné à ma vie. Je continuerai à m'y dévouer, si la mort m'épargne. »

Toute l'attitude de cet homme montrait qu'il était entiché de sa grandeur et de sa puissance. En l'observant la nuit, on découvrit qu'il parlait longtemps, comme s'il s'entretenait avec des personnes de haute situation. Il donnait au souverain des conseils et même des ordres impératifs, dictait à haute voix des commandements et des oukases ; une nuit, en particulier, il donna l'ordre de faire paraître le lendemain un oukase par lequel les deux médecins de l'hôpital des aliénés étaient mis en retraite.

Quelques jours plus tard, à cette question : « Qui êtes-vous pour pouvoir donner de tels ordres ? », il répondit mot à mot ce qui suit : « Vous aurez sûrement lu la proposition de P..., pour qu'on enduise de goudron tous

les progressistes et libéraux et qu'on y mette le feu. Quand cette révolution sera faite, comme je suis le personnage le plus sympathique, le peuple m'élira roi ! »

Il ne voit point de difficulté à concilier son socialisme à la Pélaguitch avec sa position de souverain : « En Suisse, dit-il, il en est bien ainsi ! »

Il avait des hallucinations de l'ouïe de nature très désagréable et formées presque toujours de mots et de phrases injurieuses, ce qui le rendait fou de rage ; alors il grondait, injuriait, crachait, frappait des pieds et promenait des regards furieux ; c'étaient la plupart du temps les médecins qui étaient l'objet de ses invectives lesquelles se prolongeant nuit et jour, ne lui laissaient même pas le temps de manger.

Physiquement, il ne cessait de décliner, il en était à cracher le sang. « Ce sont, disait-il à ce propos, les esprits qui m'ont assailli et contre lesquels je me défends ; c'est aussi la politique de P. T. »

Le rapport médical conclut que Jivoïn Stoïk.... se trouvait en état d'aliénation mentale lorsqu'il commit son crime du 13 décembre (vésanie, hallucinations multiples de l'ouïe, tendances homicides, idées de grandeur). (Il demeura aliéné jusqu'à sa mort, survenue à l'hôpital le 22 août 1891.)

A la suite de ce rapport médical, le tribunal de première instance de Nich annula la sentence qu'il avait portée, et Jivoïn fut déclaré irresponsable.

II

Le second cas est beaucoup plus embrouillé que le précédent, et se rattache à un grand nombre de questions de la plus haute importance. Ces difficultés se trouvaient augmentées par deux causes : d'abord, pour certains motifs puissants, on fut dans l'impossibilité de

s'adresser à la famille du principal accusé pour en obtenir les documents nécessaires ; en outre, les circonstances anormales qui, malheureusement, règnent chez nous depuis longtemps déjà, n'encouragent personne à se livrer sérieusement au travail, car ce n'est point du tout là le moyen d'obtenir de l'avancement ; ce qui explique comment l'instruction judiciaire fut écrite de telle façon que les actes ne renferment guère que des hiéroglyphes illisibles.

La principale différence entre le cas précédent et celui-ci, c'est, dans ce dernier, la présence de complices. L'absence de complices est, en effet, une des caractéristiques des crimes commis par les aliénés.

Du temps qu'elle était fille, A... ne passait point pour une jeune personne tranquille et pudique ; elle avait un caractère et des allures de garçon et se montrait entêtée et rageuse. Elle avait été envoyée par protection dans un pensionnat étranger où elle apprit le français et des notions de tout, absolument superficielles, suivant la manière dont on élève chez nous les jeunes filles, et où elle reçut une sorte de vernis d'instruction et d'éducation. Tout ce qu'elle y avait appris restait confondu pêle-mêle dans sa tête, sans liens logiques suffisants, et sans systématisation.

De retour en Serbie, dépourvue de dot, et n'ayant peut-être pas d'autres avantages compensateurs, elle ne put se marier avec quelqu'un qui, selon son expression, « approchât d'elle par l'intelligence » ; mais elle épousa, presque malgré elle, un ancien étudiant en théologie, provisoirement instituteur. A... devint bientôt une femme corrompue et sans mœurs ; le mari fit tout ce qu'il put pour la ramener dans la bonne voie, puis finit par la chasser ; mais, par égard pour leur unique enfant, il se vit obligé de la reprendre et de la supporter. Sur la pente de l'immoralité, A... en vint à un tel

point qu'elle forma le projet de faire assassiner son mari par deux individus, et, grâce à sa supériorité intellectuelle, elle sut si bien faire valoir le plan qu'elle leur donna qu'ils acceptèrent sur-le-champ de le mettre à exécution.

Le matin du jour fatal, elle réveilla son mari une heure plus tôt que de coutume, et le fit partir pour une église voisine, située hors de la commune où ils habitaient. En route, il fut assassiné par les individus apostés. Lorsqu'elle eut appris le fait, elle se rendit immédiatement à la sous-préfecture et fit enregistrer une plainte ainsi conçue : « J'apprends que mon mari a été assassiné ; si le fait est vrai, je demande que les criminels soient punis de mort, et que l'on m'accorde une indemnité de 6.000 dinars. »

Toutes les intrigues se découvrent facilement dans une petite localité, et les soupçons se portèrent aussitôt sur A... qui déclara avec hauteur qu'on élevait là contre elle la plus odieuse calomnie. Mais enfermée immédiatement et mise ainsi dans une toute nouvelle situation, elle comprit que son plan avait échoué. Diverses influences agirent tellement sur elle qu'elle exposa le lendemain dans une longue lettre, comme circonstance atténuante en sa faveur, les souffrances qu'elle avait éprouvées pendant sa vie conjugale, et qu'elle avoua tout ce qu'elle avait fait.

La procédure suivit son cours. A... fut condamnée par le tribunal de première instance de Pojarévatz à vingt ans de travaux forcés, et les exécuteurs du crime à la peine de mort.

Pendant ce temps, A... était devenue folle et avait été envoyée à l'hôpital des aliénés, où, après quatre semaines d'observation, elle fut définitivement admise comme folle, suivant les prescriptions de la loi.

L'affaire fut portée devant la Cour d'appel qui jugea

qu'il y avait lieu à plus ample informé, et posa ces deux questions capitales : 1^o « Quel était l'état mental de cette femme durant les années qui ont précédé le crime ? », et surtout 2^o « Quel était-il, au moment où le crime fut commis ? » Cette seconde question était la plus importante, car les déclarations de l'accusée A.... constituaient la plus lourde charge contre les exécuteurs du crime qui avaient été condamnés à mort sur la base de ces déclarations.

La réponse fut en résumé celle-ci : « 1^o A.... était depuis plusieurs années une personne démoralisée ; mais, si cela peut être affirmé, il est sûr pourtant que jusqu'à une époque récente elle n'était point aliénée. L'absence de moralité est une des principales caractéristiques des personnes chez lesquelles l'intellect n'est pas dans un état normal ; mais, malgré tout, l'absence de conscience morale ne suffit pas pour qu'une pareille personne soit déclarée aliénée.

« On appelle en Psychopathologie des maladies exactement décrites, reconnues par la science, qui ont leurs signes définis, leur développement, leur plus haute période, leur décroissance et leur fin. Il n'est aucune de ces maladies, où l'unique élément psychopathologique consiste en l'absence de conscience morale, bien que cette absence de conscience morale soit cependant l'un des signes principaux dans beaucoup de maladies mentales.

« Réponse : Avant l'accomplissement du crime, A.... n'était point aliénée. »

A la seconde question il fut répondu comme suit : « Avant l'exécution du crime, A.... a déployé une activité extraordinaire et parfaitement *logique*, et a su triompher de la résistance de ses soudoyés. Elle a conduit toutes ces opérations en secret. Le jour du meurtre elle est allée trouver l'autorité, et après avoir déclaré

qu'elle réclamait la peine de mort pour les criminels, elle a demandé pour elle-même une indemnité de 6,000 francs ! Elle mettait donc l'instruction sur une fausse piste. *A l'époque où le crime fut commis, A.... n'était point aliénée et même durant un certain temps après, ses lettres et ses dépositions sont remplies de démonstrations et de preuves qui, dans sa pensée, devaient avoir pour effet d'atténuer sa condamnation, par conséquent, alors encore elle jouissait de toutes ses facultés mentales.*

« Plus tard, diverses circonstances vinrent ébranler cet équilibre mental ; elle était, d'ailleurs, comme toutes les personnes immorales, depuis longtemps sérieusement prédisposée à l'une des maladies mentales définies, et c'est ce qui lui est arrivé. »

Sur la foi de ce rapport, les dépositions accablantes faites par A.... gardèrent toute leur force, et ses complices furent les uns fusillés, les autres condamnés aux travaux forcés.

III

Le troisième cas n'a rien de compliqué ; mais j'ai le devoir de le rapporter parce que, en lisant tous les actes y relatifs, j'ai rencontré une façon d'agir de la police, qui est absolument illégale. On y voit combien sont loin de connaître exactement la réalité ceux qui croient qu'il suffit à n'importe qui d'avoir étudié et achevé ses études à une Faculté quelconque pour pouvoir, *de plano*, devenir fonctionnaire de la police, sous-préfet et même préfet.

Marko Nik..., de Chtitar, est âgé actuellement de trente-sept ans. Il y a sept ans, il eut un premier accès de manie et se montra tellement agité qu'on dut l'envoyer à Belgrade. En attendant qu'on eût rassemblé tous les documents nécessaires, il fut gardé à l'hôpital

de Krouchévatz, et quand il arriva à l'établissement de Belgrade, il se trouvait si bien guéri que les médecins ne le gardèrent que pour voir, comme il est prescrit par le règlement, s'il surviendrait ou non quelque nouvel accès, et, s'il en survenait un, de quelle nature il serait.

Pendant le séjour de Marko à l'hôpital de Belgrade, l'administration de l'arrondissement, pour couvrir les frais d'hôpital et de transport se montant à environ 180 francs, vendit toute la propriété du malade, et sa femme resta sans abri avec deux enfants. Ce procédé est contraire aux règlements des hôpitaux d'arrondissement et de département, où il est dit textuellement : « Le paiement des frais d'hôpital sera exigé des personnes qui peuvent supporter ces frais *sans dommage sensible pour leur situation matérielle.* »

D'après le règlement relatif aux aliénés, Marko étant pauvre, son transport aurait dû se faire aux frais de sa municipalité.

Marko fut renvoyé de l'asile des aliénés comme guéri. Quelques années s'écoulèrent, et sa femme s'adressa au tribunal de la municipalité demandant qu'il fût éloigné de la maison, parce qu'il était redevenu tout à fait agité, qu'il battait femme et enfants, ne dormait ni jour ni nuit, criait, chantait, et laissait ses affaires aller à la dérive. La demande de la femme resta sans résultat, bien qu'elle se fût à maintes reprises adressée au tribunal.

Au cours de l'année dernière, Marko s'empara d'un levier, et en frappant sa femme plusieurs fois à la tête, il la tua raide, bien qu'il en eût des enfants.

Le juge d'instruction commença à instruire l'affaire ; mais, s'apercevant bientôt que Marko était aliéné, il le fit transporter à l'asile d'aliénés et demanda qu'il fût examiné par les médecins. Quand il fut admis dans l'établissement, son accès était passé, et il nia avoir tué sa femme. Peu de temps après, il fut pris d'un nouvel

accès de manie où il raconta le plus tranquillement du monde qu'il avait tué sa femme et révéla, en s'en vantant hautement, une foule d'autres méfaits commis par lui. On vit alors que durant ces accès Marko était impulsif et très méchant ; on en tira pour conséquence : 1^o que Marko se trouvait en état de manie lorsqu'il tua sa femme ; 2^o qu'il était très dangereux pour la société et qu'il fallait le garder à l'asile des aliénés.

Marko n'ayant point eu de complice, le juge d'instruction arrêta l'enquête dirigée contre lui, et le tribunal de première instance de la ville de Belgrade le déclara aliéné.

IV

J'en suis heureux de pouvoir montrer par un exemple qu'il se présente des cas, même dans des affaires d'un caractère purement civil, où les juges s'adressent aux médecins psychiâtres.

Mais avant de passer à la description du fait concret lui-même, je veux exposer à mes lecteurs un sujet très important qui est en rapport avec l'exemple qui va suivre. Ce sujet compte parmi les questions les plus délicates ; il intéresse non seulement tous les psychologues, mais encore tous les plus éminents sociologues : je veux parler de la dégénérescence des familles.

Déjà trente-trois ans avant l'époque où nous sommes, Morel, se basant sur des études poursuivies durant de longues années, avait le premier systématisé tout ce que l'on savait alors sur la dégénérescence des familles. Aujourd'hui les psychologues les plus distingués sont tous d'accord en ceci, à savoir que la dégénérescence des familles est la cause de la moitié des cas de maladies mentales, de l'épilepsie et de la folie épileptique et de tous les états compris sous le nom d'intelligence bornée, depuis la demi-imbécillité jusqu'au crétinisme. L'autre

moitié provient de contusions à la tête (folies traumatiques), de l'action de divers poisons au premier rang desquels il faut citer l'alcool, la morphine, l'éther, l'absinthe et ainsi de suite.

Il existe peu de champs, on peut-être même il n'y en a point, qui se prêtent mieux à l'étude de cette question que la Serbie où, vu son peu d'étendue, nous nous connaissons presque tous. Et où en sommes-nous sous ce rapport? Rencontre-t-on parmi nous des cas de dégénérescence mentale des familles ? A notre grand regret, nous devons constater que ces cas s'y présentent en fort grand nombre.

Le nombre des aliénés en Serbie s'élevait au 30 décembre 1890 à 2,100, ce qui, pour un peuple en majorité adonné à l'agriculture (90 p. 100), constitue un chiffre bien supérieur à ce qu'on aurait pu supposer. Parmi les aliénés, et les faibles d'esprit vous trouverez les derniers descendants de nos familles célèbres, autrefois riches et puissantes. Vous pouvez lire sur le registre de l'asile des aliénés, que l'on y a soigné et qu'il y est mort des fils et petits-fils de voïvodes serbes, des fils de nos premiers savants qui furent ministres en Serbie et avaient pour leur temps un haut niveau intellectuel. Que celui qui connaît notre histoire se demande seulement combien il y a de nos grandes familles, depuis 1804 jusqu'à maintenant, qui ne soient point aujourd'hui disparues ou en train de disparaître ? Si j'en excepte quelques-unes, en fort petit nombre, toutes sont éteintes. On voit ça et là leurs derniers représentants qui portent *sur eux et en eux* les signes manifestes de la dégénérescence. Ce sont des individus incapables d'aucun travail sérieux ; ils sont généralement imberbes, bégues, avec un tic de la face, joueurs, débauchés, même s'ils sont avancés en âge, et finalement vagabonds. J'ai vu dernièrement, avec douleur, le petit-fils du célèbre voïvode Mo.... faire partie

comme figurant d'une troupe de théâtre ambulant où se trouvaient plusieurs membres d'anciennes familles. Il avait d'abord été, pendant dix-sept à dix-huit ans, employé surnuméraire au service de la police.

Cette dégénérescence des familles fournit donc une bonne moitié du chiffre total des aliénés; parmi eux viennent en première ligne les personnes qui ont une véritable maladie mentale, puis les épileptiques avec accompagnement de folie, et, pour le plus grand nombre, ceux dont l'intelligence est restée bornée.

La nature a pris soin elle-même de ne pas permettre que ces éléments corrompus se perpétuent dans la société : les premiers, par suite de leur excentricité, restent pour la plupart célibataires, et très souvent ceux qui se marient n'ont point d'enfants. Les seconds, les épileptiques, sont en majorité incapables de s'engager dans le mariage, car leur maladie se déclare la plupart du temps entre quinze et vingt ans. Les troisièmes, les faibles d'esprit, se divisent en nombreux sous-groupes. Ils sont, en général, incapables de vivre en bonne harmonie avec leur femme, la famille de leur femme et leur propre famille, ils se séparent ordinairement de leur femme, et finissent par disparaître eux et leur postérité, s'ils en ont eu. Ceux dont l'état mental est encore inférieur, ce sont les individus dont le monde se moque ouvertement, les « toqués » ; ils ont une voix enfantine, sont taquins et toujours prêts à se disputer comme des enfants. Dans chaque ville et bourgade, il se trouve, quelquefois même en un certain nombre, de pareils individus, mais naturellement ils restent célibataires. Enfin, les imbéciles proprement dits sont des fainéants dont le défaut s'accroît à mesure qu'ils déclinent mentalement ; car moins un individu a l'intelligence développée, plus il est paresseux, et finalement ils tombent au niveau des vagabonds vulgaires qui peuvent dormir dix-huit à

vingt heures par jour et se contentent de croûtes de pain et d'un abri sous les ponts.

Parmi les faibles d'esprit, il faut citer Lucas J..., de Gornja Gorévitza, département de Roudnik. Il se trouve, depuis son enfance, dans cette infériorité intellectuelle. Devenu homme, il eut conscience de son état et laissa ses frères plus jeunes que lui administrer la fortune assez ronde qu'ils possédaient en commun. Il s'occupait des gros travaux, tels que charrier et fendre le bois, porter l'eau et autres besognes du même genre !

Il n'était apte ni à acheter, ni à vendre, car il ne connaissait pas la valeur de l'argent non plus que celle des objets. Après la mort de ses frères, sa femme se chargea de diriger la maison; c'était elle qui payait les impôts, se présentait aux autorités, allait au marché, et effectuait les achats et les ventes. Mais elle mourut à son tour, et Lucas resta quelque temps à administrer lui-même sa propriété. Certaines personnes qui connaissaient son état, profitèrent de cette circonstance pour lui acheter une partie de son bien. Lucas ignore quels motifs lui ont fait faire cette vente, ainsi que la somme pour laquelle il a cédé sa terre; selon toute apparence, comme tous les faibles d'esprit, il est très sensible aux boissons alcooliques, et il a dû agir dans un état de demi-ébriété.

Tout le monde sait que les femmes dans nos villages recherchent volontiers les riches propriétaires. Cela explique comment Lucas se remaria, malgré ses cinquante ans. Sa nouvelle famille et lui furent d'accord pour demander au tribunal de Gorgni-Milanovatz d'annuler la vente dont nous venons de parler. Le tribunal, ce qui lui fait honneur, adressa Lucas à l'asile d'aliénés, en demandant s'il était aliéné, et, dans l'affirmative, s'il pouvait être considéré comme responsable de ses actes.

La réponse fut :

1^o Lucas n'est point aliéné.

2^o Lucas a l'intelligence tellement bornée qu'il est incapable d'administrer son bien.

3^o Comme il est d'un caractère doux et tranquille, il n'y a aucune raison de le priver de la liberté, et de l'enfermer à l'hôpital.

Le résultat définitif fut l'annulation de la vente.

Les questions psychopathologiques formant une des parties constituantes de la sociologie, et se rattachant, par suite, aux questions les plus hautes et les plus obscures sur l'homme et l'humanité, il m'a paru que toutes les considérations qui précèdent méritaient de trouver place dans le cadre de cette étude.

Je prends la liberté, en terminant, de recommander à messieurs les juges de prêter une attention de plus en plus grande à l'examen des criminels, et, en général, des accusés, et je leur assure qu'ils verront bientôt de larges horizons nouveaux s'ouvrir à leur esprit, au grand profit de la justice dont ils sont les représentants et les défenseurs.

Revue critique.

—
LA

NOUVELLE HOSPITALISATION DES ALIÉNÉS

PAR LA MÉTHODE DE LIBERTÉ
ET SON APPLICATION A VILLE-ÉVRARD

Par le Dr E. MARANDON DE MONTYEL

Médecin en chef des asiles publics de la Seine.

Depuis quelques années un grand mouvement se produit à l'étranger en faveur d'une transformation complète du mode d'hospitalisation des aliénés, mouvement auquel nous n'avons encore en aucune façon participé et que nous semblons même complètement ignorer. Pourtant le mode d'hospitalisation de ces malades a une importance capitale; car, jusqu'à présent, il a été considéré comme le meilleur remède de la folie. La thérapeutique de cette redoutable affection relève, en effet, bien plutôt de l'hygiène que de la médecine, et c'est beaucoup moins par des médicaments que par les conditions spéciales dans lesquelles on place le malade que s'obtient le retour à la raison. L'asile, a dit Esquirol, doit être, par lui-même, le principal instrument de guérison. Or, si la transformation dont nous parlons était justifiée, elle serait la condamnation de tout ce qui a été entrepris depuis Pinel en faveur des aliénés. Les magnifiques établissements que nous leur avons construits et l'hygiène particulière à laquelle nous les avons soumis, bien loin de répondre au précepte du Maître, auraient largement contribué à accroître le nombre des incurables. La question, on le voit, vaut donc la peine d'être examinée de près, d'autant plus que dans quel-

ques jours le Conseil général de la Seine sera appelé à adopter les plans du nouvel asile dont il a décidé la création sur le domaine de Ville-Evrard et pour lequel il a voté déjà plus de quatre millions. Il est en conséquence d'une actualité pressante de savoir si l'établissement projeté devra reproduire le type jusqu'ici suivi ou en différer radicalement par adoption des idées nouvelles sur la matière.

I

Quand Pinel brisa les chaînes de l'aliéné, il ne le rendit pas pour cela à la liberté. Il estima, et avec lui tous ses successeurs jusqu'à ces derniers temps, que pour obtenir sa guérison il était indispensable de le soumettre à une hygiène spéciale, et cette hygiène spéciale fut l'hygiène de l'isolement. On le sépara pour ainsi dire du reste du monde. Les asiles qu'on lui construisit furent entourés de hautes murailles, les cours mêmes des quartiers qu'il habitait eurent leurs murs, et les relations avec le dehors furent rendues très difficiles. On était fermement convaincu qu'il fallait placer l'aliéné dans un milieu complètement différent de celui où son esprit avait sombré et le mettre à l'abri de toutes les émotions, même des plus légitimes et des plus douces. En conséquence, on estima dangereuses et troublantes les visites de la famille, et elles furent interdites; seulement, après de longs mois d'absolu isolement, on en autorisait une très courte. Ecrire, même était jugé perturbateur. Et on ne sortait de cette retraite profonde que quand la guérison était complète.

Cet isolement quasi absolu ne paraissait pas suffisant; une réglementation sévère et une discipline inflexible en devinrent les compléments. Il y avait des heures fixes pour tout, même pour les visites des parents, quand par extraordinaire elles étaient autorisées durant la période de convalescence; même pour écrire à ceux-ci, quand il était interdit de les recevoir. Le moindre écart était aussitôt réprimé; la douche, la cellule, la camisole de force, les bains prolongés étaient les punitions auxquelles s'exposait le malade qui troubloit le bel ordre de l'établissement. Dans un Mémoire spécial (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1895), j'ai montré

comment ce rigorisme avait été en s'atténuant avec les années et comment chaque progrès réalisé avait consisté en un acheminement vers une plus grande liberté. Je me borne ici à montrer en quoi consistait dans toute sa rigueur la méthode d'hospitalisation qui, quoique adoucie, règne encore chez nous, afin de permettre de comprendre en quoi la nouvelle en diffère.

Elle en diffère du tout au tout ; à l'hygiène de l'isolement elle substitue l'hygiène de la liberté. Plus de murs, ni intérieurs, ni extérieurs, plus de sauts de loup, ni de galeries couvertes, mais des villas dispersées dans un parc ou groupées sous forme de village. Villas aux portes et aux fenêtres ouvertes pour 60 p. 100 des aliénés hospitalisés, fermées par une simple serrure et une grille tout à la fois solide et élégante pour les 40 p. 100 restant, les seuls qu'il y aurait danger à laisser circuler librement. Partout un milieu qui rappelle la vie ordinaire, les visites à volonté avec villégiature dans les environs et collations sur l'herbe ; des congés de plusieurs jours à plusieurs semaines au sein de la famille ; la liberté absolue d'écrire ; plus de douche ni de bains, ni de cellule de punition ; plus de camisole de force ; comme unique sanction de l'ordre, le passage des villas ouvertes dans les villas fermées, la restriction de la liberté accordée étant proportionnée à la gravité des infractions commises. C'est donc une révolution complète. Or, l'expérience de l'étranger ne saurait laisser de doute ni sur sa possibilité, ni sur son efficacité. A première vue, il semble extraordinaire qu'un tel mode d'hospitalisation soit applicable à des aliénés ; aussi, est-ce petit à petit, par expérience progressive, qu'on est arrivé au complet épanouissement de la méthode. Mais quelles que soient les idées *a priori*, les faits sont là, et ces faits prouvent péremptoirement que ces malades, tenus jusqu'ici soigneusement emmurés, sont capables de jouir de toute la liberté que nous indiquons. Quant aux résultats, au point de vue des guérisons et des améliorations, ils sont, d'après l'expérience acquise, jusqu'ici infiniment supérieurs à ceux obtenus par l'ancienne méthode de l'isolement.

Mais une objection est à prévoir. Tout cela est sans doute réalisable à l'étranger, ne manqueront pas de

s'écrier certains, reprenant à leur compte ce qu'avancait dernièrement M. Ch. Muteau à propos des alcooliques, ils observeront que ce qui peut se faire dans une nation peut très bien être impraticable chez sa voisine. Avec lui ils s'armeront de cette appréciation de Joseph Tissot : « On raisonne en général avec trop peu de scrupules logiques d'un peuple à un autre ; on ne tient pas assez compte des différences profondes de races, de mœurs, de religions, d'instruction, de climat. C'est à peine si l'on peut raisonner d'un peuple dans des temps et des circonstances déterminées à ce même peuple dans d'autres circonstances et d'autres temps. »

Le présent mémoire a précisément pour but de répondre à cette objection et de fournir la *preuve expérimentale* qu'elle n'a, dans le cas qui nous occupe, aucune valeur. En effet, depuis *huit ans*, j'expérimente avec un plein succès dans mon service de Ville-Evrard, partant en France et sur des Parisiens, le traitement des aliénés par toute la liberté que comporte leur état. Avant d'exposer ce que j'ai réalisé dans ce sens, je tiens à remercier la Préfecture de la Seine de la confiance qu'elle a bien voulu me témoigner et des facilités qu'elle m'a accordées de mener la tâche que je m'étais imposée ; je tiens surtout à remercier M. Le Roux, directeur des affaires départementales, ouvert à tous les progrès et désireux de perfectionner chaque jour davantage le service des aliénés, qui est peut-être la partie de sa multiple administration à laquelle il se dévoue le plus.

La réussite de la tentative que j'ai entreprise a d'autant plus de valeur que je l'ai conduite dans des conditions défectueuses de personnel et d'organisation. Je n'ai demandé pour cela aucune modification du cadre des serviteurs ; je me suis contenté du nombre habituel de ceux-ci dans les asiles fermés. Or nous verrons plus loin que la méthode nouvelle exige un personnel beaucoup plus nombreux. En outre, dans la Seine, je ne sais sous l'inspiration malheureuse de qui, contrairement à ce qui existe partout ailleurs, on a mis sur le même pied les chefs d'ateliers et le surveillant en chef. Assimilés à celui-ci d'après la formule administrative, ceux-là n'ont aucun ordre à recevoir de lui, *même en ce qui concerne les malades qui leur sont confiés et dont ils dis-*

posent sans qu'il ait le droit d'élever la voix; ils traitent avec lui de puissance à puissance et certains émettent même la prétention de lui interdire l'entrée des ateliers et des services généraux quand il n'est pas accompagné du médecin en chef. Ils s'étaient même arrogé le droit de renvoyer les aliénés du travail selon leur bon plaisir, et j'ai dû lutter pour exiger, en cas de renvoi, un bon contresigné de l'économie et du directeur; il est évident que pour ces messieurs l'idéal serait de n'avoir personne; ils couleraient ainsi un doux *farniente*. On comprend comment une telle organisation dont les inconvénients ont été longuement signalés déjà dans mon mémoire sur *Le régime intérieur des asiles de buveurs*, publié en décembre 1894 par la *Revue d'hygiène*, mémoire auquel je renvoie le lecteur désireux de plus amples détails, comment, dis-je, une telle organisation, en soustrayant au contrôle direct du surveillant en chef les aliénés envoyés au travail, rend plus difficile et plus délicate l'application de la méthode de liberté. Et cependant, malgré ces conditions défectueuses, l'excellence de cette méthode est telle que nous n'en avons retiré que des avantages.

Ma tâche d'ailleurs a été facilitée par la disposition même de l'asile de Ville-Evrard, *qui n'est pas clôturé et dont la porte d'entrée reste ouverte toute la journée*. La superficie du domaine étant de 285 hectares, on n'a pu songer à l'entourer d'un mur qui eût absorbé des sommes par trop considérables. Le concierge s'est par là trouvé placé à l'entrée du bâtiment d'administration et des quartiers. Les allées et venues incessantes, surtout à cause du pensionnat situé en face, ont nécessité l'*ouverture permanente de la porte* sous son contrôle. Il en résulte qu'une fois sortis des quartiers, qui eux, construits d'après l'ancien système, sont clos d'un mur en saut de loup et munis d'une serrure, les aliénés qui travaillent même au service intérieur ne sont pas emprisonnés; la surveillance du portier est la seule contrainte qu'ils subissent. Quant à ceux qui vont s'occuper à l'extérieur, dans les jardins et les champs, ils n'ont même pas cette contrainte : ils sont sous la dépendance exclusive des préposés aux divers travaux et des gardiens qui les accompagnent.

II

J'ai donc eu ainsi toutes commodités pour entreprendre l'expérience de la plus grande somme de liberté laissée aux aliénés. La première chose dont ait à se préoccuper le médecin dans ce cas est l'organisation du travail, afin d'avoir dehors, allant et venant librement, l'asile n'étant pas clôturé, la plus grande somme de malades. Son principal souci sera de décider à travailler tous ceux à qui leur état mental et leurs forces permettent de se livrer à une occupation quelconque. Pour arriver à ce résultat capital, voici quels sont à Ville-Evrard les principes que nous appliquons dans notre service.

Pour obtenir, dans un asile, que tous les sujets en état de travailler s'occupent, l'aliéniste doit exercer sur ses malades une action incessante, les exhorter au travail et en faire la condition *sine qua non* de la sortie. Qui n'a pas fourni la mesure de son activité et de ses aptitudes à gagner honorablement sa vie, sera considéré comme incapable de prendre part au *strugle for life*. Cette action, il ne se bornera pas à la mettre en œuvre dans les quartiers, il la continuera dans les ateliers et les services généraux, afin de se rendre compte par lui-même des efforts faits par les uns et les autres; aussi j'estime absolument indispensable *une visite médicale quotidienne* de ceux-ci et de ceux-là. Qu'on ne s'illusionne pas, l'idéal des préposés à la surveillance des divers travaux est d'avoir le plus petit nombre d'ouvriers; ne pas en avoir du tout réaliseraient leur rêve. Ils ne se fatigueront donc pas à encourager des gens dont la présence accroît et leur responsabilité et leurs fatigues. Au médecin il appartient de veiller à cela en se rendant chaque jour dans les services généraux et dans les ateliers, comme il va dans les quartiers et les infirmeries. C'est pourquoi aussi le droit de renvoyer du travail les malades, soit pour incapacité, soit pour indiscipline, soit pour menaces de danger, ne sera pas laissé à ces préposés qui en useraient pour établir largement le vide autour d'eux. Tout aliéné renvoyé du travail doit être l'objet d'une enquête et le médecin n'acceptera de le

garder au quartier, ainsi que je l'ai déjà signalé plus haut, que sur un bon signé de l'économie et contresigné du directeur, bon spécifiant les motifs du renvoi. Telle est à Ville-Evrard l'organisation que j'ai établie et qui fonctionne rigoureusement depuis mon arrivée ici.

Une autre précaution bien utile est de distinguer parmi les travailleurs ceux qui nécessitent une surveillance plus ou moins active de ceux qui peuvent sans inconvénients circuler en toute liberté. En effet, tel aliéné sera assez calme et assez inoffensif pour être occupé dans un atelier, qu'il serait imprudent de livrer à lui-même. Il y a donc deux catégories de travailleurs très distinctes ; j'ai pris à Ville-Evrard l'habitude de les distinguer par des *bons dits de circulation*. Le concierge et les employés ne sauraient connaître tous les malades ; ces bons ont la valeur d'un laissez-passer. Ils ont, en outre, l'avantage de développer une sorte d'émulation, chacun cherchant à se rendre digne d'en être muni, par vanité peut-être, mais surtout pour le plaisir d'aller et de venir sans contrainte. Les enlever à ceux qui ont fauté constitue un châtiment vivement ressenti.

Cette intervention incessante du médecin serait loin de suffire toujours à déterminer l'aliéné à travailler. Il y a plus à distribuer que des exhortations pour obtenir le maximum de travailleurs. Il faut que ceux-ci jouissent d'avantages et de priviléges dont sont privés ceux qui volontairement restent inoccupés. Tous ces détails ont une importance capitale, car le travail dans les asiles ouverts doit être la condition nécessaire de la liberté, quand le travail est à la portée du malade ; aussi rien de ce qui est susceptible de le développer ne saurait être négligé et c'est pour cela que j'insiste sur les divers petits moyens de l'obtenir. Ces divers petits moyens dont il me reste encore à parler comprennent le régime, le pécule, la liberté de circuler dans l'asile, les promenades et les congés.

Le régime d'abord. L'hygiène demande que la ration du travailleur soit plus forte que celle de l'oisif. En même temps qu'un encouragement au travail, le supplément de régime répond donc à une nécessité. Dans mon service nous laissons le choix au malade entre la viande, le lait, le café et le vin ; les alcooliques, n'ont eux, à leur

disposition que les trois premières rations supplémentaires. Ensuite le pécule. Tout travail mérite salaire, dit le proverbe, mais un salaire proportionné au travail effectué. Si tous nos aliénés travaillent avaient la même paye, ils n'apporteraient aucune ardeur à l'ouvrage; d'une manière générale, selon la quantité de besogne abattue, ils gagnent de dix à trente centimes par jour, exceptionnellement, pour certains travaux spéciaux et difficiles, quarante centimes.

Ici, deux points essentiels méritent l'attention. Le pécule gagné par le malade doit être à son entière disposition. C'est son bien, libre à lui d'en user comme il l'entend : le manger en tabac ou en friandises, l'envoyer à sa famille ou le thésauriser. Mais cela ne suffit pas. Il est indispensable, dès la première semaine, que le travailleur soit autorisé à opérer un prélèvement, quelque minime qu'il soit, sur l'argent gagné. Il est prescrit dans les asiles de mettre de côté les premières sommes pour constituer une *masse*, dont la quotité varie selon les établissements, de 5 à 10 francs, et, ce, afin que le malade, à sa sortie, ait une certaine avance. La mesure est bonne, mais elle a cet inconvénient d'imposer à l'aliéné un labeur de longue durée avant de jouir du fruit de son travail ; beaucoup alors se découragent et disent qu'ils refusent de peiner sans être payés. Avec l'autorisation de l'Administration, toujours empressée à être agréable aux malades, nous mettons, dès la première semaine, la moitié de l'argent gagné à la disposition du travailleur, l'autre moitié étant seule mise de côté pour former la masse. De cette façon, l'aliéné profite de suite de son labeur et acquiert la certitude d'un salaire.

Mais, plus encore que le régime et le pécule, la liberté que procure le travail, incite le malade à s'occuper d'abord et ensuite à se bien conduire, afin de l'obtenir aussi large que possible, et c'est là surtout le très grand avantage des asiles ouverts. De nos jours, tous les aliénistes de tous les pays le reconnaissent, il n'est pas de meilleur remède de la folie que l'occupation. Le moyen, donc, par lequel on arrivera à occuper le plus grand nombre d'aliénés sera sans conteste le meilleur ; or, l'appât de la liberté est le plus puissant de tous.

Joint aux promenades dans les environs avec les parents et aux congés dans la famille, de quelques jours à quelques semaines, sur lesquels nous aurons à revenir, il décide les plus récalcitrants à se mettre à l'œuvre. Par là, il devient le remède par excellence de l'aliénation. Qui sait s'en servir et le graduer obtiendra de ses malades tout ce qu'il voudra. Mais son action est d'autant plus puissante, qu'elle s'exerce tout de suite. Un autre point important est, en conséquence, d'avancer le plus possible la mise aux champs ou aux ateliers de l'aliéné. A moins de contre-indication pour cause d'agitation ou d'impulsions violentes, celui-ci doit être de suite occupé. Quand j'ai voulu organiser sur les bases que j'indique le travail dans mon service de Ville-Evrard, j'ai eu beaucoup à lutter contre les anciens aliénés qui s'étaient habitués à se laisser vivre dans l'oisiveté ; à la longue, j'ai réussi cependant à entraîner le plus grand nombre, surtout quand ils ont pu apprécier les avantages que j'accordais aux travailleurs ; pour sortir librement et villégiaturer, ils ont pris la bêche ou le marteau.

Aujourd'hui, par la pratique de l'envoi immédiat au travail, en faisant valoir le régime, le pécule avec libre disposition, les promenades aux environs et les congés, à quelques très rares exceptions près, tous les aliénés de mon service en état de s'occuper travaillent ; ma proportion de travailleurs n'est jamais inférieure à 50 p. 100 ; il arrive encore qu'elle dépasse 60 p. 100. Eh bien ! je n'ai eu jusqu'ici qu'un accident sans gravité à déplorer. Deux anciens malades qui, depuis plusieurs années, s'occupaient à la menuiserie, se prirent de querelle, et l'un ayant craché au visage de l'autre, celui-ci répondit à l'insulte par un violent coup sur la tête, du morceau de bois qu'il tenait à la main. Il en résulta une plaie assez longue du cuir chevelu, qui guérit en quelques jours. *Et c'est tout, en huit ans.* Le hasard m'a peut-être favorisé. Mais eussions-nous eu quelque accident grave, ainsi qu'il s'en produit de temps à autre dans les ateliers et les chantiers des asiles, que cela ne serait pas la condamnation du système. Renonce-t-on au gaz et aux chemins de fer, parce qu'on est exposé aux explosions et aux rencontres de trains ? On s'efforce de

réduire au minimum les risques et périls, afin que la somme des avantages l'emporte considérablement sur celle des inconvénients, car en ce monde toute médaille a son revers. Il n'en est pas autrement du travail des aliénés.

III

Après le travail en toute liberté, les relations des malades avec leurs familles constituent un des éléments principaux de la nouvelle organisation des asiles que nous préconisons ; il est celui peut-être qui rencontrera le plus de résistance, élevés que nous avons été dans la vieille tradition, que l'aliéné a tout avantage à rester longtemps séparé des siens. Il en a, au contraire, tout désavantage. Rompre les relations de famille, quoi qu'enseigne la vieille école, est entraver la guérison. Elle a confondu deux choses très différentes : l'une aussi utile que l'autre est nuisible, le changement de milieux et l'isolement ; celui-là indispensable presque toujours au prompt retour à la raison ; celui-ci nuisible dans tous les cas. Il importe à un haut degré que l'aliéné soit soustrait aux causes morales et physiques qui ont amené chez lui le développement de la folie ; les pages écrites sur ce sujet, par Pinel, Esquirol et nos maîtres, conservent encore et conserveront toujours, je crois, toute leur valeur. L'aliénation mentale est une infertune qui s'ignore, a-t-on dit ; en conséquence le malade qui ne se croit pas malade, qui souvent au contraire se figure ne s'être jamais mieux porté, refuse tout traitement et la famille n'a ni l'autorité, ni les moyens de l'imposer ; sa tendresse amène des faiblesses et des compromis préjudiciables ; sa sévérité est mal jugée et révolte. En outre, il est très fréquent que la folie pervertisse les sentiments affectifs, perversion qui s'alimente des mille petits riens de la vie commune. Elle développe aussi des appétences qui trouvent trop de facilités à se satisfaire pour qui vit dans le monde, appétences susceptibles d'entraîner à bref délai le déshonneur ou la ruine, parfois l'un et l'autre. Laisser l'aliéné continuer à vivre de la vie qui l'a rendu fou, c'est le condamner dans l'immense majorité des cas à l'incurabilité. Donc, un milieu autre que son milien habituel,

lui est nécessaire ; cela, à mon avis, n'est pas douteux. Mais de ce qu'un changement de résidence s'impose, il ne s'ensuit pas qu'il faille opérer le vide autour du malade et le plonger dans la solitude. S'il aime les siens, croit-on que le chagrin qu'il ressentira de leur absence prolongée soit bien profitable à sa guérison ? Au fond, toute folie est une tristesse, même la manie la plus échevelée. Le malade supposera ses parents morts ou emprisonnés, ou, ce qui est pis, se croira abandonné d'eux. Ce ne sont pas de tels sentiments qui calmeront son esprit ni son cœur. Si, au contraire, il les déteste, du fait de sa maladie, il sera confirmé dans sa haine et ses soupçons ; cela non plus ne saurait guère avoir d'effet efficace. Mais, objecte-t-on, les visites sont souvent une cause d'excitation et d'aggravation ; tel maniaque devenu calme ou tel lypémaniaque rendu à la gaieté, s'agit derechef ou retombe dans la dépression à la vue de sa famille. Et l'on ne s'aperçoit pas que ce n'est point la visite par elle-même, mais le long abandon dans lequel le malade a été laissé, qui est la cause véritable des perturbations constatées. La venue de ceux qu'on n'espérait plus revoir par suite de décès ou d'abandon définitif, prend les proportions d'un grand événement et, dès lors, perturbe au lieu de réjouir. Dans les divers services où j'ai vu appliquer avec rigueur le système de l'isolement absolu, j'ai toujours entendu les aliénés se plaindre amèrement de n'être pas visités, accuser d'indifférence leurs proches et souffrir vivement de ne recevoir ni les baisers, ni les consolations de ceux qui leur étaient chers. Dans ces conditions, l'annonce de l'arrivée d'un parent, forcément les jetait dans une grande émotion, qui ne se serait pas produite si on n'avait pas eu la fâcheuse idée de rompre, durant un temps assez long, les relations de famille. La vérité est que, quand les visites suivent de près le placement et se renouvellent, elles ne sont jamais nuisibles.

Elles sont, au contraire, très utiles. Il importe à un haut degré que l'aliéné n'ait aucun motif de penser qu'on se soit débarrassé de lui, qu'il est devenu un objet de répulsion et de honte ; il importe également qu'il n'ait pas lieu de se croire un prisonnier, un être mis à l'écart du reste de l'humanité. L'isolement con-

firme le lypémaniaque dans ses idées de culpabilité et de déshonneur, exalte la colère du maniaque, fournit un aliment aux conceptions délirantes du persécuté, prouve au mégalomane qu'il est un hant personnage dont on avait intérêt à se défaire, décourage l'épileptique et attriste le paralytique, dont la sensibilité affective est la dernière des facultés perdues. Tous les aliénistes ne savent-ils pas d'ailleurs que, pour beaucoup de malades, le séjour de l'asile au bout d'un certain temps est fatal, et que le seul moyen de sauver l'intelligence est, dans ces cas, d'anticiper la sortie ? En est-il un seul qui mette en doute l'efficacité du travail dans les champs, en plein air ? Or, tout cela ne milite-t-il pas contre l'isolement ?

Il est, je le reconnais, deux catégories d'aliénés pour lesquelles le doute est peut-être permis. En premier lieu, ceux qui refusent de recevoir leurs parents ou ne les accueillent que pour les agoniser de sottises ; en second lieu, ceux que chaque visite excite ou déprime. Cependant, je dirai que l'expérience m'a convaincu que, non seulement il n'y avait là aucune contre-indication, mais que, tout au moins pour la première catégorie, il y avait au contraire indication formelle. Même en cas de refus de l'aliéné de recevoir les siens, ceux-ci doivent se présenter de temps à autre, au risque de subir les injures du malade ; c'est encore le meilleur moyen de le ramener petit à petit à de meilleurs sentiments. J'ai assisté, à cet égard, à de véritables transformations dues à l'insistance mise par les familles, sur mes conseils, à venir voir ceux qui les repoussaient. Quant aux aliénés, assez rares d'ailleurs, dont l'état est régulièrement suivi d'une exacerbation à la suite des entrevues avec les parents ou les amis, on distinguerà, parmi eux, ceux par lesquels ces visites ne sont pas ardemment désirées, et ceux au contraire qui les attendent avec une vive impatience. Nul inconvénient, sinon de les supprimer complètement, du moins de les espacer quand il s'agit des premiers ; pour les seconds, mieux vaut mille fois risquer une aggravation qui toujours est passagère que de les priver du plaisir qu'ils désirent, car alors l'aggravation déterminée par cette privation est autrement intense et surtout autrement persistante. J'irai même jusqu'à avancer que cette stimulation tout affective est plus nuisible

en apparence qu'en réalité, et que, souvent encore, elle modifie plutôt avantageusement l'évolution de l'affection. Quoi qu'il en soit de deux maux, le choix revient au moindre; or, il n'est pas douteux pour moi que le moindre, dans ce cas, est celui que j'indique.

En conséquence, dans mon service de Ville-Evrard, j'accorde pour les visites la liberté la plus absolue. Si j'interviens, ce n'est pas pour les interdire, mais pour inviter les parents à venir le plus tôt possible et à ne pas trop tarder à revenir. Je laisse voir tout le monde, même les furieux. Malheureusement, dans nos asiles actuels, rien n'a été prévu pour ce service. Partout, on n'a construit que de vastes parloirs centraux, comme s'il était bien rationnel d'y conduire en même temps que les aliénés tranquilles, propres et inoffensifs, les agités, les gâteux et les dangereux. Ces trois dernières catégories doivent être visitées dans leurs quartiers qu'en conséquence on munira d'une salle de réception qui sera comme le salon de l'habitation. A défaut de cette pièce, je fais visiter ces malades dans le réfectoire, et à la section des agités, j'ai obtenu l'ouverture d'une porte permettant aux familles d'y accéder directement de l'extérieur, sans avoir à passer par la cour intérieure; et tous mes malades s'en trouvent très bien, non seulement au cours de leur mal, mais encore après leur guérison. Ils sont heureux de n'avoir pas été abandonnés des leurs, ils sont profondément reconnaissants aux personnes qui n'ont tenu compte ni de leurs injures ni de leurs violences. En ai-je entendu autrefois de ces récriminations d'aliénés, même guéris, contre l'abandon dans lequel on les avait laissés! En vain, le médecin s'efforçait de les convaincre que c'est lui qui interdisait les visites ardemment souhaitées par la famille; beaucoup n'étaient pas convaincus et gardaient au fond du cœur une amer-tume.

Mais ma tolérance va plus loin encore, je ne me borne pas à ouvrir grandes les portes de mon service aux visiteurs, je tolère l'importation des fruits et des gâteaux, je permets les collations. Où est le mal? et, en vérité, je ne comprends guère les protestations que soulève un peu partout cette mesure libérale. Par elle, dit-on, l'alcool s'introduira dans la maison. C'est à vous d'y veiller,

répondrai-je. Certes, je ne cache pas que le système des portes ouvertes nécessite une surveillance plus active, je déclare même qu'il exige un personnel plus nombreux ; mais une surveillance efficace à cet égard est possible, et du moment qu'elle est possible, on est en droit de l'obtenir. En fait de boissons alcooliques, qu'on ne tolère que de l'eau rongie et de la petite bière, les familles se conformeront à cet ordre dès qu'elles auront acquis la conviction qu'on monte bonne garde. Evidemment, tout cela complique le service et le rend plus difficile, et il n'est pas douteux que l'asile-prison avec l'isolement rigoureux simplifie tout; cependant, ne devons-nous pas d'abord, même au prix d'un peu de notre repos, rechercher le bien-être du malade et ce qui est susceptible de lui procurer un brin de joie et de soulagement ? Or, ces collations en famille l'égayent et le soulagent. On a soulevé contre elles une objection plus sérieuse, d'ordre hygiénique. On les a accusées de surcharger l'estomac des malades, d'occasionner parfois des indigestions, surtout chez les paralytiques et les déments gloutons, que les parents ne savent pas toujours rationner. Cela est exact; mais nous sommes toujours en présence du même argument : pour un accident susceptible d'être évité par des précautions appropriées, vouloir la suppression d'une chose qui, par ailleurs, offre de grands avantages. A raisonner ainsi, on arriverait à tout interdire en ce monde. Dans mon service, les gardiens veillent aux rations les jours de parloir ; d'ailleurs, les parents sont les premiers à avertir les surveillants de leur intention de collationner à tel ou tel moment. Une expérience de huit ans, dans un grand service de sept cents sujets, me permet d'affirmer qu'avec une bonne surveillance et certaines précautions, les collations en famille, très agréables aux malades, n'offrent aucun inconvénient.

Une autre coutume dont je suis, par contre, l'adversaire déclaré, est celle des parloirs à jours et à heures fixes comme dans les prisons ; d'ordinaire, ils ont lieu le jeudi et le dimanche, de midi à trois heures ; dans beaucoup d'asiles, exclusivement le dimanche, d'une heure à trois. Quelques médecins sont, sur ce point, absolument intraitables et refusent sans pitié de laisser voir leurs

malades, à moins d'une maladie incidente compromettant la vie, en dehors des jours et heures réglementaires. Elle naquit, cette coutume, sous l'influence de l'idée fausse, que tout était à régler quasi militairement pour obtenir la guérison ; que le moindre imprévu était à éviter, de peur d'ébranler l'esprit, comme on épargne tout choc à un membre fracturé. Ceux qui défendent encore, et ils sont en nombre, cette mesure erronée, invoquent le désordre qui résulte pour le service en dehors d'elle, les entraves qu'apportent les visites à jour indéterminé par l'obligation qu'elles entraînent de détacher des serviteurs à la recherche des malades et à leur surveillance.

Il y a là une grosse exagération. Et d'abord, aux infirmeries, les aliénés sont alités ; le garçon de salle n'a pas à se déranger pour exercer sa surveillance, si elle est nécessaire ; aux gâteux et aux inoffensifs, il n'y a aucun danger à confier les malades à leurs parents. Aux dangereux et aux agités seuls, la visite est à surveiller, et encore les aliénés, à cause de leur état mental, ne quittant jamais leurs quartiers, on n'a pas à aller les chercher, on les a sous la main. Dans ces sections, c'est le réfectoire qui sert de parloir : le gardien peut très bien, tout en ayant l'œil sur le sujet, vaquer à certaines occupations. Néanmoins, je le reconnaiss, dans ces deux divisions, le service se trouve par là un peu compliqué ; mais, encore une fois, je ne cache pas que le fonctionnement de l'asile ouvert nécessite un personnel plus nombreux ; je suis parvenu toutefois, même avec le personnel restreint dont nous disposons, à accorder la liberté la plus large pour les visites. Dans mon service, tous les jours, d'une heure à quatre, les familles sont admises près des malades, dans toutes les sections. L'idéal n'est-il pas de supprimer tout ce qui sent la contrainte et rappelle l'emprisonnement ? Avec la nouvelle méthode de traitement que nous préconisons, l'aliéné cesse d'être un prisonnier et un isolé, pour devenir un malade libre en villégiature, libre dans toute la mesure que comporte son état mental. Dès lors, qu'il ne soit pas astreint à recevoir les siens à jours et à heures fixes. Et puis, nombreuses sont les personnes qui ne sauraient se conformer à ces jours et à ces heures sans nuire gravement à leurs intérêts.

Telle mère de famille, restée seule au dehors avec plusieurs enfants, gagne précisément le dimanche le pain de la semaine ; telle autre en service est obligée d'accepter le jour que ses maîtres veulent bien lui accorder ; celle-ci est contrainte de saisir l'ouvrage quand il se présente et n'a, pour visiter son parent, que les jours de chômage qui, eux, ne sont pas réglementés. Que sais-je encore ? Ne serait-il pas cruel d'imposer une telle obligation à tous ces infortunés ? C'est les placer dans la nécessité, ou d'abandonner leurs malades, ou de ne pas gagner leur vie.

Donc, liberté absolue de visites, quel que soit le malade et quel que soit le jour, voilà le principe vrai. Avec le chiffre peu élevé de serviteurs dont je dispose, je n'ai rencontré d'obstacle dans son application que pour les travailleurs des champs, dispersés au loin dans la campagne, tantôt sur un point et tantôt sur un autre. Pour aller les trouver et les ramener, il en résultait une grande perte de temps, dont souffrait le service, par suite de l'absence du gardien chargé de cette mission. Il m'a suffi de prier les parents dont les malades étaient dans ces conditions de les avertir, eux ou nous, par une lettre de leur venue, afin de nous éviter, autant que possible, ces dérangements, car alors les aliénés restent ce jour-là au quartier pour les attendre. Tous se sont empressés de nous satisfaire et, seulement à titre exceptionnel, nous sommes dérangés de ce chef. Cette liberté de visites entraîne pour le médecin l'obligation de n'être pas non plus trop strict sur ses jours et ses heures de réception et de recevoir toujours les parents quand il est là. Qu'il ait des jours et des heures fixes, afin qu'on soit certain de le rencontrer, cela est indispensable ; mais en outre, à Ville-Evrard, je reçois tous les jours, tant le matin après la visite que dans le courant de l'après-midi. Au point de vue scientifique, j'y trouve des avantages énormes ; on a ainsi tout le loisir de causer avec les familles et de se renseigner à fond sur elles et leurs malades, chose impossible les jours de parloir où parfois cinquante personnes attendent leur tour. Il s'établit par là, au bout de très peu de temps, des relations empreintes d'une grande cordialité entre les parents et le médecin, auquel on arrive à ne rien cacher.

Comme corollaire de la liberté de visites, vient la liberté d'écrire. Nos services sont remplis de scribomanes ; je frémis en pensant à leurs souffrances dans les asiles où leur passion n'est satisfaite que le dimanche durant quelques heures. Les malheureux ! ils doivent aspirer durant toute la semaine après cet heureux moment, comme l'assoiffé dans le désert après la goutte d'eau. La scribomanie rentre dans la catégorie de ce que Ball appelait les prurits cérébraux ; c'est, en effet, une véritable démangeaison, j'en sais, hélas ! quelque chose. Or la première des libertés, dit Méphisto dans sa chanson, est celle de se gratter. Priver le scribomane d'écrire est le jeter dans une angoisse terrible et aggraver singulièrement son mal ; il souffre plus de cette privation qu'il ne souffrirait de la douche renforcée, de la cellule continue, des bains prolongés et de la camisole de force. Avoir un jour fixe par semaine pour écrire ne saurait s'expliquer que par une ignorance absolue du besoin impérieux qui tourmente ces malades ; il serait difficile de leur appliquer une hygiène aussi contraire à leur état, hygiène aussi contraire que celle employée, même encore aujourd'hui, par certains aliénistes vis-à-vis des maniaques tourmentés du besoin de se mouvoir et qui consiste à entraver la satisfaction de ce besoin par la cellule ou la camisole. A celui-là il importe, pour l'apaiser, de lui laisser toutes facilités d'écrire, comme à celui-ci toutes facilités de s'agiter ; au premier qu'on fournit abondamment papier et crayon, comme au second l'espace et la liberté des mouvements.

Les médecins qui privent d'écrire leurs malades en proie à ce désir, sous prétexte de bon ordre et de discipline, vont donc à l'encontre du but qu'ils poursuivent. Ils exaspèrent ces infortunés, les poussent à l'insubordination et au désordre. La meilleure manière, au contraire, d'obtenir qu'ils ne troublent pas ce bon ordre et cette discipline, est de leur permettre de se contenter largement. N'est-ce pas, en effet, évident que l'aliéné occupé à écrire, fût-il le malade le plus dangereux et le plus turbulent, devient, tant que dure cette occupation, inoffensif et calme ? Bien loin donc de gêner cette passion, un aliéniste avisé cherchera à la développer. C'est là un moyen de fournir une espèce de travail aux aliénés

violents ou agités qu'on ne peut utiliser parce qu'il serait imprudent de leur mettre mettre aux mains des instruments. Ecrire et dessiner, voilà en conséquence les occupations à leur fournir, afin d'employer à des choses non nuisibles toute leur activité surexcitée, qu'ils emploieront à d'autres, très nuisibles pour eux et leur entourage, s'ils sont condamnés à rester toute la journée oisifs dans leurs sections. Aussi, dans mon service à Ville-Evrard, tout le monde écrit et dessine librement; mais c'est surtout aux dangereux et aux agités que, sous mon impulsion, se consomme le plus de papier et de crayons. Ce que l'on me remet dans la matinée, dans ces deux sections, de lettres et de messages, de dessins et de barbouillages, remplit toutes mes poches. Les tranquilles et les inoffensifs qui vont aux champs, aux ateliers et aux travaux extérieurs, bien que libres comme les autres de le faire, écrivent beaucoup moins, car ils sont occupés. Je ne saurais donc trop recommander ce système qui, pour les deux catégories de malades sans travail, procure, en les occupant, le calme et la sécurité, tout en constituant une excellente hygiène.

Quels inconvénients, en effet, y a-t-il à laisser écrire les aliénés en toute liberté? La dépense? Sans doute il se consomme dans mon service énormément de papier et de crayons, de plumes et d'encre; mais aujourd'hui on a ces fournitures à des prix dérisoires, surtout celles de qualité très ordinaire qui suffisent à satisfaire nos malades. Cela revient encore meilleur marché que de leur administrer, pour les calmer, des drogues dont l'effet n'est pas toujours aussi sûr et dont l'action physiologique est loin d'être toujours inoffensive. L'envoi en cachette de lettres aux autorités, aux journalistes et aux hommes politiques? Eh bien, après? D'abord aux autorités, la loi oblige le médecin à les expédier, quel que soit leur contenu, qu'il n'a le droit ni de modifier ni de faire modifier. Que nous importent les autres lettres expédiées? En ce qui me concerne, depuis huit ans elles ne m'ont jamais occasionné aucun ennui et j'ajoute qu'elles ne sauraient en occasionner, car chacun de nous, j'en suis certain, n'a rien à cacher.

IV

Une autre mesure, hygiénique celle-là au premier chef, que comporte la nouvelle méthode de liberté, est la faculté laissée aux familles, quand elles visitent leurs malades, de villégiaturent avec eux dans les environs. Ces promenades extérieures sont très utiles par elles-mêmes à l'esprit et au corps et, indirectement, aident grandement à obtenir le travail, ce puissant remède de la folie, le plus puissant peut-être de tous avec l'hydrothérapie. Elles constituent une distraction agréable surtout pour les aliénés de Paris, l'usage des Parisiens étant, l'été surtout, d'aller chaque dimanche faire en famille une partie de campagne dans les environs de la capitale. Par là, les malades continuent leur vie ordinaire et rien n'est changé à une habitude qui leur est chère. Il n'est pas contestable que ces villégiatures, par l'agrément qu'elles procurent, n'aient une influence salutaire sur l'évolution de la maladie mentale. En outre, elles sont très utiles à la santé du corps, l'hygiène des longues promenades à pied dans les champs est trop connue pour qu'il soit nécessaire de beaucoup insister sur ce point. Enfin ces sorties, étant autorisées comme récompense du travail et de la bonne conduite, bien plus que ne réussissaient jadis les douches, les camisoles, les cellules et les bains prolongés, maintiennent le bon ordre et assurent la discipline, en même temps qu'elles décident à travailler nombre de sujets qui, sans elles, resteraient oisifs, compromettant ainsi grandement leur guérison.

Les familles, dans mon service, ont toute liberté de venir prendre les aliénés tranquilles et inoffensifs s'ils sont surveillés, c'est-à-dire 60 p. 100 environ, quand bon leur semble, du lever au coucher. Beaucoup, dont les ressources modestes ne leur permettent pas de manger au dehors, se contentent d'user de cette liberté dans l'après-midi, après le déjeuner jusqu'au dîner; un grand nombre prennent soit un, soit les deux repas avec leurs malades sur l'herbe ou à l'auberge. Nous leur laissons la latitude d'aller où ils désirent, nous exigeons seulement que l'aliéné soit reconduit par ceux ou celui qui l'ont demandé jusqu'à son quartier. Pour éviter les retards, la

permission de promenade est permanente jusqu'à ce que, pour une cause ou pour une autre, ordre ait été donné au surveillant en chef et au chef de quartier d'y surseoir ; de cette façon, les parents n'ont pas besoin de recourir chaque fois au médecin qui peut être occupé ou absent. On le voit, c'est la méthode de liberté poussée jusqu'à ses dernières limites. Eh bien ! elle est complètement inoffensive, en même temps que très salutaire aux malades, et je parle ainsi au nom d'une expérience de huit ans ; la question me paraît donc absolument jugée.

Quand j'ai entrepris, dans mon service, en 1888, presque immédiatement après mon arrivée à Ville-Evrard, l'essai de la nouvelle méthode d'hospitalisation de la folie, j'avais à me préoccuper de deux choses : des craintes des habitants des villages voisins de l'asile et des accidents qui pouvaient se produire malgré les précautions prises pour n'accorder qu'à bon escient les permissions permanentes de promenades. Les premières furent très vives, surtout lorsque j'eus organisé une grande section de plus de cent épileptiques aliénés. Je m'y attendais ; les gens habitués à considérer les fous comme des êtres dangereux que, de l'avis général des médecins eux-mêmes, on doit laisser séquestrés dans des asiles bien murés et bien fermés, ne pouvaient ne pas s'effrayer à les rencontrer se promenant en toute liberté aux bras de leurs parents, non seulement sur les routes, mais encore dans les rues des villages. J'ai, en conséquence, procédé progressivement et par gradation. Aujourd'hui, toutes les appréhensions, je crois, sont dissipées. Il n'est pas de jour où je n'aie un certain nombre de malades en villégiature avec leurs familles dans les environs et, les dimanches, surtout l'été, ils sont légion ; les parloirs de l'asile sont d'ordinaire vides quand le temps est beau, même l'hiver ; tout le monde est dehors dans le pays environnant.

Une fois les premières inquiétudes apaisées par la constatation de l'innocuité de la mesure jugée *a priori* si périlleuse, les gens n'ont pas tardé à se rendre compte qu'elle était tout à leur avantage ; elle constituait une ressource. Cette grande facilité de visites et de promenades attirait, en effet, un nombre considérable de visiteurs qui, se rendant dans les restaurants et les débits

avec leurs malades, dépensaient et, partant, rapportaient. D'ailleurs j'eus heureusement la chance que tout a marché à souhait, au point que si j'avais écrit cet article il y a un mois, j'aurais dit qu'en huit ans pas un fait regrettable ne s'était produit. Tout dernièrement un épileptique qui sortait régulièrement au moins une fois par semaine, depuis trois ans, sous la surveillance de sa vieille mère, et dont la conduite n'avait encore donné lieu à aucun reproche, laissé seul quelques minutes, a exhibé, sur la route, sa verge en érection et a été aperçue, se masturbant, par quelques personnes qui passaient à ce moment. Certainement, cet incident est très regrettable; peut-être, si, au lieu de se produire après huit ans, il avait eu lieu dès le début de l'expérience que nous entreprenions, il nous aurait créé de sérieuses difficultés; il ne nous en a suscité aucune. Mais quelque regrettable qu'il soit, peut-il contrebalancer les immenses avantages que les aliénés ont retirés durant huit ans de la liberté qui leur était accordée? Autant vaudrait dire qu'il faut interdire le travail dans les asiles parce que, à de rares intervalles, un malade est blessé ou même tué par un camarade dans les ateliers ou dans les champs. Les rencontres de trains et les explosions n'empêchent de se servir ni des chemins de fer ni du gaz, avons-nous remarqué plus haut, à propos de l'organisation de celui-ci. On prend seulement de minutieuses précautions pour les rendre aussi rares que possible. Ainsi il doit en être de la liberté accordée aux aliénés. Au médecin, il appartient de la doser. Sa responsabilité croît, je n'en disconviens pas, avec la méthode nouvelle, et dans de grandes proportions; mais il n'est pas homme à reculer pour cela quand l'intérêt de ses malades est en jeu, sa devise étant: « Fais ce que dois. » Si un malheur se produit que rien ne permettait de prévoir, les imbéciles, les méchants et les envieux s'en armeront sans doute contre lui, il n'en continuera pas moins à suivre la voie qu'il s'est tracée.

A côté des promenades dans les environs, se placent les sorties provisoires et les congés. Sur les sorties provisoires, tous les aliénistes sont d'accord; leur utilité n'est pas contestée. Il arrive un moment pour beaucoup d'aliénés où l'asile a produit tout son effet; il devient

alors nécessaire d'envoyer le malade dans sa famille pour s'assurer si la guérison, dans ce milieu, ne s'achèvera pas plus facilement; pour d'autres, il est prudent, avant d'accorder l'exeat, d'apprecier leur conduite au dehors. Dans l'un et l'autre cas, la sortie provisoire a l'avantage, si l'essai ne réussit pas, de permettre la réintégration de l'aliéné sans être obligé de recommencer les formalités légales de l'admission. Grâce aux efforts d'Achille Foville, elle a été inscrite dans la nouvelle loi votée par le Sénat.

Les congés de quelques jours à une ou deux semaines, au cours du traitement, comme distraction, ne sont pas aussi universellement approuvés. De toute évidence, les partisans de la nécessité de l'isolement absolu, pour lesquels une simple visite est une chose grave, ne sauraient y souscrire. Pourtant mes malades s'en trouvent très bien.

Tout d'abord, c'est encore là un excellent moyen d'obtenir d'eux le travail et la docilité à suivre le traitement. Ensuite, ces congés constituent par eux-mêmes un moyen curatif par le plaisir qu'ils procurent et la diversion qu'ils créent à la monotonie de l'existence dans l'asile, surtout construit tel qu'il l'a été jusqu'ici. L'ennui est à éviter à l'aliéné; or, il naît, comme on sait, de l'uniformité; ces congés, comme les villégiatures dont nous venons de parler, permettent la variété. Pour ma part, j'en use largement; j'ai constamment un certain nombre de mes pensionnaires chez eux, tantôt les uns, tantôt les autres; mais, à certaines époques de l'année, aux fêtes principales, au Jour de l'an, au 14 Juillet ils sont toujours une centaine qui s'envolent de l'asile pour huit ou quinze jours. Je n'ai jamais eu de ce côté d'ennui qui vaille la peine d'être relevé; c'est même à croire que plus on accorde de liberté aux aliénés, moins ils vous suscitent de tracas. Et puis, cette mesure des congés n'est pas seulement thérapeutique, elle est encore fort économique; cent malades absents pendant quinze jours et dont la pension est payée fournissent un joli bénéfice. J'appelle sur ce point l'attention de mes collègues de province qui sont directeurs, en souhaitant qu'à défaut d'autre, cette considération les décide à ne pas dédaigner la méthode de liberté.

V

Mais liberté ne signifie pas impunité ni indiscipline. La méthode nouvelle n'exclut en aucune façon le bon ordre. Tout au contraire ; l'absence de tout mur extérieur et intérieur, le développement considérable du travail, les portes et les fenêtres ouvertes, les visites à volonté des familles, les collations et les villégiatures, la possibilité d'écrire à toute heure, les congés et les sorties provisoires, tout cela est parfaitement conciliable avec l'exactitude dans le service et l'observance au règlement, comme au dehors dans les magasins, les industries et les ateliers. Quiconque tend à transformer cette liberté en licence doit être immédiatement réprimandé. Mais de quelle façon ?

Aucun des moyens employés par l'ancienne méthode de l'isolement pour maintenir la discipline n'est à conserver. La douche de punition, verticale et horizontale, constituée par un jet d'eau qui, sous une forte pression, flagelle la face du patient dont le corps est emprisonné dans une baignoire à couvercle, est un expédient barbare que personne, j'aime à croire, n'emploie plus aujourd'hui : l'excuse de ceux qui l'utilisèrent jadis fut de croire à son efficacité thérapeutique, tel Leuret qui en fit la base de son traitement moral. Les bains prolongés, très utiles pour calmer l'excitation maniaque, de quelque nature qu'elle soit, vésanique, paralytique, épileptique ou toxique, prescrite à des malades déprimés ou même simplement calmes, en expiation d'une faute, sont dangereux tant au point de vue psychique qu'au point de vue physique. La camisole qui emprisonne les membres et paralyse les mouvements constitue un supplice insupportable et, quant à la cellule, je rappellerai ce que pensait d'elle Renaudin : « Elle est, a écrit le savant aliéniste, une cause permanente d'excitation ; elle exagère les conséquences de l'état hallucinatoire ; elle favorise le développement des conceptions délirantes les plus tenaces ; elle est nuisible sous le rapport hygiénique ; elle étiote la constitution ; elle pervertit le jeu des fonctions ; elle produit une sorte de crétinisme ; elle

engendre enfin un marasme souvent mortel ! » En vérité, c'est à donner le frisson.

Alors quoi ? La méthode que nous préconisons a ceci d'excellent en plus des avantages que nous avons tâché d'établir, qu'elle fournit le meilleur moyen de maintenir l'ordre et la discipline ; pour punir le fantif et proportionner la punition à la faute, il suffira de priver le coupable durant un temps plus ou moins long d'une ou de plusieurs de libertés qui lui étaient accordées. Bien plus que la crainte de la douche, des bains prolongés, de la cellule et de la camisole, la perspective de ne plus aller en villégiature, de ne plus pouvoir circuler en toute fantaisie, d'être privé de congé au Jour de l'an ou au 14 Juillet, et surtout de quitter la section aux portes ouvertes pour la section aux portes fermées, rend sage et obéissant.

Et qu'on n'aille pas croire qu'il soit nécessaire de sévir souvent. L'expérience que je poursuis depuis huit ans m'a prouvé que, plus la liberté est grande, moins les aliénés sont tentés de fauter. La vieille histoire du fruit défendu sera éternellement vraie ; elle a commencé avec le premier homme, elle finira avec le dernier. C'est ainsi que les évasions sont bien plus fréquentes dans les services intérieurs que dans la campagne ; qu'elles ont beaucoup augmenté au champ d'épuoration où travaillent les épileptiques, depuis qu'on a placé autour une haie vive pour cacher leurs attaques aux passants. D'ailleurs, les malades mettent une sorte de point d'honneur à se montrer dignes de la confiance qu'on leur accorde. A cet égard, ils exercent même un contrôle les uns sur les autres et si on ne les arrêtait pas, ils se chargerait de corriger eux-mêmes celui qui a abusé de la liberté qu'on lui a accordée. Sans doute intervient là un sentiment égoïste, la crainte que si des abus se produisaient, la méthode nouvelle ne soit abandonnée et l'isolement absolu remis en honneur ; mais ce sentiment n'est pas le seul.

L'unique inconvénient que j'ai constaté jusqu'ici, auquel il serait facile de remédier avec un personnel plus nombreux, mieux choisi et plus tenu, est la boisson, prise, il est vrai, à dose modérée afin de n'être pas découvert, mais enfin prise, ce qui est toujours regrettable,

dans deux débits ouverts exprès à proximité et à l'usage des malades par des gens sans scrupules. Dans les asiles de la Seine, la proportion des gardiens est pour les malades non agités et non violents, pour ceux par conséquent auxquels la nouvelle méthode est applicable dans toute sa largeur, d'un pour vingt. C'est absolument insuffisant, un pour douze serait le minimum. Le Conseil général, l'an dernier, a bien voulu voter pour les alcooliques ce supplément de serviteurs, ce qui m'a permis de les envoyer sous bonne garde et sans danger s'occuper dans les champs. Il serait à désirer qu'il en fût de même pour les autres. En attendant, le remède auquel j'ai recours et qui a fourni d'excellents résultats depuis qu'il est appliqué avec une inflexible rigueur, est de maintenir au quartier et de soumettre au régime abstinent, thé et gentiane en remplacement du vin, tout malade coupable d'avoir profité de la liberté qui lui est laissée pour boire en cachette quoi que ce soit. Mais comme les délinquants ont soin de ne pas se trahir par un état d'ébriété, il est indispensable de posséder un personnel de surveillance incapable de jouer le rôle de complice. De là, la nécessité, avec la méthode nouvelle, d'avoir des gardiens exemplaires et qui soient sévèrement tenus. Il est vrai de dire que plus grande est la liberté laissée aux malades, plus rigoureuse doit être la discipline imposée aux serviteurs, puisque ce sont eux qui ont charge de remplacer les murs renversés et l'isolement abandonné.

Ainsi depuis huit ans, dans mon service de Ville-Evrard, partant en France et sur des Parisiens, la nouvelle méthode d'hospitalisation de la folie, par toute la liberté que comporte l'état mental du malade, est appliquée en grand, et le peu de bruit qu'a mené cette expérience durant ce long laps de temps, l'ignorance dans laquelle est restée d'elle le public, en dehors des habitants avoisinant l'asile, est la meilleure preuve à fournir que les centaines d'aliénés qui ont circulé dans le pays, je pourrais même dire les milliers, puisque de 1888 à aujourd'hui, j'ai soigné 4,648 malades, n'ont occasionné ni désordre, ni malheur, ni scandale. Donc, la méthode est applicable chez nous et il n'y a pas à invoquer contre elle la différence des pays, des habitudes et des mœurs. C'est là, à mon avis, un résultat considérable et,

comme je l'annonçais au commencement de ce mémoire, c'est pour le signaler que je l'écris.

Le fait important de la possibilité de traiter, en France, la folie par la méthode de liberté étant dûment établi, il nous reste à nous demander quels résultats nous en avons retirés? Incontestablement, une guérison plus nombreuse, plus rapide et plus durable des cas curables, une plus grande amélioration des cas chroniques, une survie plus prolongée des cas mortels, une diminution marquée de la mortalité en général. Tant au point de vue hygiénique qu'au point de vue thérapeutique, la nouvelle hospitalisation est donc beaucoup plus efficace que l'ancienne. Mais n'en serait-il pas ainsi, les résultats fussent-ils les mêmes, qu'il faudrait encore l'adopter, car sans conteste, elle est mille fois plus humanitaire et mille fois plus agréable pour le malade et sa famille. La meilleure preuve d'ailleurs à fournir de sa plus grande efficacité est l'appréciation des parents dont les malades par récidive avaient été hospitalisés selon l'une et l'autre méthode. En général, la rechute est toujours plus grave et plus longue à guérir que la première atteinte; eh bien! dans l'immense majorité des cas, sous l'influence des visites à volonté et surtout des villégiatures dans les environs, la guérison s'est obtenue plus rapidement que la première fois, au point que les familles elles-mêmes étaient frappées des avantages que le malade retirait, tant de la liberté dont il jouissait que de ses longues promenades dans la campagne.

Arrivé au terme de ce travail où, dans la mesure de mes faibles forces, j'ai combattu pour une conviction lentement acquise sous l'influence des faits dont j'étais témoin et qui condamnaient les principes qu'on m'avait enseignés, je forme le vœu que des voix plus autorisées que la mienne crient bien fort au Conseil général de la Seine que, partout, l'asile-caserne se meurt et qu'il serait peu digne de la France que Paris le ressuscite! Elles seraient peut-être entendues.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 28 OCTOBRE 1895

Présidence de M. MOREAU (de Tours).

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

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° La lettre suivante adressée par le bureau de l'Association médico-psychologique de Grande-Bretagne et d'Irlande, à l'occasion de la mort de M. Calmeil :

11, Chandos street, Cavendish square, London, W.
30 juin 1895.

Le bureau de l'Association médico-psychologique de Grande-Bretagne et d'Irlande tient à exprimer aux membres de la Société médico-psychologique de Paris, le regret profond que lui cause la perte faite par la science en la personne de Louis-Florentin Calmeil. Les travaux du Dr Calmeil comme pionnier dans l'étude de la paralysie générale des aliénés, suffiraient seuls à le classer parmi les illustrations de la médecine française en ce siècle. Peut-être moins brillante, mais pas moins utile, est l'œuvre à laquelle il a consacré la plus grande partie de sa longue et laborieuse existence, le traitement des aliénés et l'amélioration de leur sort, marchant dignement sur les traces de ses illustres prédécesseurs et maîtres Esquirol et Pinel.

L'Association médico-psychologique de Grande-Bretagne et d'Irlande s'honneure d'avoir compté Calmeil parmi ses membres, et son bureau adresse à la Société

médico-psychologique de Paris toutes ses condoléances pour la perte d'un collègue aussi éminent.

CONOLLY NORMAN, *président*;
FLETCHER BEACH, *secrétaire général*.

M. le Secrétaire général est chargé d'adresser les remerciements de la Société à l'Association médico-psychologique de la Grande-Bretagne et de l'Irlande.

2^e Une lettre de M. le Dr James G. Kiernan, de Chicago, sollicitant le titre de membre associé étranger. — Commission, MM. Meuriot, Roussel et René Semeaigne, rapporteur;

3^e Une lettre de M. le Dr Tissié, de Bordeaux, sollicitant le titre de membre correspondant. — Commission, MM. Joffroy, Ritti et Roubinovitch, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1^e Une brochure de M. Hannion, intitulée : *Pseudo-hallucinations dans la paralysie générale*;

2^e Deux brochures de M. Durand (de Gros), intitulées : *Sensations hypnotiques criminelles et Questions anthropologiques et zoologiques*;

3^e Un travail de M. André des Essarts ;

4^e Le numéro d'octobre des *Annales de psychiatrie*;

5^e Un numéro de la *Gazette de Manicomie de Macerata*.

M. Motet fait hommage à la Société d'une brochure intitulée : *De la correction paternelle*, et de deux rapports présentés au nom de la Société de médecine légale au Congrès pénitentiaire international de Paris.

*Aliéné condamné par la Cour d'assises de l'Oise,
dans sa session de mars dernier.*

M. ADAM (1). — Ce qui nous a surtout engagé à communiquer à la Société médico-psychologique un résumé de l'affaire de P..., c'est l'intérêt que cette affaire nous a paru offrir en raison des particularités peu banales qui ont précédé et suivi la condamnation.

Par ordonnance de M. le Président des assises de

(1) Communication lue par M. Legrain.

l'Oise, en date du 16 septembre 1894, nous avions été commis avec M. le Dr Lesage, médecin légiste à Beauvais, à l'effet d'examiner le nommé P..., inculpé d'assassinat, de rechercher quel était son état mental et son degré de responsabilité.

Voici dans quelles circonstances le crime avait été commis. P... entretenait depuis deux ans environ des relations intimes avec la fille L..., âgée de moins de seize ans, qui demeurait chez ses parents. Cette fille venait trouver P... chez lui pendant la nuit ; elle passait soit par la fenêtre de sa chambre située au rez-de-chaussée sur la rue, soit par la porte du jardin, et toutes les précautions étaient prises pour ne pas attirer l'attention de la maîtresse de la maison qui occupait elle-même une autre chambre du logis. Ces relations étaient connues à H... et la dame P... en avait, paraît-il, été avertie. Le 9 juin 1894, P... passa avec sa maîtresse une partie de la nuit dans une sorte d'orgie, mangeant des gâteaux, se livrant à de nombreuses libations et aux plaisirs de l'amour. Tout à coup, une discussion s'éleva entre eux, au cours de laquelle la fille L..., d'après les dires de P..., se serait livrée à son égard à des sarcasmes et des moqueries répétées. Vers le milieu de la nuit, la querelle était à son apogée, P... saisit sur la table de nuit un revolver, il braqua l'arme sur la jenne fille qui se trouvait à cet instant couchée dans le lit, la tête tournée vers la rue ; deux détonations retentirent et la fille L... reçut dans la tête deux projectiles qui déterminèrent sa mort au bout de quelques heures environ. C'est vers cinq heures du matin seulement, et lorsque la fille L... ne donnait plus signe de vie, que P... réveilla sa femme et lui déclara qu'il venait de tuer sa maîtresse, laissant ainsi cette dernière manquer de tous soins durant son agonie. La dame P... appela un de ses voisins qui, après s'être rendu compte du crime et après avoir parlé avec l'accusé qu'il trouva très calme, très indifférent, très impassible même, alla prévenir le maire de la commune. En revenant, le témoin fut fort surpris de ne pas voir P... ; mais il le rencontra bientôt dans le bûcher et lui enleva une corde avec laquelle il voulait se pendre, et qu'il avait déjà tenté vainement d'attacher en trois endroits différents.

Le crime dont P... était accusé, causa dans le pays la plus vive émotion, et chacun se livrait à des commentaires de toute nature. La presse elle-même, en relatant ce crime, l'attribuait à un mobile passionnel provoqué par une jalouse furieuse. Mais la lecture du dossier, les circonstances du crime, l'examen de l'inculpé, ses antécédents, ses écrits, nous ont immédiatement mis sur la voie et ont détruit l'échafaudage des suppositions gratuites ; une impulsion maladive seule pouvait expliquer un crime commis dans des circonstances semblables.

P... était né à B... le 3 octobre 1850 ; il était le second de trois enfants, les deux autres, un frère et une sœur, étaient morts en venant au monde ; sa naissance à lui-même avait nécessité une intervention chirurgicale. Il avait reçu une instruction primaire, et jusqu'à l'âge de vingt ans il avait aidé ses parents dans leur commerce de miel et cire et dans leur culture ; puis il était parti pour son sort et avait été incorporé dans le 18^e bataillon de chasseurs à pied à Vincennes. Il avait été ensuite versé au 9^e d'artillerie et avait fait le siège de Paris, après lequel il s'était fait remplacer et était rentré à B... où il avait repris ses anciennes occupations. Il s'était marié à vingt-deux ans et avait eu par la suite trois enfants. Il avait fait aussi le métier d'aubergiste pendant près de quatre ans ; mais, voyant que son commerce périclitait, il avait vendu son fonds à la fin de janvier 1877, puis s'était séparé de sa femme pour des causes multiples et était retourné chez ses parents, les aider dans leur culture jusqu'en mai 1879, sa femme ayant alors réintégré le domicile conjugal. Il obtint à cette époque une place de basculeur dans la râperie de A... où il était resté jusqu'en septembre 1886 ; de là, il alla occuper les mêmes fonctions à la râperie de F... jusqu'en mars 1893.

C'est alors qu'après avoir possédé une situation de fortune aisée, qu'il avait dissipée en partie, il recueillit un héritage assez important, lui venant d'une tante de sa femme, ce qui lui permit de se retirer à H...

P... qui est un débile avec perversion du sens moral, avait toujours eu une mauvaise conduite sous le rapport des mœurs ; une de ses bonnes était un jour devenue enceinte de ses œuvres ; il était notoire dans le pays que

c'était un coureur de cotillons et qu'il avait la passion des femmes, surtout des jeunes filles..

P... (et tout le monde était d'accord pour rendre hommage à la douceur habituelle de son caractère), non content de subir de terribles influences héréditaires (son grand-père était très exalté, son père s'était suicidé en se noyant dans une tourbière, son oncle paternel avait été interné jadis à l'asile de Clermont, une cousine germane donnait depuis quelques années des signes d'aliénation mentale, enfin, un cousin, voulant se suicider avec une arme à feu, n'avait réussi qu'à se défigurer et s'était jeté par la suite sous un train en marche), s'adonnait depuis longtemps à des excès alcooliques, et souffrait cruellement de chagrins domestiques ; toutes causes qui n'avaient pas peu contribué à déterminer non seulement des troubles gastriques, mais encore la déséquilibration plus accentuée des facultés intellectuelles.

P... avait quitté la râperie de M. M... pour cause de « maladie noire ». Pendant le temps qu'il était resté à A..., il avait toujours eu le caractère sombre et concentré ; étant à la râperie de F... en qualité de comptable, on le considérait comme un esprit malade. Sa femme elle-même, avait déclaré que son mari avait parfois des surexcitations nerveuses lui suggérant des idées de suicide et que, pendant longtemps, elle avait été obligée de le surveiller spécialement, afin qu'il ne pût mettre à exécution ses funestes projets. Dans une lettre du Dr X..., chirurgien des hôpitaux de Paris, nous y voyons que notre confrère avait, antérieurement au crime, traité P... pour une dyspepsie gastrique avec dilatation de l'estomac, qu'il le considérait surtout comme un aliéné, et que, suivant son expression, il le caractérisait comme un hypocondriaque et un syphilophobe. Dans des écrits fort précieux de P... lui-même, antérieurs aussi au crime, nous y lisons l'énumération fidèle de son délire hypocondriaque, de ses idées de suicide, et la demande au Dr X... d'un dernier service qu'il lui réclamait à genoux, c'est-à-dire l'envoi d'un poison foudroyant, car il avait hâte d'être dans le repos éternel qu'il avait si bien gagné par son martyre sur cette terre et il promettait de détruire, aussitôt reçue, la lettre du Dr X..., afin d'éviter toute indiscretion.

Enfin, des renseignements que nous avons pu recueillir personnellement, il résulte que P..., quelques jours avant le crime, était sombre, concentré, absorbé par ses préoccupations ; qu'il s'isolait et continuait surtout à se livrer à son penchant habituel pour l'alcool. Il ressort donc clairement que P... était malade mentalement bien avant son crime, et il nous a été donné à nous-même après ce crime, d'assister à des manifestations indéniables d'aliénation, lorsque nous avons procédé à notre examen tant à la prison qu'à l'asile de Clermont où le malade avait été transféré sur notre demande expresse, afin de nous livrer sur lui à une étude plus complète.

Dans nos différentes visites, nous trouvions P... en proie à un état de mélancolie hypocondriaque des mieux accentués ; il était anxieux et ne cessait de se répandre en doléances sur les souffrances horribles qu'il éprouvait. Il accusait toujours, indépendamment de douleurs dans diverses parties du corps, de violents maux d'estomac et se tourmentait fort d'une dépression épigastrique dont il était congénitalement porteur. A l'entendre, il était constamment torturé par des brûlures atroces, il se figurait avoir dans l'estomac une plaie vive qui ne lui laissait pas une minute de répit et il réclamait la mort à grands cris ; P... avait la certitude d'être atteint d'un mal terrible, ulcère ou cancer de l'estomac. Nous avions aussi constaté chez lui quelques hallucinations de l'ouïe, se traduisant surtout par des bruits de sonnettes. Il se plaignait en plus d'une violente céphalalgie et de sensations bizarres comme celles de clous dans la tête et d'un bouillonnement dans le cerveau, surtout au niveau de la région frontale ; il avait enfin de fréquentes insomnies. Et cependant, les fonctions digestives s'exécutaient régulièrement ; l'appétit était conservé et l'état général était aussi satisfaisant que possible ; seule, la physionomie reflétait bien le trouble des idées.

P... se figurait avoir eu la syphilis et l'incriminait comme cause de ses tourments ; nos investigations dans notre examen direct avaient fait bonne justice de ces assertions. P... qui est un homme de taille moyenne, doué d'une forte constitution et d'un tempérament lym-

phatico-sanguin, n'avait jamais eu comme affections physiques antérieures que la fièvre typhoïde dans sa première jeunesse et un transport au cerveau remontant à une dizaine d'années ; l'exploration des organes génitaux ne nous avait révélé aucun indice pouvant se rapporter à une affection syphilitique récente ou ancienne.

P... invité par nous à écrire son histoire, l'avait fait en trente pages, où il revenait incessamment sur ses souffrances, se considérant comme un martyr, caressant des projets de suicide, allant dans les églises se prosterner et faire brûler des cierges, consultant toutes sortes d'empiriques, et faisant mille démarches plus absurdes les unes que les autres.

De cet état permanent de préoccupations hypocondriaques, il était résulté une souffrance morale qui avait affaibli les ressorts de l'intelligence de P.... Sur ces idées hypocondriaques était venu ensuite se greffer un délire mélancolique avec idées de suicide, puis de cruelles obsessions et enfin le délire actif impulsif. Il fallait, selon nous, attribuer son crime à une circonstance toute fortuite, à quelques propos malséants, à quelque insulte grossière de la femme, qui avait provoqué chez P..., une impulsion irrésistible et a fait agir son bras ; il n'avait donc pas eu conscience de son acte, et au point de vue pénal, il ne pouvait par conséquent pas en être déclaré responsable. Enfin, nous avons tenté de faire bonne justice de cette croyance, que les aliénés devaient nécessairement être des sujets extravagants dans leur langage et leurs actes, et que souvent, à un moment donné, ils étaient d'autant plus à redouter, que, pendant longtemps, ils en avaient imposé par leur lucidité et leur apparence de calme.

Nos conclusions étaient formelles :

1° P... était, à notre avis, un dégénéré héréditaire, atteint de mélancolie hypocondriaque avec tendance au suicide. Cette mélancolie se caractérisait chez lui par des idées délirantes relativement à sa santé, au fonctionnement des organes, et accompagnée d'illusions internes ; elle était liée à des troubles viscéraux dont elle était la conséquence sympathique.

2° L'accès d'aliénation mentale durait, depuis long-

temps déjà, quand, sous son influence, P... avait commis l'acte incriminé.

3° Il était par conséquent complètement irresponsable de son action ; mais en raison du danger que ses tendances nocives pouvaient faire courir à l'ordre public et à la sécurité des personnes, P... devait être considéré comme un aliéné dangereux et être interné dans un asile.

Malgré les conclusions formelles de notre rapport et nos dépositions verbales techniques à la séance de la Cour d'assises du 13 mars dernier, à Beauvais, où nous avions seuls été cités, mon collègue et moi (le ministère public dont la conviction était faite depuis long-temps déjà, n'ayant pas cru devoir faire citer d'autres témoins) ; malgré le langage de l'avocat général qui s'exprimait ainsi : « Après les dépositions des médecins légistes, je n'aurai pas de longues paroles à dire, on ne discute pas avec un malade ; la science a parlé et vous savez avec quelle netteté, je m'incline devant sa décision, et Messieurs les jurés, vous pouvez vous incliner également devant elle sans craindre pour la société, car devant ce malade derrière qui se fermeront les portes de la maison d'arrêt, s'ouvriront les portes de la maison de santé » ; malgré l'absence de plaidoirie, l'avocat de la défense, dont le rôle était par cela même réduit à sa plus simple expression, se contentant de prononcer ces simples paroles : « En certains cas, il a raison le proverbe qui dit que le silence est d'or ; après les déclarations des médecins, je n'ajouterai rien, je demande simplement l'acquittement de mon client » ; malgré tout, le jury, trompant l'attente générale, passa outre et rendit un verdict de culpabilité avec admission cependant de circonstances atténuantes : aussi P... fut-il condamné à cinq ans de travaux forcés et dix ans d'interdiction de séjour.

Ce verdict auquel on était loin de s'attendre, fut vivement commenté, et l'assistance se retira de la salle d'audience au milieu d'un brouhaha indescriptible, et, comme disait un journal de l'Oise, cette condamnation inattendue constituait avec un acquittement de la veille, la double surprise (*the double event*) de cette session.

La conclusion de toute cette affaire a été que quelque

temps après, le Président de la République a gracié P..., qui, après avoir été remis entre les mains de l'autorité administrative, a été réintégré à l'asile de Clermont.

M. CHARPENTIER. — Après avoir écouté le rapport de M. Adam que vient de nous lire M. Legrain, je ne suis pas édifié sur l'état mental dans lequel se trouvait l'inculpé lors du délit commis.

Je vois bien, d'après les deux lettres écrites par le sujet et son mémoire, un gastralgie, un hypocondriaque, tourmenté par la crainte d'un cancer, d'un ulcère, d'une syphilis et surtout d'une maladie incurable, j'y vois ses idées et tentatives de suicide, ses accès de fureur. Dans son mémoire, le sujet détaille toute son hypocondrie, tous les cas d'aliénation de sa famille et aussi les motifs pour lesquels il a acheté un revolver, mais il reste muet sur les circonstances du délit. M. Adam nous le montre débauché, coureur de femmes, buveur d'alcool, mais il ne nous présente aucune considération sur l'état mental du délinquant lors de l'acte commis ; peut-être a-t-il craint d'être trop prolix en nous tenant au courant de ses considérations à ce sujet. Mais si son rapport ne comprend pas d'autres réflexions, s'il n'a pas fait ressortir davantage la connexion entre l'état mental du sujet et le délit, s'il s'est contenté d'attribuer l'acte à une impulsion, sans tenter de prouver que c'était une impulsion morbide, je serais bien près d'excuser le jury qui a admis la responsabilité de l'accusé.

Hallucinations provocatrices de sensations et entre autres du besoin d'uriner.

M. AUG. VOISIN communique l'observation suivante :

La nommée B..., âgée de quarante-sept ans, est entrée à la Salpêtrière, dans mon service, le 23 janvier 1893.

Antécédents héréditaires. — Mère originale ; elle faisait des fugues de temps en temps hors du domicile conjugal. Morte âgée. — Père mort âgé, paralysé d'un côté du corps pendant plusieurs années. — Deux frères, l'un âgé de cinquante-sept ans, un autre de cinquante-quatre ans, sont bien portants. — Une sœur âgée de cinquante ans, bien portante.

Antécédents personnels. — A quatre ans, en jouant, elle a reçu un coup d'une pierre au front ; il existe d'ailleurs une

cicatrice et, sous cette cicatrice, on sent une tuméfaction osseuse de l'os frontal.

Elle se souvient parfaitement des détails de l'accident, elle dit que la pierre qu'on lui a jetée était pointue et qu'il a fallu l'arracher de la plaie. Sa mère, effrayée par la grande quantité de sang qui s'échappait de la blessure et croyant que son enfant allait mourir, menaçait de se tuer.

Elle prétend que, six mois après, elle a reçu un autre coup au front, au-dessous de la première cicatrice, d'une pierre ronde et qu'elle perdit connaissance.

Quelques jours après, elle a reçu un coup de trique à la région pariétale.

Elle interprète les coups qu'elle recevait de ses camarades, par le refus qu'elle opposait de jouer avec eux à un jeu dit : « Jeu de la sage-femme ».

Deux jours après, nouveau coup entre les deux sourcils.

Elle a pu apprendre à lire et à écrire et passait pour être une bonne élève ; elle était d'une intelligence précoce.

Réglée entre quatorze et quinze ans.

Jusqu'à cet âge les enfants du village la menaçaient. Elle quitta son village pour aller habiter chez un notaire, ami de sa mère, qui se chargea de la garder.

Renseignements du mari. — Son mari l'a connue en 1871. Elle était à cette époque domestique dans un hôtel, à Paris. Elle était intelligente.

Au moment de ses époques elle était exaltée, riait beaucoup, était plus expansive, mais ne délivrait point.

De 1871 à 1878, elle vécut avec son mari sans être mariée. En 1878, ils se marièrent.

Elle a toujours été bien réglée ; pas de fauss couche ; pas d'enfant.

En 1879, à l'âge de trente-trois ans, étant indisposée, très exaltée, elle écrit une lettre anonyme au commissaire de police de son quartier, pour se plaindre d'une voisine dont elle était jalouse et qu'elle accusait d'être la maîtresse de son mari. La voisine, prévenue par le commissaire de police, l'a indiquée, d'après certains signes, comme l'auteur de cette lettre. Le mois suivant, le mari, en rentrant le soir à six heures, trouva sa femme en proie à une crise de nerfs dans la loge de la concierge. La crise avait commencé à trois heures ; elle est tombée dans l'escalier en poussant des cris, avec des contorsions de la figure ; elle avait l'air d'étouffer.

La crise a continué toute la nuit. Elle écumait de la bouche, mais on ne sait pas si elle a uriné sous elle ou si elle s'était mordu la langue. Elle paraissait avoir perdu tout à fait connaissance. Elle parlait pendant la crise, elle disait que son

frère (qui n'était pas à Paris à ce moment-là) voulait l'assassiner.

Elle appelait sa voisine « sale femme ».

Elle voulait se tuer, se jeter par la fenêtre.

Elle avait des hallucinations de la vue; elle voyait sa voisine, son frère.

Elle ne paraissait pas avoir d'hallucinations de l'ouïe.

Le lendemain, elle était plus calme, mais elle délirait; la voisine la poursuivait, la tourmentait, etc.

On l'a placée, le jour suivant, à Sainte-Anne, puis transférée à Vaucluse. Au bout de deux mois, elle est sortie sans manifester aucune idée délirante; elle est allée même avec son mari faire des excuses à la voisine, mais elle l'a fait contre son gré.

Elle a déménagé et, pendant six mois, elle paraissait guérie; mais son mari dit qu'elle avait l'air un peu triste et qu'au fond elle cachait peut-être encore quelques idées délirantes.

En 1880, idées de persécution avec la même voisine. Les nouveaux voisins commençaient à l'ennuyer aussi; elle leur tournait le dos dans l'escalier. Tout le monde l'ennuyait. Dans la rue, elle cherchait si quelqu'un ne la suivait pas, croyait reconnaître des gens qu'elle ne connaissait pas. Quand son mari rentrait, elle lui demandait avec qui il causait dans l'escalier.

Hallucinations de la vue et de l'ouïe.

Elle parlait de mourir plutôt que de rester comme ça.

A la suite de cette seconde crise, elle passa deux mois à Sainte-Anne et à la Salpêtrière et rentra chez son mari qui la garda pendant six ans. Pendant ce laps de temps, elle présentait le même délire de persécution avec des illusions et des hallucinations de la vue et de l'ouïe: on lui faisait des grimaces dans la rue. Elle disait aussi à cette époque qu'elle pensait en allemand afin qu'on ne lui volât pas sa pensée.

Son ennemie était toujours la voisine de la première maison; elle parlait d'elle en l'appelant « sale femme ». Ce délire, avec des alternatives de calme et d'agitation, dura six ans.

Elle disait que les voisins envoyoyaient des choses par les fentes du plafond; « on n'est pas chez soi, on ne peut rien faire sans que tout le monde le voie. » Les voisins étaient cachés sous les toits pour la surveiller.

Elle prétend avoir été demandée en mariage en 1866, par un comte Petrowski; en 1867, par un Brésilien possédant une fortune incalculable. Elle devait se marier avec le prince Ferdinand de Karville de Munich, neveu de son père par le sang, prince Léon Karville.

En 1867, Frédéric III est venu à l'hôtel Racine où elle était domestique; il l'a embrassée.

En 1863, elle prétend avoir été violée par le Dr B....., de Strasbourg.

Etat de la malade à son entrée à la Salpêtrière. — Hallucinations de la vue, de l'ouïe, elle entend des voix qui lui disent des injures. La nuit, elle voit des globes de feu lui sortir de la tête. Une autre nuit, elle voit un homme nu attaché à la fontaine. Elle voit des araignées.

Douleurs de tête siégeant habituellement au vertex et changeant souvent de place ; cette sensation ne gêne pas la malade, mais l'effraie ; elle croit que sa tête se retourne. Le début de ces symptômes correspond à un excès de fatigue qu'avait subi la malade.

La malade dort bien, mange bien. Toutes ses fonctions sont normales.

Pupilles dilatées, égales.

La douche statique semble faire cesser les battements de tête pendant quelques heures après les séances.

Tremblement de la langue, des mains.

Réveil en sursaut.

Bouche amère et pituite le matin ; envie de vomir en mettant le pied par terre à son lever. Elle rêve de précipices. Digestions mauvaises.

Extrait thébaïque 0,10 en deux pilules.

Le 28 janvier 1893, la malade raconte qu'elle a entendu, le matin, le mot *cadavre* et qu'aussitôt elle a senti à sa face la sensation que ses os étaient dépourvus de chair et ressemblaient à ces squelettes qu'on voit à certaines vitrines.

Elle entend le mot *matrice*, le mot *cœur* et, sous cette influence, elle éprouve une douleur à l'endroit nommé ainsi.

15 février. — L'extrait thébaïque est remplacé par la morphine à la dose de 0,02 par jour, en deux pilules.

Après avoir entendu le mot *rongeante*, elle sent une douleur à la tempe. Le mot *creusante* lui fait sentir du dehors à l'intérieur une douleur dans la même région. La douleur reste fixe tant que la personne qui lui envoie à l'aide d'un appareil le veut.

Quand elle entend le mot *uriner*, elle trouve quelques gouttes d'urine dans son linge. Ces mots sont des hallucinations dirigées, dit-elle, contre elle par des gens qui ont intérêt à la détruire. C'est la voix de son frère, mais envoyée par ses persécuteurs à l'aide d'un appareil. — 0,03 par jour en deux pilules.

27 février. — Elle a entendu hier le mot *pisser dans le pantalon* et, aussitôt, elle a senti comme des contractions au niveau du col de l'urètre et quelques gouttes d'urine ont coulé dans son pantalon.

10 mai. — La malade va mieux, elle est plus calme, mais ses idées persistent. — Chloral, 1 gramme par jour.

17 mai. — Elle a entendu tout à l'heure le mot *bras* et, aussitôt, elle a senti une douleur au bras comme si on le lui broyait.
— Chloral, 0,50.

8 juin. — Elle a entendu le mot *fourmillement* et elle a senti du fourmillement dans le nez.

12 juillet. — La malade a encore quelques douleurs. Même état hallucinatoire auquel elle fait moins d'attention.

26 juillet. — Elle a entendu le mot *danser* et elle a éprouvé de suite une douleur à la plante du pied droit pendant dix minutes.

Le 26, en rentrant chez elle, elle entend les mots *pisser*, *uriner*, et elle a senti que l'urine coulait goutte à goutte entre ses jambes.

9 août. — Ce matin, mêmes phénomènes.

Septembre. — La malade est en proie à des douleurs de tête constantes, lancinantes, siégeant au vertex.

Novembre. — Les hallucinations persistent ainsi que les idées délirantes.

Au moment des fêtes russes, elle lit le nom du baron de Mohrenheim et apprend qu'il a épousé une princesse de Karville ; ses ennemis lui font alors voir la tête de son père par le sang sur une assiette en lui disant qu'elle aurait maintenant à manger.

La malade dit que la baronne de Mohrenheim est une des causes de ses malheurs ; qu'elle a l'habitude d'employer le magnétisme pour faire sa police diplomatique : du reste, la gouvernante du prince de Karville a rejoint la baronne de Mohrenheim et l'a mise au courant des procédés du Dr François Robersau pour diriger et faire entendre la pensée. Un médecin militaire du nom de B....., dont elle aurait été la maîtresse, est également initié à ces pratiques.

4 mai 1894. — Elle entend les mots *bras*, *poumon*, *jambe*, elle sent aussitôt quelque chose de pénible dans une de ces parties.

Le mot *fourmillement* produit une sensation de fourmillement dans une partie du corps.

Elle parle d'un appareil électrique dont elle ressent la suggestion et qui est mis par un homme qui est, croit-elle, M. Dufayel qui l'a rapporté d'Amérique, qui l'électrise pour se débarrasser d'elle parce qu'elle est la fille d'une paysanne et d'un grand seigneur, le prince Léon Karville, de Munich.

Voici quelques passages d'une lettre qu'elle écrivait le 10 avril 1893 :

« Je me fais un devoir de vous informer qu'en sortant de chez vous, aujourd'hui lundi, j'ai trouvé mes cuisses mouillées. Etant ensuite dans le tramway, j'étais tranquille et, de la gare

Montparnasse à ma demeure, rue de Vaugirard, 218, j'ai trouvé ma chemise et jupons, le tout trempé par l'urine, par le mot « pisser » que j'entendais au bout d'une phrase dirigée et était la voix d'un homme qui pouvait ressembler à mon frère François Bauwart. »

Plus loin, elle dit ceci :

« Il y a un nom comme Dufayel, est afficheur, met comme enseigne : affichage national. Donc, boulevard Barbès, 11, 13, 15 se trouve le même nom et est affiché dans toutes les grandes rues, presque dans Paris. Par un appareil électrique qu'il tourne comme un orgue de Barbarie il peut me retourner un mot de ce que je viens de penser. Un mot au bout d'une phrase sur ce que je fais et sur des choses passées. Par le mot *mole* ou *durion* du pied, je me trouve avec une douleur *serrante*; le pied légèrement enflé par les veines qui sont comprimées, par cette suggestion, contact de l'appareil en marche et en plus je sens le mouvement de l'appareil sur mon corps, tantôt sur une place, tantôt sur une autre. Par ces phrases dirigées, il me fait comprendre qu'il me fait sentir, parce que je ne fais plus attention aux phrases dirigées. »

Au moment où cette femme m'écrivait cette lettre, elle était rentrée chez elle à la demande de son mari. Sa tenue est bonne, elle a un soin absolu de son intérieur; elle vient me voir de temps à autre et, sauf ses conversations et ses confidences avec moi, elle passe pour être raisonnable aux yeux du public.

En résumé, cette malade, sur laquelle pèse une tare héréditaire nerveuse et organique, paraît avoir été malheureuse étant enfant et il semble qu'elle ait été blessée à la région frontale, traumatisme qui a peut-être déterminé l'hystérie dont elle était atteinte. Elle est hallucinée et persécutée; mais elle présente, en outre, une série de phénomènes peu ordinaires, consistant à éprouver des sensations et en particulier des émissions d'urine qui coïncident avec des hallucinations de l'ouïe provocatrices de ces sensations.

M. CHARPENTIER. — On pourrait retourner l'interprétation de M. Voisin en sens inverse et, au lieu de voir dans ces hallucinations auditives la cause des sensations éprouvées ou des mouvements exécutés, on pourrait considérer ces sensations et ces mouvements comme les causes des hallucinations auditives. L'étude du développement de l'enfant nous montre qu'il acquiert la sensation avant la notion du mot; nous-mêmes, en présence d'un objet inconnu nous acquérons la notion de

L'objet et si on ne nous l'a pas encore nommé, la notion du mot est secondaire ; de même chez la malade de M. Voisin, l'idée de la sensation ou du mouvement a dû précéder le mot associé à l'idée. Sa malade est sincère quand elle dit entendre le mot avant la sensation ou le mouvement, mais elle se trompe et, d'ailleurs, cela ne prouve pas que l'hallucination de l'ouïe soit la cause de la sensation ou du mouvement. J'ai rapporté autrefois à la Société médico-psychologique le cas d'une persécutrice avec hallucinations auditives, ignorante des effets de la morphine et à laquelle je venais de pratiquer une injection sous-cutanée de ce médicament. Je la vis pâlir aussitôt l'injection faite : « Entendez-vous vos voix, lui dis-je. — Oui, me répond-elle, elles me disent : « Gueuse, nous allons te faire vomir, » et immédiatement, elle vomit ; dans ce cas, l'hallucination auditive a bien précédé, mais n'a pas provoqué le vomissement ; celui-ci n'était pas l'effet de l'hallucination, il était l'effet de la nausée due à la morphine dont la sensation avait provoqué l'hallucination.

La séance est levée à six heures.

RENÉ SEMELAIGNE.

SÉANCE DU 25 NOVEMBRE 1895.

Présidence de M. MOREAU (de Tours).

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

Mort de MM. Rouillard et Coutagne.

M. LE PRÉSIDENT annonce à la Société la perte douloreuse qu'elle vient de faire en la personne d'un de ses membres titulaires les plus jeunes, et donne lecture du discours qu'il a prononcé sur sa tombe. (V. aux *Variétés*, p. 164.)

Il annonce ensuite la mort de M. Henry Contagne, médecin légiste à Lyon, membre correspondant de la Société.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

- 1^o Une lettre de M. René Semelaigne, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;
- 2^o Une lettre de M. le Dr Le Filliatre, médecin à Villejuif, posant sa candidature au titre de membre correspondant. — Commission : MM. Paul Garnier, Bonchereau et René Semelaigne, rapporteur ;
- 3^o Une lettre de M. G. Mingazzini, de Rome, posant sa candidature au titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Falret, Ritti et Moreau (de Tours), rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

- 1^o *Pasteur*, par le Dr Miguel Bombarda ;
- 2^o *Ballismo cronico*, par le Dr Roberto Massalongo ;
- 3^o Localisations cérébrales dans la paralysie générale, par le Dr Demetrescu.

Présentation d'un marteau percuteur.

M. TOULOUSE. — Le nouveau marteau percuteur que je vous présente se compose d'une tête et d'un manche.

La tête est constituée par un marteau métallique, à forme triangulaire, aplati sur ses deux faces, et creusé sur chacun de ses bords d'une gorge dans laquelle repose un anneau de caoutchouc qui, une fois placé, prend la forme triangulaire.

Le manche du marteau percuteur est une tige métallique, amincie et ronde dans sa portion articulée avec la tête et aplatie latéralement dans sa portion libre. La tige est articulée avec le marteau, de telle sorte que lorsqu'on l'a en main, entre le médius et l'index, on puisse frapper soit avec une base, soit avec un angle du triangle. (La figure n'indique pas très bien cette disposition.)

Les avantages de ce nouvel instrument sont ceux-ci :

1^o Par la base du triangle, on ne peut manquer de toucher certains tendons (le rotulien par exemple) qui échappent souvent aux recherches avec les instruments anciens dont la surface de contact est trop petite. D'autre part, l'angle du triangle permet l'exploration dans des régions (le poignet notamment) où il est nécessaire de bien localiser le point à atteindre.

2^o Le marteau étant un peu lourd, le coup peut être porté avec plus de force sans craindre de faire mal, à cause de la rondelle de caoutchouc très épaisse.

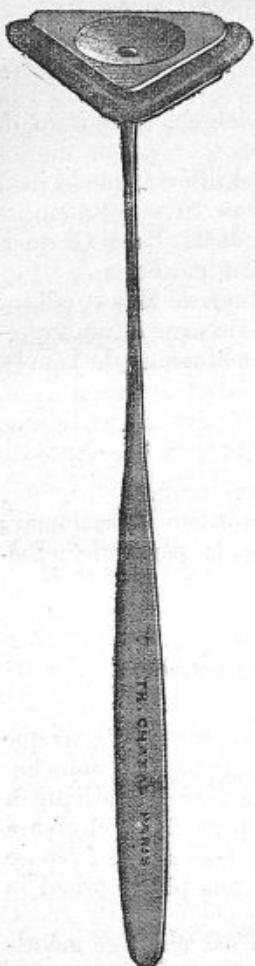
3^o L'anneau de caoutchouc est un article commun dans le commerce ; il se change immédiatement.

4^o Cet anneau enlevé l'instrument est entièrement métallique et nickelé. On peut le tenir très propre et le faire bouillir au besoin. Cet avantage a son importance pour un marteau percuteur qui traîne si longtemps sur les tables de clinique.

5^o La tige métallique ne se détériore ni ne se casse comme les tiges en bois et en baleine, matières ordinairement employées pour les marteaux percuteurs.

*« Le Merveilleux scientifique. » — Réponse
à M. Pierre Janet.*

M. DURAND (DE GROS). — Ce n'est que dernièrement que j'ai eu connaissance du rapport que M. Pierre Janet



a bien voulu se charger de faire à la Société sur mon livre le *Merveilleux scientifique*. En offrant à l'honorable rapporteur mes remerciements tardifs et mes excuses, je lui demanderai de me permettre une ou deux observations sur son œuvre.

M. Janet me donne le titre de « magnétiseur » ; je décline formellement cette qualité, non à cause de la défaveur qu'y attachent encore des préventions bien ou mal fondées, mais parce que, en tant qu'elle m'est attribuée, elle crée une confusion fâchueuse au point de vue de la science.

A une époque déjà lointaine, je me donnai pour tâche de faire connaître en France l'art du suggestionnisme américain, ou idéoplastie, et de me rendre compte de ses procédés et de ses effets, si faire se pouvait.

L'action par laquelle la suggestion idéoplastique opère, ce n'est plus doutous, est d'ordre purement moral ; elle s'adresse à l'intelligence et à une faculté affective que j'ai nommée la *créditivité*. Les disciples de Mesmer, les « magnétiseurs » ainsi nommés, provoquent des modifications vitales analogues au moyen de leurs manœuvres propres ; mais ces manœuvres sont basées sur l'hypothèse d'un agent matériel bien qu'impondérable, et non d'un agent intellectuel ; d'une force physique inconnue que l'on compare au magnétisme terrestre, et que, par suite, on a appelée le « magnétisme animal ».

Ce magnétisme animal hypothétique est censé servir d'instrument immédiat à la volonté, et lui permettre d'agir à distance comme pouvoir moteur et modificateur des corps vivants et des corps inertes, en dehors de toute intervention des organes anatomiques.

Dans mes divers écrits spéciaux, et tout particulièrement dans le *Merveilleux scientifique*, je me suis appliqué à marquer la différence radicale de ces deux méthodes quant à leur principe d'action, et à dénoncer l'erreur lourde et les inconvénients graves qu'il y a à les confondre.

Pour avoir insisté sur cette distinction, s'ensuit-il que j'aye adopté légèrement, sans réserve et sans critique, l'hypothèse fondamentale du mesmérisme, et que j'aye donné entière créance aux plus extrêmes prétentions de

cette doctrine, notamment au don miraculeux de « bilocation », comme l'honorable rapporteur me le reproche si sévèrement ? Non ; je me suis borné à affirmer que si les prétendus faits d'observation mis en avant par les mesméristes et les télépathistes sont réels (ainsi que j'incline à le croire, je l'avoue, du moins pour un grand nombre, sans m'en porter garant toutefois), alors il faut admettre comme conséquence l'existence de la force physique mystérieuse invoquée par ces adeptes.

Cependant, on m'objectera : « Est-il permis de prendre en sérieuse considération les allégations des magnétiseurs et des partisans de la télépathie, alors qu'elles sont à tel point dénuées de vraisemblance et contraires à tout ce que la science enseigne comme vrai et comme possible ? » Quoi qu'il en soit au fond à cet égard, je soutiens que M. Pierre Janet est personnellement mal venu à faire à cette question une réponse négative et dédaigneuse. En effet, c'est à lui, à lui-même que nous devons l'un des témoignages les plus explicites, les plus précis et les plus décisifs qui aient été apportés à l'appui de la thèse mesmérienne ; je fais allusion à ses célèbres expériences « magnétiques » du Havre, dont il présenta l'exposé, en 1885, à la Société de psychologie physiologique, sous ce titre : *Notes sur quelques phénomènes de somnambulisme*. Cet important document est consigné au tome XXI de la *Revue philosophique*, p. 190.

Notre distingué collègue condense, pour ainsi dire, son analyse et sa critique du *Merveilleux scientifique* et de mes autres écrits sur le même sujet, dans cette appellation suggestive de « magnétiseur », qu'il met une vraie complaisance à me prodiguer, bien que, je le répète, je n'y aie aucun droit, tandis qu'il néglige de s'en faire honneur à lui-même, à qui elle appartient éminemment. Et sous ce chimérique prétexte que je fais partie de la confrérie « magnétique », il m'adresse toute une série de réprimandes dont pas une ne peut m'atteindre.

Et pour ce qui est de la partie essentielle et caractéristique de mes travaux — mes tentatives pour donner la clef physiologique du mystère de la suggestion, et, plus généralement, de l'influence réciproque du moral sur le physique et du physique sur le moral, — ce n'est, à ses

yeux, qu'un amas de rapsodies métaphysiques, dont il serait oiseux de s'occuper.

Il y a de cela trente-cinq ans, cette Société (séance du 24 décembre 1860) me faisait l'insigne honneur, pour la première fois, d'écouter l'exposé de mes idées, et elle chargeait une commission de lui rendre compte du mémoire dont je venais de lui donner lecture. Quelques années plus tard, je sollicitais d'elle le titre de membre titulaire, et une nouvelle commission était nommée avec le mandat spécial de faire connaître son appréciation sur un travail récent, beaucoup plus étendu, que je présentais à l'appui de ma candidature. Les rapporteurs de ces commissions furent respectivement Buchez et Louis Peisse. Dans leur rapport (voir le procès-verbal de la séance du 27 janvier 1862, et les *Annales médico-psychologiques* de l'année 1868, p. 258), ces deux éminents médecins philosophes ne parurent pas avoir discerné en moi le faiseur de « passes » et le songeux en qui toute ma personnalité scientifique semble se résumer pour M. P. Janet ; toute leur attention, tout leur intérêt se porta sur l'examen de ma conception d'un mécanisme psycho-physiologique par lequel on s'expliquerait d'une manière satisfaisante comment il se peut faire qu'une impression sur l'esprit, une idée suggérée, le mot, le signe qui la fait naître, ait le pouvoir de déterminer des modifications voulues, profondes et précises, dans toutes les fonctions de l'organisme, et de devenir, de la sorte, un véritable succédané des agents de la matière médicale.

Le rapport de Buchez, très étendu et très étudié, concluait ainsi sur mon mémoire : « Ce travail est fort sérieux, tout à fait digne d'attention. Il consiste, en effet, dans la plus grande partie, en une coordination de faits physiologiques positivement démontrés ou reconnus probables... Je le considère comme un excellent travail. Nous devons engager l'auteur à poursuivre ses recherches. »

Louis Peïsse disait à son tour, à propos du rapport dont il était chargé : « Je puis me prévaloir, pour simplifier et abréger ma tâche, de la notoriété acquise à ces travaux dans le public scientifique et plus particulièrement dans la Société, qui, à diverses reprises, a accueilli

avec le plus vif intérêt la communication de mémoires nou moins remarquables par l'originalité et la profondeur des vues que par la distinction de la forme. Un de ces mémoires ayant pour titre : *Des propriétés organoleptiques et de l'influence réciproque de la pensée, de la sensation et des actes végétatifs*, fut l'objet d'un rapport comme savait les faire notre éminent collègue Buchez, dont la parole avait ici la plus haute autorité scientifique et morale. Bien que le mémoire n'eût trait qu'à quelques applications, en grande partie médicales, d'une théorie générale psycho-physiologique exposée précédemment *in extenso* dans un ouvrage publié en 1855, c'était évidemment à cette théorie que le consciencieux rapporteur devait s'attacher pour apprécier la valeur des résultats pratiques indiqués dans le mémoire. Son examen et son jugement portaient ainsi sur l'ensemble des publications de l'auteur à cette époque, et même par anticipation sur des publications postérieures, car l'ouvrage dont M. Durand a fait, il y a quelques mois, hommage à la Société (les *Essais de physiologie philosophique*), n'est, en grande partie, que la reproduction, sous forme de petits traités distincts, de ces écrits antérieurs, accompagnés, il est vrai, d'additions importantes, mais qui ne modifient ni n'altèrent en rien les bases de ce qu'on peut appeler, dans l'acception la plus favorable du terme, son système. Or, voici en quels termes Buchez résumait son opinion, etc. »

Après une citation du rapport de Buchez, Peisse ajoute :

« Votre Commission, en examinant à nouveau les titres de M. Durand, est arrivée aux mêmes conclusions que Buchez, quant à la valeur et à la portée de ses travaux, et son rapporteur est heureux d'avoir pu, dans la défaillance de sa plume (Peisse était déjà atteint par la maladie), emprunter à celle bien autrement autorisée et compétente de notre regretté collègue, une expression à la fois si vive et si juste de l'opinion que vos commissaires voudraient vous voir partager en vous associant M. Duraud comme membre titulaire de la Société médico-psychologique. »

Que la Société se montre indulgente à l'un de ses rares vétérans : en présence du jugement pour moi si dur

qu'on a porté devant elle naguère, je n'ai pu me tenir de venir lui rappeler, un peu longuement, l'opinion différente, et non moins autorisée, des juges qu'elle m'avait donnés jadis.

Rapports de candidature.

M. ROUBINOVITCH. — Messieurs, vous avez nommé une Commission composée de MM. Joffroy, Ritti et Roubinovitch, rapporteur, à l'effet d'examiner la candidature de M. le D^r Th. Tissié, de Bordeaux, au titre de membre correspondant de notre Société.

Tous ceux, parmi vous, qui ont pris part au dernier Congrès des aliénistes et des neurologistes, ont pu apprécier l'activité développée par notre confrère en qualité de secrétaire des séances de ce Congrès où il a fait, ainsi qu'à un des Congrès précédents, des communications très intéressantes et sur lesquelles j'aurai l'occasion de revenir tout à l'heure. Les travaux de M. Tissié sont consacrés, les uns aux maladies mentales et nerveuses, les autres à l'hygiène et particulièrement à l'éducation physique.

Sa thèse inaugurale soutenue devant la Faculté de Bordeaux, en 1887, est intitulée : « *Les aliénés voyageurs. Essai médico-psychologique* ».

Dans ce travail, il étudie les fugues accomplies par un certain nombre de groupes d'aliénés, les *délirants*, les *hallucinés*, les *épileptiques*, les *déments*, et les *captivés*, c'est-à-dire « les malades qui accomplissent des actes pathologiques sous l'influence d'un désir impérieux et conscient qui s'impose à leur volonté et la maîtrise ».

Il démontre que les délirants marchent sous l'empire d'une conception absurde qui prend peu à peu une importance plus grande et l'emporte sur toute la série des autres idées.

Chez les hallucinés, le jugement est compromis par la violence ou la répétition d'une représentation mentale d'origine sensorielle et ces fugues ne sont que la conséquence du défaut d'intégrité d'un ou de plusieurs sens.

L'épileptique fait sa fugue d'une façon impulsive ; il marche droit devant lui, il n'a aucune notion des lieux

qu'il traverse et, pendant tout le temps que dure sa crise, son jugement semble complètement aboli. Aussi, après l'accès d'automatisme ambulatoire, est-il incapable de se rappeler par où il a passé.

Chez les affaiblis intellectuels, la fugue peut s'accomplir en vertu d'une oblitération des facultés psychiques, surtout de la mémoire et du jugement.

Enfin, chez les *captivés* et les individus hypnotisés, la fugue pathologique s'accomplit sous l'influence d'un désir impérieux et conscient qui s'impose à leur volonté et les maîtrise.

Plusieurs observations personnelles prises avec un grand soin prouvent chez leur auteur un sens clinique remarquable. Nous ne sommes d'ailleurs pas les premiers à juger ainsi cette thèse, puisque la Faculté de Bordeaux l'a déjà honorée d'une récompense.

M. Tissié est encore l'auteur d'un ouvrage portant le titre suivant: « *Les rêves. Physiologie et pathologie* », et accompagné d'une préface très élogieuse de M. Azam.

Là, l'auteur étudie d'abord la formation des rêves dans le sommeil physiologique et dans le sommeil hypnotique et, à l'aide de nombreuses observations, arrive à la conclusion que cette formation est due aux organes sensoriels.

Dans les deux états, les impressions sensorielles prennent une valeur plus grande qu'elle n'ont à l'état de veille. De plus, l'excitation de deux sens à la fois amplifie encore la valeur des impressions sensorielles déjà amplifiées.

Dans la seconde partie, M. Tissié étudie l'influence des rêves sur l'idéation et sur les actes accomplis à l'état de sommeil et à l'état de veille. Dans la troisième, il résume son étude poursuivie toujours sur le terrain clinique. Notons aussi une tentative curieuse faite dans le même ouvrage par M. Tissié, quand il essaie de se servir des rêves pathologiques pour le diagnostic de certaines affections latentes. C'est ainsi que les affections de l'appareil circulatoire, par exemple, seraient généralement révélées par un sentiment de peur, d'anxiété, par des hallucinations visuelles, des rêves courts, effrayants, tragiques, des idées de mort prochaine, des scènes de meurtre, de carnage, des visions

d'objets enflammés, des sensations de chute, de blessure reçue, réveil en sursaut. M. Tissié dit avoir observé une paralysie générale précédée de rêves de grandeur et une ataxie locomotrice progressive accompagnée de rêves d'impuissance fonctionnelle.

Au Congrès de médecine mentale tenu à Paris en 1889, M. Tissié a communiqué un cas d'obsession intellectuelle et émotive guérie par la suggestion, renforcée par le parfum du corylopsus, l'isolement et les douches. Au même Congrès, il a rapporté les résultats de ses recherches sur la création des zones idéogènes chez les « captivés ». Il a fait ces expériences sur un nommé Albert D..., un hystérique somnambule, dont l'observation se trouve déjà exposée dans sa thèse inaugurale. Placé en état de sommeil hypnotique, Albert se rappelle tous les actes accomplis en état de somnambulisme. C'est un irresponsable pendant la période de préparation et de déclin de ses crises et pendant ses crises elles-mêmes ; mais, dans les intervalles, il est responsable.

M. Tissié est aussi l'auteur d'un cas d'instabilité mentale accompagnée d'impulsions morbides, traitée par la gymnastique médicale. Tout dernièrement encore, il a communiqué au Congrès des aliénistes et neurologistes tenu à Bordeaux un cas sur l'action inhibitrice de la volonté dans les attaques d'épilepsie, et un autre sur le traitement de quelques phobies par les rêves thérapeutiques et la gymnastique médicale.

Dans le premier, il s'agit d'un jeune homme de dix-sept ans, élève du lycée de Bordeaux, qui, à la suite d'une croissance très rapide, devint épileptique. La crise s'annonce par une idée prise dans le courant des idées ordinaires, cette idée grossit peu à peu, devient obsédante, énorme, envahit tout le domaine psychique où elle déplace toute idéation. Dès que le malade sent l'idée grossir, il sait que la crise va arriver et il fait tout pour l'éviter. Alors, si son attention est fortement et subitement portée par ailleurs, la crise passe, mais, cas intéressant, il peut opposer une idée qu'on pourrait appeler thérapeutique à celle qui tend à déterminer une crise. Quand cette nouvelle idée a assez de force, elle lutte avec avantage contre la mauvaise idée et la crise est conjurée. Sinon la crise suit son cours et atteint son paroxysme.

xysme. Elle consiste en une perte de connaissance avec amnésie complète au réveil. De ce fait, M. Tissié conclut que les attaques d'épilepsie peuvent être, dans certains cas, atténuerées et même arrêtées par un effort de volonté de la part du sujet.

Dans sa communication sur le « *traitement des phobies par la gymnastique* », M. Tissié fait ressortir l'utilité d'une fatigue douce chez des malades atteints de ce syndrome.

En sa qualité de fondateur et secrétaire général de la Ligue girondine de l'éducation physique, M. Tissié dirige la *Revue des jeux scolaires*, bulletin officiel de cette ligue. Un article de lui sur l'éducation physique est publié dans la *Revue scientifique*. Journaliste très actif, il a publié plusieurs articles de vulgarisation dans les journaux politiques. En outre, il a fait à Bordeaux plusieurs conférences publiques sur l'hypnotisme, l'hygiène du système nerveux de l'enfance, la marche dans la folie, l'éducation physique, etc.

Il a enfin fondé à Bordeaux une clinique de gymnastique médicale pour le traitement des maladies du système nerveux.

Vous le voyez, Messieurs, les travaux de M. Tissié sont nombreux et hautement intéressants et, parmi eux, ceux qu'il a consacrés à la neuropathologie et aux affections mentales occupent une place très importante. Ils suffisent, sans qu'il soit nécessaire d'insister davantage, pour recommander sa candidature à vos suffrages.

En accordant à M. le Dr Tissié, de Bordeaux, le titre de membre correspondant, vous adjoindrez, Messieurs, à la Société médico-psychologique un confrère actif et érudit.

Aussi votre Commission vous propose-t-elle d'accueillir favorablement la candidature de M. Tissié.

Conformément à ces conclusions, M. Tissié est, à l'unanimité, nommé membre correspondant de la Société.

M. RENÉ SEMELAIGNE. — Messieurs, vous avez chargé une commission composée de MM. Meuriot, Théophile Roussel et René Semelaigne, d'examiner les titres scientifiques du Dr James G. Kiernan, ex-superintendant du Cook County Hospital et du New York City Asylum,

professeur de médecine légale à la Kent Law School, professeur des maladies mentales et nerveuses au Milwaukee medical College, membre de l'Académie de médecine de Chicago, de la Société de jurisprudence médicale de New-York et de la Société de médecine de Chicago.

La médecine légale des aliénés a été l'objet d'études approfondies de la part du Dr Kiernan, et il s'élève contre les théories des légitistes américains qui n'admettent pas la folie toutes les fois que l'accusé a raisonnable son crime. Il pose en principe que les actes criminels commis par les aliénés ont souvent pour point de départ un motif logique, même lorsque l'objet en est déraisonnable, que l'exécution de projets absolument insensés pent s'allier à une conception saine, et qu'un aliéné criminel prend parfois les précautions les plus minutieuses pour dissimuler son action et éviter d'être compromis.

Parmi les nombreux travaux du Dr Kiernan lus aux Sociétés savantes ou publiés dans les journaux américains, je citerai les suivants :

De la syphilis secondaire comme complication des psychoses;

Du traitement psychique de l'inversion sexuelle congénitale;

Intoxication opiacée héréditaire;

Confusion mentale primitive ou aiguë;

Démence paralytique et assurances sur la vie;

Folie transformée;

Des symptômes mentaux de la goutte;

Le génie est-il une névrose?

Du suicide.

Je vous signale simplement ces travaux, sans entrer dans une analyse qui m'entraînerait trop loin. Votre commission en a pris connaissance, et je suis heureux de vous prier d'accueillir parmi nous, en qualité de membre associé étranger, le Dr James G. Kiernan.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées et M. le Dr Kiernan est nommé membre associé étranger à l'unanimité des membres présents.

Obsession homicide.

M. CH. VALLON. — J'ai été chargé récemment, par la justice, d'examiner un jeune homme, inculpé de tentative d'homicide volontaire sur la personne d'une fille publique; l'examen auquel je me suis livré, m'a amené à reconnaître qu'il s'agissait d'un acte accompli sous l'influence d'une obsession pathologique. Voici le rapport que j'ai rédigé à cette occasion :

Tout d'abord, il n'est pas sans intérêt de transcrire le récit, fait par la victime, des circonstances dans lesquelles elle a été frappée.

« Le 4 août, vers dix heures du soir, je me trouvais, a-t-elle dit, sur le boulevard Beaumarchais, où j'exerce habituellement mon métier. Voyant un jeune homme me regarder, je m'approchai de lui, et l'invitai à venir chez moi. Il commença par me dire non. J'insistai. Il finit par se décider. Je le conduisis à l'hôtel. Il paya la chambre 1 fr. 50 et donna cinquante centimes au garçon. Une fois dans la chambre, il me demanda combien je voulais pour prix de mes faveurs. Je lui répondis : 5 francs. Il me dit : c'est beaucoup, je vais te donner 3 francs. J'insistai un peu et il me donna ce que je lui avais demandé. Nous causâmes ensuite de choses insignifiantes, et, comme il me paraissait triste, je le lui fis observer, en lui demandant s'il avait du chagrin. Il me répondit qu'il était tourmenté, et il ajouta : « Vois-tu, j'ai autant envie d'aller avec une femme, que de me jeter à l'eau. » — « Va, lui dis-je, l'envie te viendra » ; puis je m'assis sur le bord du lit et il prit place à ma droite. A ce moment, je remarquai qu'il avait une chemise de nuit, avec un dessin rouge représentant des petites clefs, et comme je lui disais que je trouvais ce dessin bizarre, il me répondit : — « Oui, ce sont des clefs, elles représentent l'emblème de mon métier, car je suis serrurier. » Mais son dire me parut un mensonge, attendu que ses mains n'étaient pas celles d'un ouvrier. Nous causâmes encore un peu. A un moment, passant son bras gauche autour de mon cou, il me pressa contre lui, et presque au même instant, sans rien dire, il me frappa d'un violent coup de stylet. Avant que je fusse revenue de ma surprise, il s'acharnait sur moi, me frappant avec rage dans le dos, sur les côtés et sur les bras. Parvenant à me dégager par un mouvement brusque, je lui fis lâcher son stylet, je criai au secours, et je pus appuyer sur le bouton de la sonnette ; mais il me saisit de nouveau, et

n'ayant plus son stylet, il sortit un revolver de sa poche et m'en déchargea deux coups à bout portant, en même temps qu'il tirait il me dit : — « Tais-toi, c'est fini. » — Je réussis encore une fois à me dégager et j'en profitai pour ouvrir la porte de la chambre. Juste à ce moment, arrivait le garçon de l'hôtel, que mes cris et les détonations du revolver avaient attiré. Je courus me réfugier dans le bureau. Quant à mon agresseur, il s'en fut tranquillement. Les gens de l'hôtel ne l'inquiétèrent pas, sans doute dans la crainte d'attirer sur la maison l'attention de la police. »

Le Dr Socquet a procédé à l'examen de la victime. Il a constaté sept plaies par instrument piquant et tranchant, sur différentes parties du corps, et, de plus, une blessure par balle de revolver, au-dessus du sein droit. Aucune des plaies n'avait pénétré dans l'intérieur de la poitrine ; la durée de l'incapacité absolue de travail n'a été que de quelques semaines ; les blessures n'ont entraîné aucune infirmité permanente ou temporaire.

Le crime fut raconté tout au long dans les journaux ; mais le meurtrier, étant complètement inconnu de sa victime et des gens de l'hôtel, n'aurait sans doute jamais été découvert, bien qu'il eût abandonné dans la chambre son stylet et une pelerine en caoutchouc, si, un mois plus tard, il ne s'était dénoncé lui-même, d'une façon assez originale, d'ailleurs. Le 5 septembre, le commissaire de police qui avait procédé à l'enquête sur cette affaire reçut une carte-letter ainsi conçue :

Monsieur,

« Le meurtrier de (ici le nom de la victime) ; il est commis rue (ici le nom et le numéro de la maison où était employé l'inculpé). Je me venge.

« LÉA. »

Le lendemain, nouvelle lettre, toujours signée « Léa » et ainsi libellée :

« Vous n'avez pas ajouté foi à ma carte d'hier, c'était pourtant une bonne prise, il a plusieurs crimes sur la conscience ; il s'appelle (ici le prénom et le nom mal orthographié de l'inculpé) ; il est employé chez le rôtisseur, rue... n°... et c'est lui qui a voulu tuer (ici le nom de la victime) rue A..., hôtel de C... »

« Il a tué un homme rue de la Glacière. »

Au reçu de cette seconde dénonciation, le commissaire de police envoya chercher X... ; celui-ci ne fit aucune difficulté pour se rendre auprès de lui. Il affirma d'abord ne pas connaître l'écriture des lettres qu'on lui présentait, et encore moins

ANN. MÉD.-PSYCH., 8^e série, t. III. Janvier 1896. 8. 8

sa dénonciatrice ; puis, il finit par avouer qu'il était son propre dénonciateur, et il fit le récit de son crime. Il ajouta que, n'ayant pas été arrêté après la première lettre, il avait eu l'idée de dire qu'il avait tué un homme, rue de la Glacière, pour donner plus de prix à son arrestation.

Tels sont les faits qui amènent X... devant la justice.

L'inculpé est âgé de dix-neuf ans seulement. Le teint mat, la moustache et les cheveux noirs, il a tout à fait le type méridional ; il est d'ailleurs originaire du Midi. De taille moyenne assez bien développé, il a une physionomie vive et plutôt intelligente. On ne constate chez lui d'autre anomalie qu'une asymétrie du front : la moitié droite est aplatie et plus étroite que la moitié gauche.

Jusqu'à l'âge de quinze ans, X... a fréquenté l'école ; c'était un bon élève, il avait des prix et a obtenu son certificat d'études. Il a appris et exercé le métier de serrurier dans son pays natal ; il habitait chez ses parents. Au mois de juin de l'année dernière, il est venu à Paris, il a d'abord demeuré chez sa tante. Ne trouvant pas de travail comme serrurier, au bout de trois mois, il s'est décidé à entrer comme employé dans une rôtisserie ; il était logé chez son patron.

Les renseignements recueillis sur X... le représentent comme rêveur, taciturne, peu communicatif, mais comme un garçon honnête, rangé, n'ayant pas de mauvaises fréquentations ; sortant peu, il lisait beaucoup ; il ne se grisait pas, mais buvait cependant volontiers de l'absinthe de temps à autre. Il n'a jamais encouru de condamnation.

Depuis son arrestation et son incarcération à Mazas, X... s'est toujours montré calme et lucide. Au cours de divers interrogatoires que je lui ai fait subir, il a toujours très correctement répondu à mes questions, et cela sur le ton de la plus entière sincérité. Il a habituellement l'air plutôt doux ; mais par moments, cependant, les yeux grands ouverts, il regarde fixement et sa physionomie a alors quelque chose de méchant. Il ne varie pas dans ses explications, qui peuvent se résumer ainsi :

Depuis la fin de juillet, il était obsédé par l'idée fixe de tuer une fille publique ; une fille publique et pas une autre femme. Cette idée s'était développée petit à petit, sans qu'il puisse préciser le moment où elle lui est venue pour la première fois. Il ne s'explique pas le pourquoi de cette idée, n'ayant jamais eu de sa vie à se plaindre d'aucune fille publique. D'ailleurs, il ne lui est arrivé que très rarement d'aller avec des filles publiques, il fréquentait surtout des bonnes, dont il faisait la connaissance en portant des rôtis en ville. Il n'a jamais été atteint d'aucune maladie vénérienne. D'abord, il a essayé de repousser l'idée homicide, mais tous ses efforts ont été inutiles, celle-ci s'est

peu à peu complètement emparée de son esprit, elle s'est implantée malgré lui dans son cerveau. Il avait envie de tuer une fille publique, mais sans réfléchir à la façon dont il la tuerait : il ne voyait pas par avance la scène du meurtre, il ne se figurait pas non plus y assister. Il souffrait horriblement : c'était, suivant son expression, « comme une névralgie au niveau des tempes ». Il lui arrivait quelquefois, auparavant, d'éprouver une douleur en ce point, comme un serrement, mais jamais aussi intense. La douleur n'était pas continue, mais revenait à intervalles rapprochés. Il ne pouvait même plus dormir. La vie étant devenue insupportable dans ces conditions, il a pris le parti, pour en finir, de tuer une fille publique quelconque ; il a donc acheté un poignard à cette intention. Néanmoins, pendant quelques jours encore, il a pu résister ; tout le temps, il se faisait cette réflexion : « Si je suis pris, je serai condamné. » Enfin, le 4 août, n'y tenant plus, le soir vers neuf heures, après la fermeture de la rotisserie où il était employé, il est sorti, bien résolu cette fois à tuer la première femme qui le raccrocherait. Il s'était armé d'un revolver chargé à six coups qu'il possédait depuis longtemps, et du poignard acheté quelques jours auparavant.

Il a descendu le boulevard Saint-Michel, puis il a suivi les boulevards Sébastopol, Saint-Martin, des Filles-du-Calvaire, toujours obsédé par la même idée, souvent arrêté par des filles publiques, mais résistant toujours. Ce n'est qu'arrivé au coin du boulevard Beaumarchais et de la rue Saint-Sabin, qu'une fille l'ayant accosté et sollicité plus que les autres, il a fini par céder.

X... se rappelle très bien les péripéties du drame, il confirme les déclarations de sa victime. Avant de frapper, il était tourmenté, anxieux ; pendant qu'il donnait les coups, il éprouvait du plaisir, cela lui faisait du bien, toutefois il ne se souvient pas d'avoir prononcé les paroles que la femme lui prête : « Tais-toi, c'est fini. » Le crime commis, subitement il s'est senti soulagé, il a poussé un soupir comme s'il était déchargé d'un grand poids. Quand le garçon d'hôtel est arrivé, tout d'un coup il s'est rendu compte de la gravité de ce qu'il venait de faire, effrayé, il a remis son revolver dans sa poche, puis il a descendu rapidement l'escalier en criant : « Arrêtez, arrêtez. » Il ne sait pas pourquoi il criait ainsi, à ce moment, il avait un peu perdu la tête. Une fois dans la rue, il a recouvré un calme complet. Tranquille, il s'en est allé ; les gens de l'hôtel auraient pu facilement l'arrêter s'ils l'avaient voulu. Il est passé par la place de la Bastille, le boulevard de la Contrescarpe, le pont d'Austerlitz, les boulevards de l'Hôpital, Saint-Marcel et de Port-Royal. Il est rentré chez son patron et s'est immédiatement

couché ; à peine au lit, il s'est endormi et a reposé paisiblement jusqu'au matin, lui qui, les jours précédents, ne pouvait trouver le sommeil.

Le lendemain, il s'est mis au travail comme d'habitude ; il se sentait à l'aise. Cet état de satisfaction a duré cinq ou six jours ; pendant ce laps de temps il ne pensait nullement au meurtre qu'il avait tenté de commettre. Puis le remords est venu. Il se disait qu'il avait commis un crime ; il avait des regrets ; et tout de suite, il a eu l'idée de se dénoncer. S'il ne l'a pas fait plus tôt, c'est qu'il songeait à ses parents, à la peine qu'ils allaient avoir en apprenant sa conduite ; cette pensée le retenait. Mais ça a été plus fort que lui, il a été obligé de se dénoncer. Il n'a pas plus pu s'empêcher de se dénoncer, qu'il n'avait pu s'empêcher de frapper. Il souffrait d'avoir commis une mauvaise action, mais c'était une toute autre souffrance que celle qu'il éprouvait quand il était tourmenté par l'idée de tuer une fille publique ; avant la crise, c'était une souffrance physique ; après, c'était une souffrance morale. X... explique très bien cette différence. Il n'a pas eu le courage d'aller se dénoncer lui-même, et alors il a eu l'idée d'écrire au commissaire et de signer ses lettres d'un nom quelconque.

X..., on le voit, a commis l'acte qui l'amène devant la justice, sous l'influence d'un trouble cérébral. Ce phénomène pathologique est celui qu'on désigne en médecine mentale sous le nom d'obsession et d'impulsion consciente. Nous retrouvons, en effet, dans l'acte commis par X..., tous les caractères connus de ce syndrome :

1^o Lucidité. — Il se rend compte qu'il a été le jouet d'un phénomène morbide ;

2^o Lutte avant d'arriver à l'acte ;

3^o Anxiété (morale concomitante, et aussi symptômes physiques (céphalgie) ;

4^o Satisfaction consécutive.

La crise pathologique qu'a traversé X... a été courte, elle n'a pas duré plus d'une dizaine de jours en tout. Mais cette obsession homicide n'est pas la seule qui ait assailli X... au cours de son existence. Il y a deux ans, juste à la même époque, dans la première semaine du mois d'août, il a éprouvé une obsession suicide. À cette époque, il était chez son père. Un beau jour, sans aucun motif, sans qu'il puisse s'expliquer pourquoi, l'idée de se tuer lui est venue et s'est peu à peu implantée dans son cerveau. Cette obsession suicide est née, s'est développée identiquement de la même façon que l'obsession homicide ; elle s'est accompagnée de la même anxiété, des mêmes sensations douloureuses de serrement dans les tempes. Comme cette fois aussi, pendant une huitaine de jours, X... a lutté contre l'idée

qui l'envahissait et dont il comprenait l'absurdité. Enfin, au bout d'une semaine, n'y tenant plus, il s'est armé d'un revolver et s'est rendu dans un champ, bien décidé à se tuer ; mais, malhabile à manœuvrer une arme, au moment où il allait diriger le canon contre lui, un coup est parti ; le bruit de la détonation a brusquement changé le cours de ses idées ; il est rentré chez lui en courant, pâle, la figure toute bouleversée, il a raconté à ses parents ce qu'il venait de faire, ce qui se passait en lui depuis quelques jours, et ceux-ci l'ont conduit à un médecin.

L'obsession s'observe rarement chez les gens normaux ; elle se développe parfois dans les cerveaux épuisés par la maladie, par de grands efforts intellectuels, ou par des chagrins prolongés ; mais sa condition pathogénique la plus habituelle est une prédisposition héréditaire. X... ne s'est jamais surmené, ni physiquement ni intellectuellement, il n'a jamais fait de maladie grave, il n'avait aucun chagrin ; au contraire, il était content de son sort, préférant son nouveau métier de garçon rôtisseur à celui d'ouvrier serrurier ; mais il existe chez lui une prédisposition héréditaire dès plus accusées. Sa grand'mère paternelle et son père ont été atteints tous les deux de troubles mentaux.

La grand'mère avait « des manies ». Habituellement triste, elle restait quelquefois une année entière sans sortir de chez elle, sans vouloir recevoir personne ; quand par hasard elle sortait, elle se livrait à des extravagances ; elle faisait des achats absurdes, inconsidérés. Elle est morte subitement.

Le père a toujours été très émotif. Il y a quelques années, une de ses vignes, qui allait entrer en plein rapport, a été envahie par le phylloxera, il en a éprouvé un chagrin tel, qu'il en est tombé dans une profonde mélancolie. Pendant deux ans, il est resté triste, déprimé, languissant, s'ennuyant partout, mangeant à peine.

Il s'était rétabli, mais depuis l'arrestation de son fils, il est retombé dans le même état mélancolique qu'autrefois.

La prédisposition héréditaire ne s'est pas traduite chez X... seulement par des obsessions, mais encore par un état permanent de déséquilibration mentale. L'inculpé est, en effet, d'une inégalité de caractère extraordinaire ; tantôt il est très doux, tantôt, au contraire, violent et emporté. C'est ainsi que, par moments, il « mangeait de caresses ses neveux et ses nièces », tandis qu'à d'autres moments, il les frappait brutalement, et cela sans motif. Il aimait beaucoup sa tante qui habite Paris, ce qui ne l'empêchait pas de lui adresser parfois des injures et même des menaces nullement motivées. A Mazas, il est parfois d'une gaieté tout à fait hors de circonstance, ne paraissant nullement s'inquiéter de la grave imputation qui pèse sur lui ; par instants, sa physionomie prend un aspect méchant. Quand on

lui demande s'il se repent de ce qu'il a fait : « Oh ! oui, dit-il, j'ai des regrets » ; puis, une seconde après, il se met à rire.

Chez l'inculpé il y a donc de l'instabilité mentale, une déséquilibration des facultés intellectuelles. Tant il est vrai que l'obsession pathologique n'est presque jamais un phénomène isolé, mais ne constitue, au contraire, qu'un accident dans le tableau morbide, comme l'attaque convulsive dans l'hystérie, pour emprunter une juste comparaison.

Après tout ce que je viens de dire, il me paraît presque inutile d'ajouter que X... était hors de raison au moment où il a commis la tentative d'homicide dont il est inculpé. L'acte incriminé, en effet, apparaît nettement comme pathologique, qu'on l'examine dans ses causes, comme dans son but. X... a frappé une fille publique qu'il ne connaissait pas, avec laquelle il n'avait eu aucune discussion, non animé par la haine ou un mauvais sentiment quelconque, mais poussé par une impulsion irrésistible ; non dans un but de vengeance ou de profit quelconque, mais pour se soustraire à une obsession intolérable.

De tout ce qui précède, je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° X... est un déséquilibré par voie d'hérédité morbide. Sa grand'mère paternelle, et son père ont été atteints tous les deux de troubles cérébraux ;

2° X..., après avoir eu, il y a deux ans, une obsession suicide, a été pris, au commencement du mois d'août dernier, d'une obsession homicide. C'est sous l'empire de cette obsession pathologique, de cette idée incoercible, de cette impulsion irrésistible, qu'il a commis la tentative d'homicide dont il est inculpé. Il ne saurait donc en être rendu responsable ;

3° X... doit être placé dans un asile d'aliénés.

Paris, le 7 novembre 1895.

Suivant les conclusions de mon rapport, M. le juge d'instruction a rendu une ordonnance de non-lieu ; X..., mis à la disposition de l'autorité administrative, a été envoyé à Sainte-Anne et de là transféré dans mon service à l'asile de Villejuif.

L'observation que je viens de rapporter est un cas type de ce qu'on a l'habitude d'appeler *obsession consciente, impulsion consciente*. Quelques-uns de ses points me paraissent dignes de fixer l'attention.

Pour M. Magnan, l'obsession est toujours un syndrome épisodique de la dégénérescence mentale. Sous une forme aussi absolue, cette proposition ne me paraît pas acceptable, car si elle s'applique à la très grande

majorité des faits, elle ne saurait se rapporter à tous. On peut observer, je crois, l'obsession en dehors de la dégénérescence mentale ; premier point. En second lieu, chez les dégénérés, les obsessions se montrent parfois en si grand nombre, durent pendant de si longues années, qu'elles constituent, sinon toute la maladie mentale, du moins sa partie la plus importante, la plus essentielle ; le qualificatif d'*épisodique* appliqué alors au syndrome me semble constituer un véritable abus de terminologie. Mais pour le fait particulier qui nous occupe, la dénomination de syndrome épisodique de dégénérescence est parfaitement exacte. X... a des antécédents héréditaires, il présente de l'instabilité mentale, c'est un déséquilibré ; il n'a eu que deux crises d'obsession à deux ans d'intervalle, et chacune n'a duré qu'une dizaine de jours en tout : ce sont bien là des épisodes dans son existence. Il est vrai que X... n'a pas encore vingt ans, et on ne saurait dire au juste ce que l'avenir lui réserve. Peut-être les obsessions deviendront-elles plus nombreuses, plus fréquentes, plus rapprochées, au point de ne plus constituer seulement des épisodes, mais d'occuper toute la scène morbide. Si cette éventualité, malheureuse pour le malade, vient à se réaliser prochainement, elle aura au moins l'avantage de faciliter ma tâche ; car si de plusieurs mois aucune nouvelle obsession ne se produit chez X..., quelle conduite devrai-je tenir quand la famille me réclamera sa sortie ? C'est là, je l'avoue, une question qui n'est pas sans me causer à l'avance quelque embarras. X... prétend « que jamais il ne recommencera, que l'émotion a été trop forte ». Mais en réalité il y a tout lieu de redouter une nouvelle obsession à un moment ou à un autre. Voilà un cas où l'intervention de la magistrature me paraîtrait vraiment indiquée pour décider de la mise en liberté.

La plupart des auteurs qui se sont occupés des obsessions pathologiques, insistent sur la conservation de la conscience, dans l'obsession ; ils en font même un des caractères distinctifs de ce syndrome. Sans doute, les obsédés dans leurs périodes de calme se rendent compte de la nature pathologique des phénomènes qu'ils éprouvent pendant leurs crises, mais est-ce à dire que pendant la crise il y ait *conservation de la conscience* ?

M. Séglas s'est élevé avec raison contre cette manière de voir et je suis de son avis; je vais même peut-être plus loin que lui et j'estime qu'à aucun moment de la crise obsédante, la conscience du malade n'est complète, qu'à aucun moment il n'est dans son état habituel de conscience.

Examinons ce qui s'est passé chez mon malade. Dans la période de lutte qui a précédé l'accomplissement de l'acte, X... avait-il sa conscience personnelle complète? Non, puisqu'une partie de sa personnalité était envahie par l'obsession et que, dès lors, une partie des éléments constituant sa personnalité lui échappait. Dans l'accomplissement de l'acte était-il en possession de toute sa conscience? Encore moins, puisque la partie de sa personnalité malade avait contraint la partie saine de la personnalité à commettre un acte contre lequel elle se révoltait. De même dans la période de calme qui a suivi l'accomplissement de l'acte, X... était si peu dans son état de conscience normale que lui, garçon honnête, n'avait aucun regret du crime qu'il venait de commettre, qu'il n'y pensait même pas. C'est seulement au bout de quelques jours qu'a apparu le remords, c'est-à-dire un état en rapport avec sa conscience habituelle.

En somme, tout le temps qu'a duré la crise, mon malade est passé par une série d'états de conscience qui n'étaient aucun son état de conscience normal, à aucun moment il n'avait complètement sa conscience.

Pour M. Séglas l'obsession n'est qu'un état particulier de la désagrégation psychologique, une sorte de dédoublement de la conscience. Je crois qu'on pourrait aller plus loin et dire que dans l'obsession il y a deux consciences, deux existences, mais dont l'une au moins n'ignore pas l'existence de l'autre, contrairement à ce qui se passe chez les hypnotisés qui ont une double conscience, deux existences, mais dont chacune ignore l'autre.

En terminant il n'est pas inutile d'ajouter que X... n'est ni neurasthénique, ni hystérique, qu'il n'a pas d'idées de persécution, pas d'hallucinations et pas de troubles de la sensibilité générale.

M. BRIAND. — M. Vallon est embarrassé au point de vue de la sortie de ce malade et demande l'intervention

de la magistrature ; mais celle-ci devra toujours s'en rapporter à l'avis des médecins.

M. VALLON. — M. Briand a raison dans l'état actuel de la législation. Mais je voudrais que la magistrature, en même temps qu'elle délivre une ordonnance de non-lieu, prît l'initiative d'envoyer le malade qui en est l'objet dans un asile d'aliénés pour un temps minimum limité, au bout duquel on serait appelé à se prononcer de nouveau sur l'opportunité du maintien ou de la sortie. Dans le cas actuel, c'est un déséquilibre dont le déséquilibre est de courte durée. Il n'y a pas de raison, médicalement, pour le garder tel ou tel temps.

M. BRIAND. — Cela revient à dire à l'inculpé : au lieu de vous infliger six ans de prison, nous vous donnons six ans d'internement dans un asile.

M. PAUL GARNIER. — M. Vallon souhaite que l'individu irresponsable, au lieu d'être déféré, en vertu du rapport médico-légal, à l'Administration qui se charge de le colloquer dans un asile, y fût placé *de plano* par la magistrature et qu'il n'en sorte qu'après avis d'une commission spéciale. — Ce vœu auquel je m'associe a été formulé au Congrès pénitentiaire, qui a adopté le rapport que M. Motet lui a présenté au nom de la Société de Médecine légale qui avait signalé cette lacune de la législation actuelle. Il résulte de l'adoption de ce vœu que l'autorité judiciaire, au lieu de renvoyer l'irresponsable à l'autorité administrative, se chargerait elle-même de le placer *de plano* dans un asile.

M. CHARPENTIER. — C'est une question qui revient souvent, que cette intervention de la magistrature dans le placement et la sortie de certains aliénés en particulier. L'administration, à qui la magistrature renvoie l'aliéné irresponsable, peut en effet le faire enfermer ou non. Mais dans la nouvelle loi, le président du tribunal n'est pas davantage obligé de le faire enfermer. En outre, est-il bon que ce soit un juge qui décide de l'envoi dans un asile, et cette décision, émanant d'un tribunal, ne ressemblera-t-elle pas toujours à une condamnation aux yeux du public ? S'il y avait accord entre la magistrature et l'Administration, il n'y aurait plus lieu de s'inquiéter de la question d'internement, mais celle de la sortie reste toujours en suspens. Et puis il est des cas

où le juge lui-même serait très embarrassé, et où on ne pourrait prononcer l'internement, tel que celui où on aurait commis un crime sous l'influence d'un délire toxique involontairement produit.

M. GILBERT BALLET. — Nous nous laissons toujours dominer par les vieilles conceptions métaphysiques sur la responsabilité et l'irresponsabilité. Le rôle de la magistrature est de protéger la société ; le tribunal en fonctions, incapable d'apprécier l'état mental d'un inculpé, demande à des gens compétents de l'éclairer à ce sujet. La nocuité de l'accusé est-elle seulement passagère, ou doit-elle se reproduire ultérieurement, probablement ou fatalement ? La magistrature devrait donc se prononcer sur la permanence ou non-permanence de l'internement, en tout cas en fixer la durée. Ce n'est pas ce qui existe actuellement. La Préfecture de Police ne fait que ce qu'elle veut, le rapport médical n'a pour elle que la valeur d'un simple avis qu'elle suit ou ne suit pas à sa guise. Il faudrait donc que la magistrature ordonnât l'internement pour un temps donné.

M. VALLON. — Le médecin ne conclut pas à l'internement, mais seulement à l'irresponsabilité, il ne va pas plus loin, le reste ne dépend pas de lui. Pour un malade non dangereux, comme un dément qui a volé à l'étagage, il ne tendra pas à l'internement ; mais pour un aliéné réellement dangereux, son rapport aura la même valeur. Il manque donc une autorité pouvant déterminer la durée de l'internement. Il cite l'exemple d'un malade de Ville-Evrard qui a cessé d'être aliéné, mais qui, resté dangereux, a tué sa femme aussitôt après sa sortie.

M. ARNAUD. — Le médecin ne cesse de dire et d'écrire que le malade est dangereux, mais les magistrats ne manquent pas d'intervenir pour déclarer le contraire, et tout est dit. Ce sera encore exactement la même chose avec l'innovation proposée.

M. PAUL GARNIER. — Non, il y aura quelque chose de plus. Aujourd'hui, sur le *rapport judiciaire* du médecin, le magistrat abandonne la poursuite ou la condamnation, et le médecin fait un deuxième *rapport administratif*, c'est-à-dire destiné à faire interner purement et simplement le malade. Or, après le premier rapport, *rapport judiciaire*, la magistrature s'est complètement retirée,

ayant simplement abandonné le délinquant. Celui-ci, par le deuxième rapport, appartient exclusivement à l'Administration qui fait ce qu'elle veut, et qui remet le malade en liberté malgré les certificats médicaux, si bon lui semble. C'est ce qui s'est passé pour le malade cité par M. Vallon ; et c'est là ce qu'on éviterait si, après le premier rapport judiciaire du médecin, les magistrats fixaient la durée de l'internement.

M. ARNAUD croit toujours que, malgré les rapports médicaux, les magistrats déclareront, comme cela s'est vu, qu'un malade n'est pas, et n'a jamais été aliéné.

M. VALLON. — Cela pourra arriver ; mais, du moins, on ne pourra plus, comme aujourd'hui, rendre le médecin responsable en pareil cas.

M. CHRISTIAN. — Le médecin peut se tromper et garder une part de responsabilité ; mais pour le malade, objet de la communication de M. Vallon, il se sentirait très tranquille, et puisque les crises reviennent chez lui tous les deux ans, il le garderait au moins deux ans pour s'assurer que la crise ne se reproduit pas, certain, au cas négatif, que ce séjour à l'asile aura du moins amélioré le malade.

La séance est levée à six heures.

PAUL SOLLIER.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine.

ANNÉE 1894.

Plusieurs questions de physiologie et de pathologie nerveuses ont été traitées à l'Académie de médecine, pendant le cours de l'année 1894, et la pathologie mentale a également fourni son appoint dans les discussions de la savante Compagnie.

Voyons d'abord ce qui a trait à la psychiatrie.

Dans la séance du 30 octobre, M. le Dr Fournier a donné l'exposé complet de sa doctrine sur *les rapports qui existent entre la syphilis et la paralysie générale*. C'est là, pour les aliénistes, une des plus intéressantes questions qui soient; je crois donc devoir commencer cet article par l'analyse détaillée du discours du savant siphiliograph.

La paralysie générale est-elle symptôme, résultat de la syphilis? dérive-t-elle d'elle? Le problème ainsi présenté est, d'après M. Fournier, très mal posé. Il n'est pas si simple que cela, et sa solution complète ne sera acquise « que par l'union de forces diverses, par le syndicat de compétences spéciales associées ». Il exige, en effet, la résolution préalable de quatre questions qui sont du ressort, les unes des cliniciens, les autres des anatomistes, les autres des aliénistes; et c'est précisément ce qui explique cette expression imagée dont s'est servi M. Fournier, « *syndicat de compétences spéciales associées* ».

Ces quatre questions sont les suivantes : 1^o Existe-t-il, oui ou non, comme résultat possible de la syphilis, un syndrome clinique qui mérite le nom de pseudo-paralysie générale? 2^o La paralysie générale vraie peut-elle dériver de la syphilis, et si oui, avec quel degré de fréquence? 3^o La paralysie générale vraie, qui se produit comme conséquence de la syphilis, est-elle de nature ou d'origine syphilitique? 4^o La paralysie générale vraie enfin, qui se produit comme conséquence de la syphilis, se différencie-t-elle par quelques caractères cliniques, anato-

miques ou autres, de la paralysie générale d'origine non syphilitique? Tel est le programme de la discussion.

La première question est résolue aujourd'hui, personne ne nie plus qu'on observe des cas où la syphilis cérébrale provoque, à un moment donné, les symptômes de la paralysie générale. On a dénommé ces cas pseudo-paralysies générales syphilitiques, ils ne constituent pas une entité, ils sont une modalité spéciale de la syphilis du cerveau.

La seconde question doit se résoudre par l'affirmative. Oui, il est reconnu, à notre époque, que la syphilis est très fréquente dans les antécédents des paralytiques généraux. Ainsi, sur vingt-sept statistiques, on trouve des pourcentages de 50 à 94. Un autre argument important : Les syphiliographes qui suivent leurs malades, les voient souvent verser dans la paralysie générale. Inutile, du reste, de reproduire ici tous les arguments en faveur de la thèse, ils sont trop connus des lecteurs des *Annales médico-psychologiques*.

La troisième question : Quel est le lien pathogénique qui unit la paralysie générale à la syphilis? est toujours très discutée. Pour les uns, la syphilis ne provoque la paralysie que si l'organisme est préparé par l'hérédité, ou par l'alcoolisme, ou par le sarmenage, etc. Pour d'autres, c'est au contraire la syphilis qui prépare l'organisme, le terrain, comme on dit souvent. Pour d'autres, la paralysie est une sorte de reliquat, de dégénérescence consécutive à des lésions ou à des symptômes ayant intéressé préalablement le système nerveux au moment de l'infection. Pour d'autres encore, la paralysie générale est le résultat d'une sorte de cachexie infectieuse réagissant sur l'encéphale, soit par l'intermédiaire des troubles vaso-moteurs familiers à la syphilis, soit par affaiblissement, épuisement fonctionnel du cerveau devenu incapable de résister aux influences morbifiques. A signaler aussi la théorie des toxines (Strumpelle) : le microbe de la syphilis (qu'on n'a pas encore isolé) déterminerait d'abord des phénomènes morbides résultant de son action propre, directe, c'est-à-dire la syphilis vulgaire justiciable du mercure et des iodures. Plus tard, ce même microbe élaborerait une toxine particulière qui, infectant à son tour l'organisme, déterminerait un autre ordre d'accidents très différents des premiers et réfractaires aux médicaments spécifiques, les prototypes de ces accidents seraient la paralysie générale et l'ataxie locomotrice.

M. Fournier se refuse à discuter ces différentes théories, et

il s'en tient à l'examen de cette seule question : la paralysie générale des syphilitiques est-elle une affection de nature syphilitique ou seulement de provenance, d'origine syphilitique ?

Bien des médecins aujourd'hui en sont arrivés à faire de la paralysie générale une simple expression symptomatique de la syphilis, au même titre qu'une plaque muqueuse par exemple; M. Fournier rejette absolument cette conception. Il est convaincu que nombre d'individus « ne seraient pas devenus paralytiques s'ils n'avaient pas au préalable attrapé la vérole », mais il se refuse à qualifier la paralysie à la façon d'un chancre. Il reconnaît que le traitement spécifique n'a aucune action sur la paralysie.

La paralysie, dit-il, procède bien de la syphilis, mais d'une autre façon que la gomme. De quelle façon procède-t-elle ? Il n'en sait rien, le *comment* lui fait défaut, le fait seul subsiste.

On peut cependant faire des hypothèses. Très sûrement la syphilis n'engendre pas seulement les altérations dites spécifiques, elle engendre aussi de nombreux accidents non syphilitiques de nature, mais syphilitiques d'origine, parce qu'ils ne se seraient pas produits sans elle. Ces accidents, ces affections, M. Fournier les dénomme *parasyphilitiques*.

Les affections parasyphilitiques ont un caractère commun distinctif ; ils ne relèvent pas exclusivement, au point de vue étiologique, de la syphilis. Le tabes, la neurasthénie, le rachitisme, l'hystérie, l'infantilisme, l'hydrocéphalie, les malformations natives, les arrêts de développement, etc., sont des affections parasyphilitiques. Elles peuvent se produire en dehors de la syphilis, mais sont très souvent régies par elle, et elles ne sont pas influencées par le traitement spécifique. La paralysie générale rentre dans ce groupe.

Quant à la quatrième question : La paralysie générale vraie qui dépend de la syphilis, diffère-t-elle par quelques caractères spéciaux de la paralysie générale indépendante de la syphilis ? M. Fournier dit que ce n'est pas aux syphiliographes à la résoudre. A chacun son métier, ajoute-t-il, c'est là l'affaire des aliénistes.

J'ai scrupuleusement analysé le discours de M. Fournier, et je crois bien que, ainsi comprise, sa théorie ralliera tous les observateurs libres d'idées préconçues. Ses conclusions sont scientifiquement déduites, et il n'existe pas d'affirmations hâtives. Combien ces conclusions si sages s'éloignent-elles des con-

clusions de certains aliénistes qui, égarés par leur enthousiasme, et plus royalistes que le roi, s'en vont disant que quand on ne retrouve pas la syphilis dans les antécédents d'un paralytique, c'est qu'on n'a pas su la chercher!

Admettre entre la paralysie générale et la vérole les mêmes sortes de rapports que ceux qui existent entre l'hystérie, par exemple, ou bien le rachitisme et cette diathèse, est une donnée qui me paraît devoir satisfaire tous les aliénistes. En somme, dans tout le discours du savant professeur, un seul point pourrait peut-être être discuté, c'est l'emploi de l'expression *parasyphilitique*, laquelle expression signifie, ce me semble, *presque syphilitique*.

Dans la séance du 27 novembre, M. Laborde a présenté *trois enfants microcéphales idiots*, nés de père et mère ayant, le père quarante ans, la mère trente-cinq ans, tous deux très bien constitués, d'une bonne santé et exempts de toute tare héréditaire.

Les trois enfants, une fille, l'aînée, et deux garçons, ont l'attitude simiesque. Ils marchent le tronc incliné en avant, le rachis ne présentant qu'une seule courbure à convexité postérieure, les avant-bras fléchis et rapprochés du tronc, les jambes écartées. Ils marchent souvent aussi *à quatre pattes*; les poignets alors sont fléchis et ils appuient sur le sol.

Le facies est sans expression. Les mesures anthropométriques ne sont pas données; il est dit seulement que les membres supérieurs sont trop longs, et que la circonférence céphalique totale est égale chez l'aînée, la fille, à 35 centimètres; chez le second enfant, un garçon, à 38 centimètres; et chez le troisième enfant, un garçon aussi, à 39 centimètres.

Ces idiots ne savent pas parler; il faut les faire manger; ils sont incapables d'attention. Cependant, en les observant attentivement, on voit que l'idiotie va en diminuant, de la fille, qui est l'aînée, jusqu'au dernier garçon. Chose à noter, les mêmes parents ont eu, quelques années après, deux autres enfants successivement. Or, ces deux enfants étaient normaux au physique et nullement idiots.

M. Laborde présente ces trois dégénérés comme des types de microcéphales ayant le crâne plus large à la base qu'au sommet. Ils sont tous les trois dans un état végétatif analogue à celui dans lequel se trouvent des pigeons privés de leurs hémisphères cérébraux. Ce sont des idiots par insuffisance de volume et de développement cérébral, n'ayant que le cri protu-

bérantiel pour exprimer leurs impressions. C'est un cas de régression involutive au type simien, un cas d'atavisme.

M. Lancereaux, se basant sur la naissance postérieure de deux enfants normaux, croit que la syphilis a été la cause de l'arrêt de développement.

M. Lagneau insiste sur la courbe rachidienne unique de ces dégénérés microcéphales. C'est une particularité qui les rapproche des grands simiens anthropomorphes. On sait que chez l'homme normal, le rachis présente une convexité dorsale et une concavité lombaire.

M. Besnier, répondant à M. Lancereaux, fait observer qu'à Paris, les parents sont bien souvent syphilitiques, et cependant qu'on ne rencontre qu'un petit nombre d'enfants microcéphales.

M. Guéniot, enfin, rappelle l'autopsie d'un enfant certainement syphilitique. Le cerveau petit, ratatiné, ne pesait que 47 grammes; l'enfant avait trois mois et demi.

Une troisième et dernière question de psychiatrie a été discutée dans la séance du 25 septembre. M. G. Lagneau fit, à cette époque, une communication intitulée : *Consanguinité et hérédité morbide*.

Voici la thèse soutenue par M. Lagneau : La consanguinité en elle-même n'est pas nocive, comme beaucoup le soutiennent. L'action nocive qu'on lui attribue est, en réalité, due à l'hérédité morbide. Et plus encore, la consanguinité non entachée d'hérédité morbide n'est en général qu'avantageuse.

Il y a quarante ans, Budin soutint que la consanguinité des parents provoquait souvent la surdi-mutité chez les rejetons; mais, depuis, des statistiques nombreuses et des observations rigoureuses ont démontré la fausseté de la proposition de Budin.

La zoologie, la zootechnie, l'histoire, la démographie prouvent que la consanguinité des procréateurs valides n'est nullement nuisible. Jadis, chez les Grecs, les frères et sœurs issus du même père, mais de mères différentes, pouvaient se marier entre eux. On sait que les unions entre frères et sœurs étaient la règle dans les familles souveraines d'Egypte; ainsi Cléopâtre, fille du frère et de la sœur, et que l'histoire nous dit avoir cependant été belle et séduisante, épousa successivement ses deux frères.

En zootechnie, on recherche souvent, dans l'intérêt des produits, la consanguinité des producteurs.

A notre époque, en France, les unions entre cousins et cousines, oncles et nièces ne sont pas rares, et elles ne sont pas

nuisibles, comme on le dit. Une preuve parmi beaucoup d'autres : Dans certains hameaux des Pyrénées, les habitants ne se marient qu'entre eux ; ainsi, le hameau de Goust, près les Eaux-Chaudes. Or, les exemptions de service militaire pour cause d'infirmités, de faiblesse ou de maladies sont, pour ces hameaux, dans la proportion de 6 p. 1,000 conscrits.

M. Guéniot dit que théoriquement M. Lagneau a raison, mais qu'en pratique, il faut quand même ordinairement déconseiller les unions consanguines, parce que les intéressés n'avouent pas leurs tares. Il cite des exemples de mortalité énorme chez des enfants issus de parents consanguins.

Tout ce qui se rattache à la psychiatrie étant épousé, voici maintenant les différents sujets de physiologie et de pathologie du système nerveux discutés pendant l'année. Je ne suivrai pas, pour les passer en revue, l'ordre chronologique des séances ; il est plus logique et plus simple d'exposer, à la suite les unes des autres, les questions qui se rapportent à un même sujet ou à des sujets analogues.

Maladie de Thomsen. — M. Le Roy de Méricourt fait un rapport sur un mémoire présenté à l'Académie par M. le Dr J.-A. van der Stok, intitulé : « La maladie de Thomsen considérée sous le rapport de l'aptitude au service militaire et de la médecine légale. » (Séance du 18 septembre.)

D'après le Dr van der Stok, c'est en 1832 que Charles Bell signala le premier un état spasmodique des muscles de la main, avec impuissance de desserrer les doigts. En 1876, Thomsen, atteint lui-même de cette affection spasmodique du système musculaire volontaire, publia une étude afin d'obtenir l'exception du service militaire pour son fils atteint lui aussi. En réalité, les sujets qui présentent cette maladie sont incapables d'être soldats.

Quelques données cliniques de cette maladie de Thomsen : les sujets conservent l'apparence de la santé, les dimensions des membres s'équivalent des deux côtés ou à peu près, les viscères sont sains, les grandes fonctions sont normales. Le trouble myotonique qui constitue toute la maladie est ainsi caractérisé : après un repos plus ou moins long, les premiers mouvements sont lents, difficiles, maladroits, et en très peu de temps le fonctionnement des muscles redevient normal. Ce spasme se montre le plus souvent aux bras, aux avant-bras et aux mains. Ainsi, la main fermée, le sujet ne peut l'ouvrir qu'avec de grandes difficultés. Les muscles contractés sont durs, et ils

restent tels de 10 à 27 secondes. Il n'y a jamais de douleurs. Enfin, le symptôme peut se manifester sur tous les muscles volontaires, même sur ceux de la face.

La maladie de Thomsen est congénitale et héréditaire. Les états psychiques intenses et les impressions thermiques favorisent la production des accès. Il arrive, mais rarement, qu'un état de raideur cataleptique envahisse le corps tout entier.

La cause première de cette affection réside-t-elle dans les muscles ou dans les nerfs ? On ne le sait pas. On peut dire seulement que la maladie de Thomsen est une affection congénitale des muscles qui possèdent une excitabilité excessive, laquelle est influencée d'une façon toute spéciale par les excitations mécaniques, psychiques et atmosphériques.

Cette rapide description suffit pour faire comprendre l'intérêt médico-légal d'une telle affection spasmodique.

Anesthésie chirurgicale par un mélange nouveau de chloroforme et d'éther, dans des proportions déterminées. — Communication de MM. Laborde et Meillère faite dans la séance du 19 juin.

Il s'agit d'un mélange de chloroforme et d'éther anhydre dans la proportion de 10 volumes de chloroforme pour 1 volume d'éther. L'addition d'éther a la propriété de conserver au chloroforme toute sa pureté.

Ce mélange, essayé sur le lapin, animal qui succombe très facilement sous l'influence du chloroforme, donne les résultats suivants : après une minute et demie d'inhalation, commencement d'insensibilisation. Après 5 minutes, le lapin ne réagit plus, bien que le réflexe oculo-palpébral persiste. Après 10 minutes, l'anesthésie est complète, l'animal est en résolution absolue. Si on l'abandonne alors, sans lui faire respirer à nouveau le mélange, il se réveille et se relève spontanément, sans présenter aucun accident, vers la quarantième minute.

Si l'on tente, toujours sur le lapin, l'expérience de l'action des vapeurs du mélange sur la muqueuse nasale, on note à peine un léger ralentissement cardio-respiratoire. On sait que les vapeurs de chloroforme pur produisent l'arrêt des mouvements du cœur et des poumons.

En somme, le mélange n'a pas les inconvénients du chloroforme pur ; il a du reste été employé déjà dans des services chirurgicaux, et avec un succès complet.

Un cas de mort par le bromure d'éthyle. (Séance du 19 juin.) — M. Duplay présente un rapport sur ce cas de mort qui avait

été communiqué à l'Académie par M. le D^r Suarez de Mendoza (d'Angers).

Voici le résumé de l'observation : une femme de trente et un ans, forte, bien constituée, exempte de lésions cardiaques, pulmonaires et cérébrales, est atteinte d'une endométrite végétante depuis dix mois. Après bien des traitements infructueux, on propose le curetage qui est accepté avec enthousiasme par la malade, convaincue qu'elle va enfin être débarrassée de ses douleurs.

Le moment de l'opération arrivé, la malade est très calme, nullement effrayée, gaie même. On pratique l'anesthésie au moyen du bromure d'éthyle en versant, sur un mouchoir plié en huit, 8 grammes de l'anesthésique et en appliquant le mouchoir sur le visage. Après trois inspirations rapides, la malade dit : « Vous m'étouffez », sans s'agiter ni chercher à enlever le mouchoir. Puis, de suite après, surviennent deux inspirations stercoreuses, le corps est agité de légères convulsions cloniques rapides, et la respiration s'arrête brusquement. La malade est morte. Le mouchoir n'est pas resté plus de 10 secondes sur la face.

Pendant 40 minutes, on cherche en vain à rappeler la vie : respiration artificielle, tractions rythmées de la langue, flagellations, etc.

Le bromure était d'une pureté absolue. La mort est survenue par syncope cardiaque initiale, comme dans les accidents analogues dus au chloroforme.

C'est le second cas de mort par le bromure d'éthyle ; le premier cas a été noté dans le service de Billroth.

Le rapporteur, M. Duplay, félicite, en terminant, le chirurgien d'Angers d'avoir eu le courage de publier un fait malheureux.

Paralysie consécutive à une angine pseudo-membraneuse reconnue non diphtéritique à l'examen bactériologique. Communication faite par M. Proust en collaboration avec M. Bourgès dans la séance du 18 décembre. — Il n'existe pas de signes cliniques qui permettent d'affirmer la nature d'une angine pseudo-membraneuse ; l'analyse bactériologique seule est capable de juger la question. On sait aussi, et cela complique fort le diagnostic des angines, que le bacille de Löffler provoque, quoique très exceptionnellement, des angines qui ne s'accompagnent pas de fausses membranes. On avait conclu de cette dernière donnée, que les paralysies qui succèdent à des

angines non pseudo-membraneuses sont, quand même, des manifestations de la diphtérie, mais d'une diphtérie anormale.

Il n'en est pas toujours ainsi, et comme Gubler l'a soutenu il y a longtemps déjà, il existe des paralysies qui succèdent aux angines non diphtéritiques, et dont les caractères rappellent absolument ceux de la paralysie diphtéritique. En voici un exemple nouveau :

Un enfant de sept ans est atteint d'une angine non diphtéritique, ce que l'analyse bactériologique démontre. L'angine évolue en dix-sept jours sous la forme pseudo-membraneuse. Quinze jours après la disparition des membranes, le petit malade s'affaiblit, pâlit, devient nerveux, a de la céphalalgie. Puis survient du strabisme, de la paralysie du voile du palais et, enfin, de la paralysie des membres inférieurs. La guérison s'établit après six semaines.

La mère de l'enfant fut atteinte à son tour, et par contagion, d'angine pseudo-membraneuse; chez elle, comme chez son enfant, les recherches bactériologiques les plus complètes démontrèrent l'absence du bacille de Löffler; il n'existe, dans les pseudo-membranes, que des streptocoques.

Gangrènes spontanées d'origine nerveuse. — La question encore si obscure de la pathogénie des gangrènes spontanées a fait l'objet de plusieurs discussions; elle a rempli presque complètement trois des séances de l'année, les séances du 3 juin, du 3 et du 10 juillet; plusieurs orateurs ont pris la parole, je résume succinctement leurs discours.

M. Panas d'abord, à propos d'une observation qu'il relate, exprime cette idée qu'il est une forme de gangrène spontanée qui s'observe chez l'adulte et qui est indépendante de l'athérome, de l'embolie, de la thrombose; sa pathogénie reste obscure. Voici l'observation :

Un homme de trente-cinq ans, à tempérament nerveux, ni syphilitique, ni alcoolique, mais dont le père était goutteux et la mère hystérique, est pris, il y a six ans, de douleurs lancinantes dans le membre supérieur. Ces douleurs se dissipent au bout de trois mois, mais elles sont remplacées par des douleurs analogues dans les cuisses et les jambes; en même temps apparaissent quelques plaques rouges disséminées sur la jambe gauche. Ces accidents douloureux disparaissent pendant quatre ans, puis ils réapparaissent au membre inférieur gauche, lequel devient variqueux. Puis deux phlyctènes se développent sur les orteils, du côté gauche toujours. Ces phlyctènes se cica-

trisent à moitié, puis s'alcèrent, enfin elles deviennent le point de départ d'une gangrène qui envahit progressivement tout le pied. Amputation de la jambe au tiers supérieur, guérison par première intention. Les douleurs diminuent, mais ne disparaissent pas cependant, malgré tous les moyens médicaux essayés; elles finissent pourtant par disparaître sous l'influence du salicylate de soude à la dose de 3 grammes par jour.

L'autopsie du membre enlevé fait voir les artères et veines profondes réduites de volume, oblitérées même par place, sans le moindre caillot obturateur. Il y a prolifération de la tunique endothéliale; la tunique élastique est plissée, la musculaire est normale. Il s'agit donc d'une endovasculite pure, soit primitive, d'origine goutteuse, soit consécutive à une lésion nerveuse. Le nerf tibial antérieur est altéré dans un grand nombre de ses fibres, et c'est pourquoi M. Panas incline dans le sens d'une origine nerveuse de la lésion vasculaire.

M. Verneuil avoue que lorsque des gangrènes spontanées se développent chez des sujets bien portants et exempts de tare morbide, la pathogénie de ces gangrènes reste obscure, inconnue. Mais avant d'opérer, il faut étudier avec soin les antécédents personnels et héréditaires des malades, et il n'est pas rare de voir la thérapeutique médicale amener la guérison sans opération sanglante.

M. Laveran rappelle une observation analogue à celle de M. Panas et qui lui est personnelle. Les nerfs étaient intacts, aussi a-t-il appelé la maladie endartérite oblitérante, il la croit d'origine palustre.

M. Fournier : Les lésions trouvées par M. Panas expliquent le comment et non le pourquoi de la maladie. C'est l'étiologie qui fait surtout défaut dans l'histoire des gangrènes; sauf l'étiologie diabétique, on ne sait presque rien sur ce sujet. Il faut parfois, il en est convaincu, rattacher les gangrènes à la syphilis.

Le 3 juillet, M. Verneuil présente un rapport sur un mémoire de M. le Dr Quénau, chirurgien de l'hôpital Cochin, intitulé : *Névrotomie dans la gangrène douloureuse*, et il en profite pour exprimer son désir de voir discuter au sein de l'Académie cette question des plus intéressantes, des plus anciennes et aussi des plus obscures des « gangrènes périphériques dites spontanées ».

Voici l'observation sur laquelle est basé le mémoire de M. Quénau : Un homme de soixante-quinze ans, colporteur,

robuste encore, sans antécédents alcooliques, est pris, après une course fatigante dans la neige, d'un engourdissement avec sensation de froid dans les deux jambes. Le lendemain, apparaissent dans la jambe droite, des douleurs à caractère névralgique avec crises et irradiations ascendantes suivant les trajets des troncs nerveux. Quelques jours après, le pied devient blanc et froid, puis il se couvre de phlyctènes, la jambe s'œdème, le pied prend la coloration feuille morte et l'état général est très mauvais.

On prescrit des toniques, le pied se momifie et la gangrène remonte à la jambe. Les douleurs sont atroces, le malade demande l'opération que son mauvais état général et l'absence de délimitation de l'escharre contre-indiquent absolument. M. Quénu, devant les insistances du malade, se décide cependant à intervenir chirurgicalement, il pratique, dans le creux poplité, la névrotomie avec résection de fragments des nerfs sciatisques poplités interne et externe et saphène externe. Il pratique également, dans le canal de Hunter, la résection du saphène interne.

Le soir même de l'opération, les douleurs avaient disparu. Quelques jours plus tard, un sillon bien tracé se dessine entre les parties mortes et les parties vives, on ampute au thermocautère un peu au-dessous de ce sillon. A partir de ce moment, l'état général s'améliore, et en somme le malade finit par guérir après avoir séjourné plus d'une année à l'hôpital.

Le point capital de cette observation est l'introduction de la névrotomie à distance dans le traitement des gangrènes des membres, contre le symptôme si cruel, la douleur. Noter que physiologiquement on eut dû s'abstenir; la névrotomie détruisant l'influence des nerfs trophiques, on devait craindre l'aggravation de la gangrène; c'est le contraire qui est arrivé. Il ne faut certainement pas, d'une seule observation, conclure à une règle générale de thérapeutique, mais l'observation de M. Quénu n'en constitue pas moins un document très important. On devrait multiplier les essais chez les malades analogues à celui du chirurgien de Cochin, et même, selon M. Verneuil, agir plus rapidement que M. Quénu ne l'a fait.

Dans cette même séance du 3 juillet, M. C. Paul a donné une observation de gangrène des orteils chez un diabétique, guérie par des bains d'oxygène et des lavages antiseptiques.

Enfin, le 10 juillet, M. Panas présentait un rapport sur un mémoire de M. le Dr Piedvache, intitulé : *Observation relative*

à un cas de névrites périphériques primitives du membre inférieur droit, ulcérations dystrophiques puis gangrène sèche du gros orteil; douleurs excessives; amputation au lieu d'élection, guérison.

Voici l'observation de M. le Dr Piedvache : Un homme de vingt-deux ans, militaire réformé, exempt de toute tare acquise, et n'ayant comme tare héréditaire que l'alcoolisme de son père. Cet homme, alors qu'il était soldat, fut atteint d'un mal perforant du pied, et c'est ce qui fit qu'on le réforma.

Quelques mois après, ce même pied, siège d'un mal perforant, fut atteint de gangrène spontanée, laquelle s'établit lentement, du reste. Après de nombreuses péripéties, les douleurs étant très violentes, l'état général étant très mauvais, le Dr Piedvache se décida à pratiquer l'amputation. La cicatrisation fut complète au bout de dix jours, et le malade guérit radicalement. Celui-ci, examiné deux ans après l'amputation, ne présentait aucun symptôme morbide.

L'autopsie du membre amputé fit voir que les artères et veines de la jambe et du pied avaient un diamètre au-dessous du diamètre ordinaire, que les parois de ces vaisseaux étaient épaissies, mais qu'il n'existant ni athérome, ni lésion apparente. Les nerfs, au contraire, étaient augmentés de volume, durs, d'une couleur rosée et très vascularisés ; en somme, il existait de la périnévrite.

L'intérêt principal de cette observation consiste en la coïncidence du mal perforant et de la gangrène.

Névrite du plexus cardiaque et angine de poitrine par aortite paludique, tel est le titre d'une communication faite par M. Lancereaux dans la séance du 3 juillet.

Selon M. Lancereaux, l'entité « angine de poitrine » laisse toujours à désirer sous le rapport de la pathogénie. Pour les uns, l'angine de poitrine est la conséquence de l'athérome de l'aorte et surtout des artères coronaires ; pour les autres, elle est une névralgie cardiaque ; pour d'autres enfin, elle ne serait qu'une névrite du plexus cardiaque liée à des causes diverses, mais dont la principale serait une lésion de l'aorte. La raison de ces divergences réside en ce qu'on désigne sous ce même nom d'angine de poitrine, des phénomènes morbides souvent dissemblables, elle réside aussi dans des interprétations fausses des lésions auxquelles se rattache le syndrome, et non l'entité, *angor pectoris*.

Les crises d'angine de poitrine ont des caractères particu-

liers, elles surviennent par accès, non provoqués parfois. On ne doit pas les confondre avec les accès de dyspnée, d'angoisse, si fréquents chez les athéromateux. L'aspect clinique seul de l'angine fait supposer qu'il s'agit d'accidents d'origine nerveuse.

M. Lancereaux relate l'observation d'un ancien paludique qui a succombé pendant une crise d'angine. A l'autopsie, on trouva de la névrite du plexus cardiaque, névrite par propagation d'une inflammation dont le point de départ siégeait à la partie supérieure de l'aorte. Il y avait aortite, et cette aortite, M. Lancereaux la rattache à l'impaludisme.

Cette pathogénie nerveuse de l'angine n'a pas été adoptée par beaucoup de médecins français; Peter, pourtant, l'a soutenue dans ses *Cliniques*. Chez nous, on préfère la théorie de l'ischémie du cœur par suite du rétrécissement des coronaires; mais comment expliquer une lésion permanente non nerveuse, provoquant des accidents intermittents et restant absolument silencieuse pendant leurs intervalles? Du reste, c'est la clinique et l'anatomie pathologique qui doivent juger la question, et quand on cherche la névrite, on la trouve.

M. Lancereaux attribue à l'impaludisme une valeur étiologique prépondérante sur les endartérites étendues des parties supérieures de l'aorte. En ce point, il ne semble pas d'accord avec ses collègues, car plusieurs d'entre eux lui font des objections, M. Leroy de Méricourt, entre autres, dont l'expérience en ce qui concerne l'intoxication maremmatique est indéniable. M. Lancereaux lui répond que les syphiliographes ont commencé par nier les gommes du cerveau, que les anatomo-pathologistes s'efforçaient de leur faire admettre.

Si on laisse de côté l'idée des aortites d'origine paludique, il reste de la théorie de M. Lancereaux cette conception que l'angine de poitrine est un syndrome dépendant d'une névrite du plexus cardiaque. C'est la même conception que Peter développe d'une façon si séduisante dans ses *Cliniques*. M. Huchard est, au contraire, partisan de la pathogénie vasculaire, peut-on dire. Il enseigne que des plaques d'athéromes rétrécissent, plus ou moins, les artères coronaires, ou bien obstruent l'orifice de ces artères dans l'aorte. Il en résulte l'ischémie du cœur, d'où les crises d'angine. Je ne me permettrai pas de donner une opinion, d'autant plus que les idées de M. Huchard sont généralement admises en France; je répéterai seulement que la lecture des chapitres de Peter qui concernent l'angine de

poitrine est des plus séduisantes, qu'elle entraîne la conviction. Et j'ajouteraï encore ceci : l'athérome de l'aorte est une lésion très fréquente aux autopsies des sujets ayant dépassé la cinquantaine, l'angine de poitrine, heureusement, ne se montre que dans des proportions en somme minimes. Et puis, il est certain qu'on confond la dyspnée douloureuse, la dyspnée d'effort, comme l'appelle M. Huchard, avec la véritable angine de poitrine. La suffocation, elle-même, ce symptôme si mal étudié encore et à pathogénie si vague, ne me paraît pas avoir de rapport bien intime avec *l'angor pectoris*.

Traitemen physiologique de la mort apparente. — On connaît, dans le monde médical, le procédé « des tractions rythmées de la langue ». M. Laborde, qui l'a inventé, ne manque aucune occasion de démontrer sa supériorité sur les procédés anciens. Il poursuit ainsi une œuvre à la fois scientifique et philanthropique; car il est bien certain que nombre de sujets n'ont échappé à la mort que parce qu'on a employé sur eux le traitement physiologique des tractions rythmées de la langue. En 1894, l'Académie s'est occupée du procédé de M. Laborde à trois reprises différentes, et, d'après les apparences, il est certain que le sujet est loin d'être épuisé et qu'il reviendra encore en discussion en 1895.

Le 8 mai, M. Laborde relate une observation que lui a communiquée M. Luys : Un aliéné, en traitement dans une maison de santé, atteint de mélancolie avec tendance au suicide, se pend à l'espagnolette de la fenêtre de sa chambre au moyen du cordon de sa robe de chambre. M. Luys trouve le malade en état de mort apparente, pouls imperceptible, respiration presque nulle, face cyanosée, etc. On emploie les moyens classiques sans succès, et, après quelques instants, le peu de signes de vie qui subsistaient encore avaient disparu. On employa alors la méthode des tractions rythmées de la langue. Après trois minutes de manœuvre, le malade fait entendre un faible gémississement. Au bout de dix minutes, il était tout à fait revenu à la vie. M. Laborde fait observer que parmi les asphyxies de toute espèce auxquelles on a fait l'application des tractions rythmées de la langue, une seule manquait, l'asphyxie par strangulation; grâce à M. Luys, la lacune est maintenant comblée.

M. Léon Labbé, dans sa séance du 30 octobre, relate l'observation d'un enfant chloroformisé en ville avec l'assistance de plusieurs confrères, et qui, dès le début de la chloroformisation, fut pris d'asphyxie. La mort semblait absolue, les pupilles

étaient dilatées au maximum. On tenta les tractions rythmées de la langue et la vie revint « extraordinairement vite ». Et M. Léon Labbé en conclut que dans le traitement de la mort apparente, suite des inhalations de chloroforme, les tractions rythmées de la langue sont de beaucoup préférables à la respiration artificielle.

M. Verneuil vient alors déclarer que depuis longtemps, dans les cas analogues, il n'employait plus que les tractions rythmées combinées avec la flagellation de l'épigastre avec un linge mouillé.

M. Laborde remercie les précédents orateurs; il attendait depuis longtemps l'approbation des chirurgiens, sachant qu'ils avaient de nombreux cas heureux dus à sa méthode et il commençait même à s'étonner de leur silence.

Dans la séance du 4 décembre, M. Laborde rencontra une certaine opposition de la part des accoucheurs, non pas que ceux-ci rejettassent sa méthode comme tout à fait inférieure, mais ils avouaient ne pouvoir reconnaître sa supériorité sur le procédé de l'insufflation pulmonaire. M. Laborde avait relaté un cas que lui avait communiqué M. le Dr Guiet (de Mons-sur-Guesnes). Il s'agissait d'un nouveau-né en asphyxie blanche. Le médecin arrive, au moyen de tractions rythmées, à rappeler chez lui quelques signes de vie; mais, appelé brusquement auprès de la mère, il abandonne l'enfant, à moitié revenu à la vie, à la sage-femme. Celle-ci employa les procédés classiques et l'enfant retomba en état de mort apparente, en asphyxie blanche. Le médecin alors recommença les tractions de la langue et, pour la seconde fois, le nouveau-né ressuscita. M. Laborde avait relaté cette observation parce qu'il la trouvait tout à fait remarquable, et il profita de la circonstance pour décrire une pince spécialement destinée à saisir la langue des nouveau-nés, pince de son invention, bien préférable aux pinces des trousses dont on se sert ordinairement.

C'est alors que M. Gueniot lui objecta que sa pince ne pouvait que compliquer la vulgarisation de son procédé, et il ajouta que l'insufflation, plus difficile à pratiquer que les tractions rythmées, lui avait cependant donné tant de succès dans des cas qui semblaient désespérés, qu'il ne pouvait se décider à l'abandonner.

M. Tarnier parla dans le même sens, il prétendit qu'il avait réussi à rappeler à la vie des enfants chez lesquels les tractions avaient échoué.

M. Laborde a répliqué; mais ce n'est qu'en 1895, que cette question sera définitivement jugée, et il semble bien que M. Laborde finira par ne plus avoir de contradicteurs.

Nous arrivons à une dernière étude, étude de physiologie, mais qui, jusqu'à un certain point, se rapporte à la pathologie. Il s'agit de *Recherches expérimentales sur la pathogénie du coup de chaleur*, par MM. Laveran et Paul Regnard.

On sait ce qu'on entend par le *coup de chaleur*, on sait que cette maladie exerce des ravages très graves sur les armées en marche pendant l'été, rappelons seulement les principales opinions sur la pathogénie de cet accident. D'après C. Bernard, le coup de chaleur est dû à la coagulation, par la chaleur, des fibres musculaires, particulièrement des fibres cardiaques. Pour M. Vallin, la coagulation de la myosine, chez l'homme et les animaux supérieurs, se produit quand la température rectale s'élève à 45 degrés.

Mais, chez les soldats, le coup de chaleur se déclare souvent à des températures bien inférieures à 45 degrés, à 24 ou 26 degrés, par exemple. Aussi, M. Vallin s'est-il demandé si l'on ne devait pas faire intervenir, pour expliquer les accidents, l'action de la chaleur sur le système nerveux central. Cette théorie nerveuse a rallié bien des observateurs et bien des expérimentateurs. On a aussi admis une auto-intoxication, des leucomaines produites par la fatigue et la chaleur agiraient sur le système nerveux. Enfin, on a aussi voulu faire intervenir des modifications dans les proportions des gaz contenues dans le sang.

En somme, les contradictions sur les théories aussi bien que sur les lésions trouvées aux autopsies sont nombreuses. Et c'est pourquoi MM. Laveran et Regnard ont cherché, par des expériences nouvelles, à résoudre cette question de la pathogénie du coup de chaleur.

Ils ont expérimenté sur des chiens placés dans des étuves et dont on soumettait quelques-uns à un travail forcé en les maintenant dans une roue tournante placée également dans l'étuve.

La première donnée résultant des expériences est celle-ci : les chiens qui travaillent succombent bien plus vite que les autres, à température égale. Ce qu'on peut expliquer de plusieurs façons : la chaleur produite par l'exercice s'ajoute à la chaleur du milieu. Les déchets résultant de l'exercice s'ajoutent à ceux résultant de l'hyperthermie du milieu, d'où auto-intoxication plus puissante. L'acide carbonique s'accumule dans le sang des animaux qui fatiguent. Toutes ces hypothèses valent

ce qu'elles valent, la conséquence pratique est que la fatigue, la marche, par conséquent, favorise le coup de chaleur pendant les chaleurs de l'été dans nos climats.

Quant aux chiens qui ne travaillaient pas et qui succombaient par le fait de l'hyperthermie seule du milieu, leur température s'élève à 45 degrés. Voici, du reste, les conclusions que les auteurs tirent de leurs expériences : l'exercice favorise puissamment la production des accidents occasionnés par la chaleur. Les animaux supérieurs meurent quand la température du milieu extérieur s'élève à 45 ou 46 degrés. Dans les conditions ordinaires où se produit le coup de chaleur, la mort ne s'explique ni par la coagulation de la myosine, ni par l'asphyxie, ni par l'auto-intoxication. Elle paraît la conséquence d'une action directe, excitante d'abord, paralysante ensuite, de la chaleur sur le système nerveux.

M. Vallin fait observer que ses expériences personnelles ne peuvent être comparées à celles de MM. Laveran et Regnard, les conditions d'expérimentation sont absolument différentes; il estime qu'il s'est mis, lui, dans des conditions qui se rapprochent davantage de celles des soldats en marche que ne l'ont fait MM. Laveran et Regnard. Il dit, qu'en somme, il faut reprendre à nouveau la question, car, scientifiquement, on ne peut mettre en regard les résultats auxquels il est arrivé et ceux auxquels sont arrivés ses collègues. Il persiste enfin dans sa théorie de la coagulation de la myosine, lorsque, bien entendu, on met les animaux dans les conditions dans lesquelles il les a mis.

M. Laveran répond à son tour à M. Vallin (séance du 26 décembre), il reconnaît que ses conditions expérimentales ne sont pas celle de M. Vallin, et, comme ce dernier, il croit que la question est à reprendre; mais il persiste à regarder comme acquis que « la chaleur agit directement sur le système nerveux de l'homme », et que c'est lui le principe pathogénique, pour ainsi dire, du coup de chaleur.

M. Le Roy de Méricourt, enfin, vient apporter l'opinion des cliniciens sur la question. Les expériences sur les animaux ne peuvent pas, dit-il, reproduire l'ensemble des troubles physiologiques qui amènent chez l'homme la mort par le coup de chaleur, car l'étiologie du coup de chaleur est très complexe. En France, par des températures de 25 à 30 degrés, et quelquefois moins, des soldats sont terrassés pendant des revues ou des marches. Il faut tenir compte, non seulement de la chaleur,

mais de la fatigue, du poids de l'équipement, de la coiffure, de l'absence de brise, etc. A bord des bateaux qui traversent la mer Rouge, des passagers meurent dans leurs chambres, de coup de chaleur, alors que les chauffeurs qui travaillent dans les chambres de chauffe à des températures de 60 à 70 degrés ne sont que très rarement atteints de cette maladie. En résumé, il faut tenir compte d'une multitude d'éléments divers, et il ne faut pas conclure exclusivement des expériences de laboratoire.

L. CAMUSSET.

BIBLIOGRAPHIE

The Pathology of Mind (La Pathologie de l'Esprit); par le Dr Henry Maudsley. 1 vol. in-8°, London. Macmillan and C°, 1895.

Voici un livre qui se recommande de lui-même, ayant la rare fortune, pour un ouvrage scientifique, de paraître pour la quatrième fois, successivement modifié, développé, refondu et toujours aussi favorablement accueilli du public. En 1867, M. Maudsley donnait, en effet, la première édition de *The Physiology and Pathology of Mind* qui était suivie d'une seconde l'année suivante. En 1876, la première partie de cet ouvrage reparaissait séparément (1), suivie en 1879 de la seconde partie dont la deuxième édition vient de voir le jour (2).

Ce livre est un véritable Traité de pathologie mentale. Dans ses quatre parties subdivisées elles-mêmes en plusieurs chapitres, sont successivement étudiées : 1^o la nature et les causes de la folie ; 2^o sa symptomatologie ; 3^o ses variétés cliniques ; et 4^o enfin son anatomie pathologique et son traitement.

Rien de plus classique en apparence que cet ouvrage, à consulter la table des matières, et en réalité rien qui réponde moins à l'idée qu'on se fait d'ordinaire d'un traité concernant un point spécial de la pathologie. Dédaignant les classifications, les divisions artificielles, et le galimatias gréco-latin des nomenclatures en usage; s'élevant au-dessus des questions d'école et de doctrine, suivant invariablement les grandes lignes sans se perdre dans les détails et les minuties, M. Maudsley se tient toujours dans les sphères supérieures, écrivant non pour des praticiens ou des étudiants, mais pour les *honnêtes gens* dans le sens que nos pères attachaient à cette expression, je veux dire pour les esprits cultivés en général, quelle que soit la spécialité de leurs études et de leurs connaissances : pour le savant, le littérateur, l'homme de loi, pour quiconque, en un mot, veut avoir des clartés de tout, y

(1) *The Physiology of Mind.*

(2) *The Pathology of Mind.*

compris le médecin lui-même. On croirait reconnaître dans ce livre la collaboration de trois hommes divers : un aliéniste, un philosophe et à l'élégance du style, à l'abondance des images, au souci constant de la forme, un homme de lettres. Il en résulte une originalité toute spéciale qui fait de l'œuvre de M. Maudsley une œuvre unique dont il n'existe pas, que nous sachions, d'analogie dans notre langue.

Dès la première ligne se révèle la manière de l'auteur, et dans la définition même de la folie : « La folie, dit-il, est un dérangement des grandes fonctions psychiques, intelligence, sensibilité et volonté, qui, troublées ensemble ou séparément, mettent l'individu hors d'état de penser, de sentir et d'agir comme le corps social dans lequel, pour et par lequel il vit. »

Un médecin doublé d'un philosophe pouvait seul faire ainsi intervenir la sociologie dans sa définition de la folie et cette combinaison de deux formes diverses de la pensée humaine étant admise, elle apparaît bientôt logique et pleine de conséquences intéressantes. Il est évident, par exemple, que le milieu social est la condition même de l'existence de la folie et qu'en dehors de ce milieu elle ne saurait se développer. De même qu'un réflexe ne se produit pas s'il n'est excité par un stimulus approprié, de même l'intelligence ne saurait réagir en dehors du milieu qui la presse de toute part et l'influence de mille manières.

Au point de vue purement médical, on serait tenté, pourtant, de risquer quelques timides réserves quand l'auteur semble insinuer que la folie n'est, en somme, qu'une dérogation aux mœurs intellectuelles, aux manières de sentir et de penser du milieu social. Je veux bien que l'homme du moyen âge, par exemple, serait fort dépaysé, fort désorienté intellectuellement, s'il se trouvait tout à coup transporté en plein xix^e siècle; sa pensée ne serait pas adaptée à ce nouveau milieu, mais il ne serait pas fou pour cela. Je veux bien croire encore, que si quelque fanatique renouvelait, de nos jours, les exploits acrobatiques de Siméon le Stylite, il passerait avec raison pour un fou authentique; mais j'ai quelque soupçon que Siméon le Stylite, le vrai, tout adaptée que fût sa conduite au milieu social de son temps, tout admirable et édifiante qu'elle ait paru à ses contemporains, avait tout de même le crâne un peu fêlé.

C'est ainsi que l'aliéniste, dans la première partie de l'ouvrage consacrée aux causes de la folie, paraît s'effacer un peu derrière le philosophe. Ces pages n'en sont pas moins remar-

quables et d'un puissant intérêt. L'homme est une résultante : il possède en quelque sorte trois natures : sociale, familiale et individuelle. Façonné par le milieu, il l'est aussi par ses ancêtres. Nous ne sommes pas plus isolés dans la nature que dans la société ; nous appartenons à une famille qui se distingue par ses caractères propres des autres familles. La structure cérébrale qui conditionne notre humeur, nos penchants, nos pensées est essentiellement le substratum et, si l'on peut dire, l'incarnation accumulée d'une multitude d'expériences avec toutes leurs modalités sensitives et motrices, écho de celles de nos pères. Enfin, outre ces deux natures qui déterminent d'avance les lignes fondamentales de la structure mentale de l'homme, il a encore sa nature propre résultant des lois de la variation, qui sont pour ainsi dire sans limites.

Ainsi donc, une enquête complète sur les causes de la folie ne saurait en aucune manière être renfermée dans les limites d'un événement particulier. Le milieu social, c'est-à-dire la civilisation y joue son rôle, moins important peut-être qu'on ne l'a supposé, et si la folie s'accroît réellement au milieu des hommes civilisés, c'est beaucoup plus la faute de leurs plaisirs que de leurs peines. Le rôle des dispositions familiales, autrement dit de l'hérédité, est d'une importance tout autre. Dans la grande majorité des cas la tendance à devenir fou est pré-existante et originelle ; cette prédisposition est faible ou forte, parfois fatale : « Le fou par excellence, si l'on peut s'exprimer ainsi, dit M. Maudsley, est une victime du sort ; il devient fou quelles que soient les circonstances de la vie ; il deviendrait fou même dans le ciel ! »

Nous ne pourrions, sans dépasser les bornes d'une simple analyse, suivre l'auteur dans cette étude, pleine d'aperçus profonds, des causes de la folie. Après avoir passé en revue les difformités mentales et la longue série des dégénérés qu'il désigne sous le nom d'individus à *tempérament fou*, après avoir, en outre, exposé que le tempérament fou se développe dans deux directions différentes, la folie et le crime, l'auteur passe à l'étude des causes occasionnelles.

Ce que nous savons à ce sujet est bien peu de chose. Presque jamais la cause assignée n'est la vraie. Il est impossible de séparer les causes morales des causes physiques, tout phénomène moral prenant lui-même sa source dans un phénomène physique. L'action de ces causes est d'ailleurs facilitée par la faiblesse de l'organisation mentale, native ou acquise, par une

susceptibilité et une instabilité particulières de l'élément nerveux, tantôt prompt aux décharges épuisantes, tantôt inerte et incapable de réagir. Ce manque d'équilibre dans les divers centres nerveux dont les fonctions ne sont plus suffisamment solidaires et harmoniques est le résultat d'un développement défectueux du plasma germinatif à travers les générations successives.

Signalons encore un bon paragraphe sur le rôle des intoxications dans la genèse de la folie ; il n'y manque, à notre gré, que quelques développements plus étendus sur le rôle des infections, un peu oubliées par l'auteur.

La deuxième partie de l'ouvrage comprend l'étude des formes mentales. M. Maudsley en décrit quatre : 1^o la folie avec dépression ou mélancolie ; 2^o la folie avec excitation ou manie ; 3^o les difformités mentales aboutissant à la folie, ce que nous appellerions les folies systématisées ; 4^o les faiblesses mentales, comprenant l'idiotie, l'imbécillité et la démence.

Dans la mélancolie, l'auteur distingue les variétés suivantes : a) mélancolie simple, qui se présente elle-même sous des aspects divers : mélancolie avec conscience, impulsive, suicide, homicide. La folie du doute trouve ici sa place ; b) mélancolie avec délire ; c) mélancolie avec stupeur ; d) mélancolie délirante aiguë qui correspond à la forme mélancolique de notre délire aigu. À la mélancolie, l'auteur rattache l'hypocondrie, l'agoraphobie et la claustrophobie.

La manie se subdivise en manie simple, aiguë, chronique et manie délirante aiguë correspondant à notre délire aigu de forme maniaque. La folie circulaire est décrite comme variété de la manie.

J'arrive à ce que l'auteur appelle difformités mentales aboutissant à la folie ou *folie paramorphique*, c'est-à-dire se développant par suite d'une exagération progressive des tendances psychiques fâcheuses, sans désordre aigu, sans perturbation violente de l'intelligence. « Outre les deux formes principales de trouble général de l'esprit, il existe, dit l'auteur, une catégorie de faits qui constituent non une maladie dans le sens strict du mot, mais un état de développement irrégulier et incorrect des facultés, une difformité, une déviation du type plutôt qu'une perturbation réelle de l'intelligence. Ce sont les folies systématisées, maturation progressive, pour ainsi parler, des variétés du *tempérament fou*. »

L'auteur, comme on le voit, fait entrer tous les délires systé-

ANN. MÉD.-PSYCH., 8^e série, t. III. Janvier 1896. 10. 10

matisés dans le cadre des dégénérescences; le délire de persécution, type Lasègue, ne se distingue pas pour lui, comme origine, des autres délires systématisés. Nous trouvons successivement décrits : le délire de persécution avec hallucinations ; le délire des grandeurs ; la folie raisonnante et persécutrice ; l'érotomanie, la folie religieuse, le délire des inventeurs, enfin les folies de la jalousie et de l'avarice.

La troisième partie du livre de M. Maudsley est consacrée aux variétés cliniques des folies dont il vient de décrire les formes générales. Ces variétés sont en rapport avec l'âge, le sexe, les diverses fonctions physiologiques et certaines maladies particulières. Ce sont : la folie des enfants, celle des adolescents, des masturbateurs, des nouvelles accouchées, de la ménopause et de la vieillesse. La paralysie générale vient ensuite, puis les folies épileptique, alcoolique, et celles qui sont liées aux affections organiques du cerveau. Quelque contestable que soit le plan suivi par l'auteur dans cette partie de son ouvrage, on ne peut que rendre hommage au talent qu'il déploie dans l'exposé de ces diverses formes morbides, soit par le relief des descriptions, soit par la précision des détails et la préoccupation toujours constante d'un style imagé s'élevant parfois jusqu'au ton de l'éloquence véritable.

Nous avons insisté surtout sur l'analyse de la première partie du livre de M. Maudsley parce que c'est dans cette partie, que se trouvent, à notre avis, les idées les plus originales de l'auteur et pour l'élaboration desquelles il a dû puiser beaucoup plus dans son propre fonds que dans le fonds commun de la pathologie mentale. Nous regrettons seulement de n'avoir réussi qu'à en donner un bien vague aperçu, malgré l'étendue insolite de cette notice bibliographique. Quant aux autres parties, pour être moins neuves, elles n'en sont pas moins dignes de retenir le lecteur, tant par la nouveauté de la forme que par l'intérêt qui s'attache aux considérations philosophiques dont l'auteur ne manque jamais l'occasion d'assaisonner ses développements concernant la pathogénie, la clinique et le traitement des maladies mentales.

A. CULLERRE.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE Bureau pour 1896

La Société médico-psychologique a procédé, dans sa séance du 30 décembre 1895, au renouvellement de son Bureau pour l'année 1896.

Ont été élus :

Président : M. CHARPENTIER ;

Vice-président : M. PAUL GARNIER ;

Secrétaire général : M. RITTI ;

Secrétaire annuels : MM. SEMELAIGNE et SOLIER ;

Trésorier : M. JULES VOISIN.

LISTE DES MEMBRES

MEMBRES HONORAIRES

CONSTANS, inspecteur général honoraire des asiles d'aliénés, Saint-Vrain (Seine-et-Oise). — 10 avril 1863.

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

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

LEGRAND (Maximin), médecin, 39, rue de Grenelle. — 27 mars 1865.

LOISEAU (Ch.), médecin, 12, rue de Pernelle. — *Membre fondateur*.

MESNET (E.), médecin honoraire des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine, 5, rue Royale. — 30 janvier 1860.

MITIVIÉ (Albert), médecin, 7, cité Vaneau. — 22 avril 1863.

MEMBRES TITULAIRES

ARNAUD (L.-F.), médecin-adjoint de la maison de santé, 2, rue Falret, Vanves (Seine). — 27 mai 1889.

BALLET (Gilbert), professeur agrégé de la Faculté de médecine,

- médecin des hôpitaux, 39, rue du Général-Foy. — 28 mai 1883.
- BLIN, médecin-adjoint de l'asile de Vaucluse, par Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise). — 25 mai 1889.
- BOUCHEREAU, médecin en chef à l'asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis. — 27 novembre 1871.
- BOURNEVILLE, médecin de Bicêtre, 14, rue des Carmes. — 26 janvier 1880.
- BRIAND (Marcel), médecin en chef de l'asile de Villejuif (Seine). — 25 juillet 1881.
- CHARPENTIER, médecin de Bicêtre, Gentilly (Seine). — 30 mai 1881.
- CHASLIN (Ph.), médecin-adjoint de Bicêtre, 64, rue de Rennes. — 23 mai 1887.
- CHRISTIAN (Jules), médecin de la maison nationale de Charenton, Saint-Maurice (Seine). — 26 juin 1865.
- COLLINEAU, médecin, avenue de la République, Courbevoie (Seine). — 31 mars 1873.
- DAGONET (H.), médecin en chef honoraire des asiles de la Seine, 1, rue Cabanis. — 22 février 1858.
- DUBUSSON (Paul), médecin en chef à l'asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis. — 18 mai 1885.
- DUPAIN, médecin-adjoint de l'asile d'Alençon (Orne). — 25 juin 1888.
- FALRET (Jules), médecin de la Salpêtrière, 114, rue du Bac. — 27 mars 1854.
- FEBVRE, médecin en chef à l'asile de Ville-Evrard, près Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 25 février 1889.
- FÉRÉ (Ch.), médecin de Bicêtre, 37, boulevard Saint-Michel. — 25 juin 1883.
- GARNIER (Paul), médecin en chef de l'infirmerie spéciale du Dépôt de la Préfecture de police, 16, boulevard Montmartre. — 25 juillet 1881.
- GOUJON, sénateur, 15, place Daumesnil. — 2 février 1877.
- HUET, médecin, 21, rue Jacob. — 24 novembre 1890.
- JANET (Pierre), médecin, professeur au collège Rollin, 22, rue de Bellechasse. — 28 janvier 1895.
- JOFFROY, professeur à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux, 185, rue de Rivoli. — 25 mai 1891.
- KLIPPEL, chef de laboratoire de la clinique des maladies mentales, 20, rue de Grenelle. — 27 novembre 1893.
- LEGRAIN, médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard, près Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 30 juillet 1888.
- LUYS (Jules), médecin honoraire des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine, 20, rue de Grenelle. — 18 décembre 1865.

- MAGNAN (V.), médecin en chef de l'asile Sainte-Anne, membre de l'Académie de médecine, 1, rue Cabanis. — 27 novembre 1871.
- MARANDON DE MONTYEL, médecin en chef à l'asile de Ville-Evrard, près Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 26 mars 1888.
- MEURIOT, médecin-directeur de la maison de santé, 17, rue Berthon, Paris-Passy. — 2 février 1877.
- MOREAU (DE TOURS), médecin-directeur de la maison de santé Esquirol, 23 rue de la Mairie, Ivry-sur-Seine. — 26 mars 1877.
- MOTET (A.), médecin-directeur de la maison de santé, membre de l'Académie de médecine, 161, rue de Charonne. — 24 février 1862.
- PACTET, ex-chef de la clinique des maladies mentales, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Yon, près Sotteville-lès-Rouen (Seine-Inférieure). — 29 février 1892.
- POTTIER (Paul), médecin-directeur de la maison de santé, 10, rue Picpus. — 27 février 1888.
- RAFFEGEAU, médecin de l'établissement hydrothérapique, 9, avenue des Pages, le Vésinet (Seine-et-Oise). — 24 novembre 1884.
- RITTI (Ant.), médecin de la maison nationale de Charenton, Saint-Maurice (Seine). — 27 mars 1876.
- ROUBINOWITCH (G.), chef de la clinique des maladies mentales, 113, rue du Faubourg-Poissonnière. — 27 juin 1892.
- ROUSSEL (Théophile), sénateur, membre de l'Académie de médecine et de l'Académie des sciences morales et politiques, 71, rue du Faubourg-Saint-Honoré. — 25 novembre 1889.
- ROUSSELIN, médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés. — 27 février 1865.
- SAURY (H.), médecin, 5, rue de Londres. — 22 février 1886.
- SÉGLAS (J.), médecin-adjoint de la Salpêtrière, 96, rue de Rennes. — 28 juillet 1884.
- SEMELAIGNE, médecin-directeur de la maison de santé, château de Saint-James, avenue de Madrid, Neuilly (Seine). — 10 novembre 1862.
- SEMELAIGNE (René), médecin, 16, avenue de Madrid, Neuilly (Seine). — 29 décembre 1890.
- SÉRIEUX (Paul), médecin-adjoint de l'asile de Villejuif. — 25 janvier 1892.
- SOLLIER (Paul), chef de clinique adjoint des maladies mentales 130, rue de la Glacière. — 25 mai 1894.
- TAULE, directeur de l'asile Sainte-Anne, 4, rue Cabanis. — 31 janvier 1887.
- VALLON (Ch.), médecin en chef de l'asile de Villejuif (Seine). — 12 mars 1883.

- VOISIN (Auguste), médecin de la Salpêtrière, 16, rue Séguier. —
31 mars 1862.
VOISIN (Jules), médecin de la Salpêtrière, 58, rue du Faubourg
Poissonnière. — *10 novembre 1879.*

MEMBRES CORRESPONDANTS

- ARMAINGAUD, médecin, Bordeaux (Gironde). — *29 novembre 1880.*
AUBRY (Paul), médecin, 33, rue du Port, Saint-Brieuc (Côtes-du-Nord). — *31 janvier 1887.*
AZAM, professeur à la Faculté de médecine, 14, rue Vital-Carles, Bordeaux (Gironde). — *26 décembre 1857.*
BÉCOULET, médecin honoraire des asiles d'aliénés. — *27 février 1882.*
BEUGNIES-CORBEAU, médecin, Givet (Ardennes). — *23 mai 1891.*
BLAUTE, médecin en chef de l'asile d'aliénés, Nantes (Loire-Inférieure). — *28 juin 1880.*
BLAISE, médecin, 69, boulevard Magenta, — *28 janvier 1889.*
BOETEAU, ancien interne des asiles de la Seine. — *27 juin 1892.*
BOISSIER, médecin, 20, rue du Vieux-Colombier, Paris. — *29 octobre 1894.*
BONNET (Henry), médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés, 9, rue de la Victoire, Saint-Malo (Ille-et-Vilaine). — *30 avril 1860.*
BONNET, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Robert (Isère). — *25 janvier 1892.*
BOUBILA, médecin en chef de l'asile de Marseille (Bouches-du-Rhône). — *25 avril 1892.*
BOUCHAUD, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Lommelet, près Lille (Nord). — *12 mars 1894.*
BRUNET (Daniel), médecin-directeur de l'asile d'aliénés d'Evreux (Eure). — *30 janvier 1860.*
CAMPAGNE, médecin en chef honoraire des asiles d'aliénés. — *26 mars 1866.*
CAMUSSET (L.), médecin-directeur de l'asile d'aliénés, Bonneval (Eure-et-Loir). — *23 février 1885.*
CARRIER (Albert), professeur agrégé de la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux, 138, route de Vienne, Lyon (Rhône). — *28 janvier 1884.*
CHAMBARD (E.), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Bourges (Cher). — *28 juillet 1884.*
COLIN (H.), médecin de l'asile de Gaillon (Eure). — *29 février 1892.*
CULLERRE, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de La Roche-sur-Yon (Vendée). — *30 juin 1879.*
DANNER, directeur de l'École de médecine de Tours (Indre-et-Loire). — *26 octobre 1868.*

- DARNIS, ancien médecin en chef de l'asile d'aliénés de Montauban, — 27 mars 1871.
- DELAPORTE, médecin-directeur de l'asile de Quatre-Mares, près Saint-Étienne-du-Rouvray (Seine-Inférieure). — 23 février 1891.
- DÉRICQ (Lucien), médecin-directeur de l'asile d'aliénés d'Alençon (Orne). — 26 novembre 1888.
- DESMAISONS, ancien médecin-directeur de la Maison de santé de Castel-d'Andorte, le Bouscat, près Bordeaux (Gironde). — 12 décembre 1859.
- DOUTREBENTE (Gabriel), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Blois (Loir-et-Cher). — 37 mars 1871.
- DUBUISSON (Maxime), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Bracqueville, près Toulouse (Haute-Garonne). — 24 novembre 1890.
- DUFOUR, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Saint-Robert (Isère). — 27 novembre 1871.
- DUMAS, agrégé de philosophie, 14, rue de l'Abbé-de-l'Épée, Paris. — 28 juillet 1890.
- DUMAZ, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Bassens (Savoie). — 23 février 1891.
- FABRE DE PARREL, médecin, Dieppe (Seine-Inférieure). — 28 juin 1880.
- FUSIER, médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés, Chambéry (Savoie). — 26 janvier 1857.
- GALLOPAIN (Clovis), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Fains, près Bar-le-Duc (Meuse). — 28 janvier 1878.
- GARNIER (Samuel), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Dôle (Jura). — 28 janvier 1889.
- GIRAUD (Albert), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Saint-Saint-Yon, par Sotteville-lès-Rouen (Seine-Inférieure). — 22 mai 1882.
- GORODICHZE, médecin, 35, rue de la Bienfaisance, Paris. — 26 février 1894.
- GREFFIER, médecin, Grenoble (Isère). — 11 décembre 1882.
- HANNION, médecin, 40, rue Libergier, Reims (Marne). — 29 octobre 1894.
- HOSPITAL, médecin en chef de l'asile Sainte-Marie, 54, rue Sainte-Claire, Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme). — 27 mai 1872.
- LABITTE (Georges), médecin, Clermont (Oise). — 18 mai 1885.
- LACHAUX médecin, 57, rue Saint-Ferréol, Marseille (Bouches-du-Rhône). — 31 décembre 1894.
- LACOUR, médecin des hôpitaux, Lyon (Rhône). — 28 octobre 1878.
- LAGRANGE, médecin, 8, rue de la Traverse, Poitiers (Vienne). — 30 juillet 1888.

- LAILLER, pharmacien en chef de l'asile d'aliénés de Quatre-Mares, par Saint-Étienne-du-Rouvray (Seine-Inférieure). — 28 février 1876.
- LAPOINTE, médecin-directeur de l'asile d'aliénés d'Auxerre (Yonne). — 25 juillet 1881.
- LARROQUE (Benjamin), médecin, 1131, Calle Cuyo, Buenos-Ayres (République Argentine). — 26 juillet 1888.
- LARROUSSINIE, médecin de la maison de santé, le Bouscat, près Bordeaux (Gironde). — 24 juillet 1893.
- LAURENT (Arniand), ancien médecin en chef des asiles d'aliénés, médecin chef de l'Hôtel-Dieu, rue Jeanne-d'Arc, Rouen (Seine-Inférieure). — 28 juillet 1862.
- LE FILLIATRE, médecin, 37, Grande-Rue, Villejuif (Seine). — 30 décembre 1895.
- LEMOINE, professeur à la Faculté de médecine, 29, boulevard de la Liberté, Lille (Nord). — 27 février 1888.
- LIONET (Ch.), médecin, Doué-la-Fontaine (Maine-et-Loire). — 25 novembre 1889.
- LWOFF, médecin-adjoint de l'asile de Prémontré (Aisne). — 20 janvier 1893.
- MABILLE (H.), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Lafont, près la Rochelle (Charente-Inférieure). — 30 juin 1879.
- MACARIO, médecin-directeur de l'établissement hydrothérapeutique, Nice (Alpes-Maritimes). — 14 mai 1855.
- MAIRET (A.), professeur de la clinique des maladies mentales, doyen de la Faculté de médecine, 10, avenue du Stand, Montpellier (Hérault). — 28 février 1885.
- MARET, médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés. — 30 novembre 1874.
- MARIE, médecin de la colonie d'aliénés, Dun-sur-Auron (Cher). — 25 janvier 1893.
- MASBRENIER, médecin, Melun (Seine-et-Marne). — 25 mai 1874.
- MAUPATÉ, médecin-adjoint de l'asile d'Armentières (Nord). — 28 mai 1894.
- MEILHON, médecin en chef préposé responsable de l'asile d'aliénés de Montauban (Tarn-et-Garonne). — 27 juillet 1891.
- MORDRET, médecin en chef honoraire des asiles d'aliénés, le Mans (Sarthe). — 26 mars 1877.
- NICOULAU, médecin-directeur de l'asile d'Auch (Gers). — 29 février 1892.
- NIEPCE, médecin, Allevard (Isère). — 25 janvier 1858.
- PARANT (Victor), médecin-directeur de la maison de santé, 17, allées de la Garonne, Toulouse (Haute-Garonne). — 27 décembre 1875.
- PEON, médecin honoraire des asiles d'aliénés. — 11 novembre 1872.

- PETIT (Gilbert), médecin-adjoint de l'asile d'aliénés de Sainte-Gemmes (Maine-et-Loire). — 26 novembre 1888.
- PICARD, médecin, la Malgrange, près Nancy (Meurthe-et-Moselle). — 29 avril 1878.
- PIERRET, professeur de la clinique des maladies mentales, médecin en chef à l'asile d'aliénés de Bron (Rhône). — 12 mars 1883.
- QUINEMANT, médecin en chef de l'asile d'aliénés, Niort (Deux-Sèvres). — 26 décembre 1887.
- RAMADIER, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Rodez (Aveyron). — 24 décembre 1888.
- RÉGIS (Emmanuel), chargé de cours de pathologie mentale à la Faculté de médecine, 54, rue Huguerie, Bordeaux (Gironde). — 27 juin 1881.
- REY (Ph.), médecin en chef de l'asile d'aliénés de Saint-Pierre, Marseille (Bouches-du-Rhône). — 25 février 1884.
- REYNAUD, ancien médecin-adjoint des asiles d'aliénés. — 28 mars 1881.
- RIST (Adrien), médecin-directeur de la maison de santé, la Châtaigneraie, 11, rue des Deux-Moulins, Versailles (Seine-et-Oise). — 25 juillet 1881.
- ROUBY, médecin de la Maison de santé des Capucins, Dôle (Jura). — 26 décembre 1892.
- ROUGÉ (Calixte), médecin en chef de l'asile d'aliénés, Limoux (Aude). — 28 mai 1883.
- SAINTE-LAGER, médecin, Lyon (Rhône). — 30 mars 1868.
- SIMON (Max), médecin en chef honoraire des asiles d'aliénés, 7, place Saint-Jean, Lyon (Rhône). — 27 novembre 1882.
- SISTERAY, ancien médecin en chef des asiles d'aliénés, 57, Grande-Rue, Saint-Maurice (Seine). — 25 juin 1877.
- SIZARET, médecin en chef honoraire des asiles d'aliénés, Clermont (Oise). — 15 novembre 1875.
- TAGUET, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Vaucluse (Seine-et-Oise). — 15 novembre 1875.
- TEILLEUX, médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés, le Mans (Sarthe). — 31 décembre 1855.
- THIVET, médecin-adjoint de l'asile de Blois (Loir-et-Cher). — 31 mars 1890.
- TISSIÉ (Ph.), médecin, 95, rue Fondaudège, Bordeaux (Gironde). — 25 novembre 1895.
- TOULOUSE, médecin-adjoint de l'asile Sainte-Anne, chef de la clinique des maladies mentales, 112, boulevard Arago, Paris. — 27 juin 1892.
- TRENEL, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Yon, par Sotteville-lès-Rouen (Seine-Inférieure). — 29 juillet 1895.
- VIGOUROUX, médecin-adjoint de l'asile d'Evreux (Eure). — 27 mars 1893.

MEMBRES ASSOCIÉS ÉTRANGERS

ALLEMAGNE.

- BROSIUS, médecin-directeur de la maison de santé, Bendorf, près Coblenze. — 28 octobre 1878.
LAEHR (Hans), médecin-directeur de la maison de santé de Schweizerhof, près Berlin. — 11 novembre 1889.
NÄCKE (L.), médecin de l'asile d'aliénés de Hubertusburg, près Leipzig (Saxe). — 27 novembre 1893.
NEISSER (Clemens), médecin de l'asile de Leubus. — 28 mars 1892.
PIERSON (R.-H.), médecin de la maison de santé de Lindenholz-Coswig, près Dresde. — 27 mai 1895.
SCHÜLE (H.), médecin-directeur de l'asile d'aliénés d'Illenau (Grand-Duché de Bade). — 28 mai 1888.
TUCZEK (F.), professeur de psychiatrie à la Faculté de médecine, directeur de l'asile d'aliénés, Marburg (Hesse-Cassél), — 27 novembre 1893.

ANGLETERRE.

- BATEMAN, médecin, Norwich. — 25 janvier 1875.
BROWNE (sir J. Crichton), médecin, « Lord Chancellor's Visitor » New Law Courts, Strand, W. C. — 31 octobre 1881.
BUCKNILL (John-Charles), médecin, ancien « Lord Chancellor's Visitor », Bournemouth. — 26 novembre 1860.
CLOUSTON, médecin superintendant de l'asile royal de Morning-side, Edimbourg. — 31 octobre 1881.
CONOLLY-NORMAN, médecin de l'asile de Richmond, Cranceconnan, Dublin (Irlande). — 26 novembre 1894.
FLETCHER BEACH, Winchester Home, Kington Hill, Surrey (Angleterre). — 26 novembre 1894.
GASQUET (J.-R.), médecin, Saint-George's Retreat, Burgess Hill. — 31 octobre 1881.
GRANVILLE (Mortimer), médecin, Londres. — 26 janvier 1880.
MACKINTOSH (Donald), médecin, 10, Lancaster Road, Belsize Park, N. W. — 25 novembre 1867.
MAUDSLEY (Henry), ancien professeur de médecine légale à l'University College, Londres. — 26 décembre 1864.
NICOLSON (David), medical-superintendant de l'asile d'Etat de Broadmoor, Wokingham, Berks. — 31 octobre 1881.
PERCY SMITH, superintendant de l'Hôpital de Bethlem, Londres. — 24 juin 1895.
ORANGE (William), ancien médecin en chef de l'asile de Broadmoor, 12, Lexham Gardens, Londres. — 31 octobre 1881.

- RAYNER (Henry), médecin, 2, Harley Street, Londres. — 31 octobre 1881.
- ROBERTSON (Charles A. Lockhart), Lord Chancellor's Visitor, Gunsgreen, the Drive, Wimbledon. — 24 décembre 1864.
- RUTHERFORD (James), médecin en chef de « Crichton Royal Institution », Dumfries. — 31 octobre 1881.
- SAVAGE (G.-H.), médecin, 3, Henriette Street, Cavendish Square, W. — 31 octobre 1881.
- SHAW (Thomas C.), médecin en chef du « London County Asylum », Banstead, Surrey. — 31 octobre 1881.
- SIBBALD (John), « Commissioner in Lunacy » pour l'Ecosse, 3, Saint-Margarets Road, Edimbourg. —
- URQUHART, médecin-directeur de « James Murray's Royal Asylum », Perth (Ecosse). — 26 décembre 1892.
- WOOD (William), ancien médecin de l'hôpital Saint-Luc, directeur de l'asile privé de Prieuré, Rochampton. — 31 octobre 1881.

AUTRICHE-HONGRIE.

- KRAFFT-EBING (DE), professeur de clinique des maladies mentales à l'Université de Vienne. — 25 mars 1867.
- LAUFENAUER (CH.), professeur des maladies mentales et nerveuses à l'Université de Budapest (Hongrie). — 11 novembre 1889.
- OBERSTEINER (Henri), professeur à l'Université, médecin-directeur de la maison de santé d'Ober-Döbling, près Vienne. — 26 novembre 1883.
- PICK (Arnold), professeur de psychiatrie à l'Université de Prague (Bohême). — 24 novembre 1884.
- SALGO, médecin de l'asile d'aliénés de Lipometzo, Budapest (Hongrie). — 25 novembre 1889.

BELGIQUE.

- CUYLITS, médecin en chef de l'asile d'Evère, 44, boulevard de Waterloo, Bruxelles. — 30 juin 1884.
- DESGUIN (Victor), membre de l'Académie de médecine de Belgique, 24, rue de Vanneau, Anvers. — 26 octobre 1885.
- FRANCOTTE, professeur à l'Université, 15, quai de l'Industrie, Liège. — 31 décembre 1894.
- LEFEBVRE, professeur à l'Université de Louvain. — 30 novembre 1874.
- LENTZ, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Tournai, inspecteur-adjoint des asiles d'aliénés du Royaume. — 24 novembre 1874.
- MASOIN, professeur à l'Université, médecin de l'asile d'aliénées de Louvain. — 20 décembre 1875.

- MOREL (Jules), médecin en chef de l'hospice Guislain, inspecteur-adjoint des asiles d'aliénés du Royaume, Gand. —
PEETERS, médecin-directeur de la colonie de Gheel. — 29 octobre 1883.
SEMAI, médecin-directeur de l'asile d'aliénées, Mons. — 24 novembre 1874.
VAN DEN ABEELE, médecin en chef de l'hospice Saint-Julien, Bruges. — 17 février 1868.
VERMEULEN, médecin en chef des asiles d'aliénées et du Strope, à Gand, inspecteur-adjoint des asiles d'aliénés du royaume. — 17 février 1868.

BRÉSIL.

- COUTINHO, médecin de l'asile d'aliénés de Pernambuco. — 24 juin 1889.
SOUZA-LEITE, médecin, ancien interne des asiles d'aliénés de la Seine, Balma. — 11 novembre 1889.
TEIXEIRA-BRANDAO, médecin, Rio-de-Janeiro. — 26 novembre 1883.

CANADA.

- BOURQUE (E.-J.), professeur de clinique des maladies mentales, médecin en chef de l'asile Saint-Jean-de-Dieu, Longue-Pointe, près Montréal. — 11 novembre 1889.
DUQUET, président du Bureau médical de l'asile Saint-Jean-de-Dieu, à Longue-Pointe. — 11 novembre 1889.
VALLÉE (Arthur), médecin de l'asile d'aliénés de Québec. — 11 novembre 1889.

ÉGYPTE.

- HADJÈS, médecin, ancien interne des asiles d'aliénés, le Caire. — 11 novembre 1889.

ESPAGNE.

- GINE Y PARTAGAS, médecin, Barcelone. — 29 juillet 1878.
PII Y MOLIST, médecin de l'asile d'aliénés, Barcelone. — 31 janvier 1859.

ÉTATS-UNIS.

- CLARK BELL, avocat, président de la Société médico-légale, n° 57, Broadway, New-York. — 11 novembre 1889.
COWLES (Edward), superintendant g. de l'Hôpital de Mac-Lane, Sommerville, Boston (Massachusetts). — 25 mars 1895.
ECHEVERRIA, médecin, New-York. — 29 novembre 1878.
GRAY, médecin en chef de l'asile d'aliénés de New-York, Utica. — 24 novembre 1880.
HALL (David), médecin de l'asile d'aliénés de Northampton, (Massachusetts). — 23 mai 1887.

KIERNAN JAS. (G.), privat docent de psychiatrie, 910, 103 State Street, Chicago. — 25 novembre 1895.

MANN (EDWARD), directeur de la maison de santé, 801, Madison Avenue, New-York. — 31 décembre 1895.

ROHÉ (George H.), superintendant de l'asile d'aliénés de Maryland, Catonsville. — 26 novembre 1894.

GRÈCE.

CATSARAS (Michel), professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'asile de Dromocaïtis, Athènes. — 25 octobre 1886.

HOLLANDE.

HUBRECHT, secrétaire général du ministère de l'intérieur, la Haye, — 27 octobre 1879.

JONG (DE), médecin à la Haye. — 27 octobre 1879.

SWEENS, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Vorburg, Vucht, près Bois-le-Duc. — 11 novembre 1889.

VAN ANDEL, inspecteur des asiles d'aliénés de la Hollande. — 27 octobre 1879.

VAN DER LITH, ancien médecin-directeur de l'asile d'Utrecht. — 27 octobre 1879.

VAN DER SWALME, médecin, à Middelbourg. — 27 octobre 1879.

VAN PERSIJN, médecin-directeur de l'asile de Meerenberg. — 27 octobre 1879.

WELLENBERGH, médecin, à Amsterdam. — 29 novembre 1886.

ITALIE.

AZZURRI (Francesco), architecte, 68, via Panisperna, Rome. — 25 avril 1864.

BIFFI (Séraph.), médecin-directeur de l'établissement sanitaire de Saint-Celse, Milan. — 30 avril 1855.

BINI, médecin, Florence. — 30 juillet 1877.

FRIGERIO, médecin-directeur de l'asile d'aliénés d'Alexandrie. — 26 novembre 1883.

FOCHI (Camille), médecin du manicombe de Colorno. — 28 juillet 1884.

FUNAIOLI, professeur de psychiatrie à l'Université, directeur du manicombe de Sienne. — 29 avril 1878.

GIACCHI, médecin-directeur du manicombe provincial de Cuneo, à Raconigi. — 28 novembre 1878.

LOMBROSO, professeur de médecine légale et de psychiatrie à l'Université de Turin.

MASSALONGO (Roberto), médecin à l'hôpital Major, Vérone. — 28 janvier 1889.

- MINGAZZINI (Giovanni), docent de clinique psychiatrique à l'Université de Rome. — 30 décembre 1895.
MORSELLI (E.), professeur de psychiatrie à l'Université de Gênes.
PERLA, médecin, Aversa. — 25 mai 1868.
RIVA, médecin-directeur de l'asile d'Ancombe. — 27 mars 1882.
SANNICOLA, médecin, Aversa. — 25 mai 1868.
SEPPILLI, médecin-directeur du manicomme de Brescia. — 27 mars 1882.
STACCHINI, vice-directeur du manicomme de Florence. — 30 juillet 1877.
TAMBURINI, directeur du manicomme de Reggio-Emilia, professeur de clinique psychiatrique à l'Université de Modène. — 24 juin 1878.
TEBALDI, professeur de clinique psychiatrique à l'Université de Padoue. — 27 juin 1885.
TONINO, médecin-directeur de la maison de santé Colombo, à Milan. — 26 mars 1866.
VENTURI (Silvio), médecin du manicomme provincial de Catanzaro, à Girifalco. — 26 novembre 1888.
VIRGILIO, médecin-directeur du manicomme d'Aversa. — 28 novembre 1881.

PORTRUGAL.

- BETTENCOURT-RODRIGUES, médecin, 3, rua da Imprensa, Lisbonne. — 25 juillet 1887.
BOMBARDA (Miguel), professeur de l'école médico-chirurgicale, directeur de l'hôpital de Rilhafolles, Lisbonne. — 29 octobre 1894.
MATTOS (Jules DE), médecin à l'asile d'aliénés de Porto. — 24 février 1890.
SOUSA MAGALHAES & LEMOS (DE), médecin de l'asile d'aliénés de Porto. — 31 mars 1884.

RÉPUBLIQUE ARGENTINE.

- CABRED (Domingo), médecin à l'hospice de las Mercedes, Buenos-Ayres. — 25 février 1889.
PEREZ, médecin de la Maison de santé, Buenos-Ayres. — 30 juin 1884.

ROUMANIE.

- SOUTZO, professeur de médecine mentale à l'Université de Bucarest. — 27 novembre 1887.

RUSSIE.

- BAJENOFF (N.), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Riazanne. — 30 juin 1884.

- DANILLO, médecin, Saint-Pétersbourg. — 11 décembre 1882.
DEKTEREW (W.), médecin des maladies mentales et nerveuses,
Saint-Pétersbourg. — 11 novembre 1889.
GORSKY (Mme DE). — 29 octobre 1888.
HERZOG, médecin, Saint-Pétersbourg. — 13 avril 1863.
JACOBY (Paul), médecin, Moscou. — 26 décembre 1881.
KORSAKOFF, privat-docent à l'Université de Moscou. — 11 no-
vembre 1889.
KOWALEWSKI, professeur à l'Université de Kharkoff. — 31 mai
1886.
MIEZZEJEWSKI, professeur de la clinique des maladies mentales
à l'Académie médico-chirurgicale, Saint-Pétersbourg. — 28 oc-
tobre 1878.
POPOFF, professeur à l'Université de Varsovie. — 29 octobre 1888.
ROTHE, médecin, Varsovie. — 30 avril 1877.
SKWORTZOFF (M^{le} Nadine). — 25 juillet 1881.
TOKARSKY, médecin de la clinique psychiatrique de Moscou.
11 novembre 1889.

SERBIE.

VASSITCH (Milan-Vlad.), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de
Belgrade. — 10 décembre 1883.

SUÈDE ET NORVÈGE.

BERLINY, médecin, à Malmö.
BJOLSTROM, professeur de psychiatrie de l'Université de Stock-
holm. — 27 octobre 1884.
LINDBOE, médecin en chef de l'asile de Ganstad, près Christiania.
— 29 décembre 1874.
PLATOU, médecin en chef de l'asile d'Eg, près Christiansand. —
29 décembre 1884.
SALOMON, médecin de l'asile d'aliénés, Malmö. — 23 avril 1863.

SUISSE.

CHATELAIN, ancien médecin en chef de l'asile de Préfargier,
Saint-Blaise (Neuchâtel). — 28 juillet 1890.
DUNANT, ancien professeur d'hygiène à l'Université de Genève.
— 14 mars 1863.
LADAME (Paul), privat-docent à l'Université, 24, rue de la Corra-
terie, Genève. — 28 juillet 1884.
MARTIN (Joannès), médecin-directeur de l'asile d'aliénés, Genève.
— 26 février 1895.
PACHOUD, médecin de l'asile de Bois-de-Céry, près Lausanne.
28 mars 1892.

TURQUIE.

CASTRO (DE), médecin de l'asile d'aliénés, Constantinople. —
29 janvier 1893.

Récapitulation.

Membres honoraires	7
— titulaires.	46
— correspondants	87
— associés étrangers. . .	123
Total. . .	263

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Arrêté du 28 octobre 1895 : M. le Dr LALLEMANT, médecin en chef de l'asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle), est nommé médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Dijon (Côte-d'Or), en remplacement de M. le Dr Garnier.

— *Arrêté du 28 octobre 1895 :* M. le Dr BRUN, médecin en chef de l'asile de Bron (Rhône), est promu à la 2^e classe de son grade (6,000 fr.), pour prendre rang à partir du 1^{er} novembre 1895 ;

Le Dr CHAMBARD, directeur-médecin de l'asile de Bourges, est promu à la 1^{re} classe de son grade (7,000 fr.), pour prendre rang à partir du 1^{er} octobre 1895 ;

M. STRAUSS, préfet de la Drôme, est nommé directeur de la Maison nationale de Charenton, en remplacement de M. Horrie, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

— *Arrêté du 4 novembre 1895 :* M. le Dr VERNET, médecin-directeur de l'asile d'Auch (Gers), est nommé médecin en chef de l'asile de Maréville.

— *Arrêté du 11 novembre 1895 :* M. le Dr NICOULAU, médecin-adjoint de l'asile Saint-Yon (Seine-Inférieure), est nommé directeur-médecin de l'asile d'Auch (Gers).

— *Arrêté du 25 novembre 1895 :* M. le Dr TRENEL, médecin-adjoint de l'asile de Lesvellec (Morbihan), est nommé médecin-adjoint à l'asile de Saint-Yon.

— *Arrêté du 30 novembre 1895 :* M. le Dr MALFILATRE, médecin-adjoint de l'asile de Quatre-Mares (Seine-Inférieure), est nommé directeur-médecin de l'asile de Saint-Lizier (Ariège), en remplacement de M. Belle, démissionnaire.

— *Arrêté du 19 décembre 1895 :* M. BRESSON, directeur à l'asile Saint-Pierre, à Marseille, est promu à la classe exceptionnelle de son grade (8,000 fr.), pour prendre rang à partir du 1^{er} janvier 1896 ;

M. le Dr CHARRON, médecin-adjoint de l'asile de Bailleul (Nord), est promu à la classe exceptionnelle de son grade (4,000 fr.), pour prendre rang à partir du 1^{er} janvier 1896.

— Arrêté du 21 décembre 1895: M. le Dr FENAYROU, interne à l'asile de Rodez, déclaré admissible au dernier concours des médecins - adjoints (Concours de Toulouse 1894), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Lesvellec (Morbihan).

NÉCROLOGIE

Dr ROUILlard. — Nous avons le regret bien douloureux d'annoncer la mort d'un de nos collègues et amis, le Dr Rouillard, décédé à l'asile de Villejuif, le 10 novembre 1895, dans sa trente-huitième année, après une longue maladie, qui ne put en rien diminuer sa bonne humeur, sa gaieté entraînante, toutes ces belles qualités qui faisaient de lui le plus affable des confrères, le meilleur des amis. Rouillard avait une intelligence très vive, ses connaissances médicales étaient très étendues. Mort trop jeune, à un âge où il n'avait pu encore donner toute sa mesure, il laisse cependant un certain nombre de travaux qui ont été remarqués et qu'on ne consulte pas sans fruit. Mieux que nous ne saurions le faire, les confrères qui ont pris la parole pour lui rendre un dernier et suprême hommage ont retracé sa vie si active, nous ont fait connaître sa nature si bienveillante, son caractère plein d'aménité; ils ont exprimé avec tout leur cœur les unanimes regrets causés par sa perte si prématuree.

Les obsèques du Dr Rouillard ont eu lieu le mercredi 11 novembre 1895, au milieu d'une grande affluence de confrères et d'amis. Trois discours, que nous nous faisons un devoir de reproduire, ont été prononcés sur sa tombe : le premier, par M. le Dr Ch. Vallon, médecin en chef de l'asile de Villejuif; le deuxième, par M. le Dr Moreau (de Tours), président de la Société médico-psychologique; le troisième, par M. Iscovesco, interne en médecine des asiles de la Seine.

Discours de M. le Dr Ch. VALLON, au nom de l'asile de Villejuif et des élèves du professeur BALL.

Mesdames, Messieurs,

L'année 1895 aura été dure pour l'asile de Villejuif. Il y a quelques mois à peine, nous avions la douleur de perdre notre directeur Barroux, et aujourd'hui nous voilà réunis autour du cercueil du docteur Rouillard.

Amédée Rouillard était né le 14 janvier 1858, il n'avait donc pas encore accompli sa trente-huitième année. Tout enfant, il

perdit son père, sous-intendant de l'armée, ravi brusquement à l'affection des siens ; il fut élevé par sa mère qu'il adorait et pour laquelle il conserva toujours un véritable culte. Après de bonnes études au lycée de Versailles, puis au collège de Vaugirard, il aborda la médecine. C'était une tentative hardie : la famille Rouillard n'était pas riche, le père avait laissé un nom honoré, mais de fortune, point ; le jeune étudiant dut donc, pour apprendre la médecine, donner des leçons de latin. Enfin, en 1882, Rouillard fut nommé interne à la maison de Saint-Lazare, où il resta jusqu'en 1884.

En 1885, il soutenait sa thèse de doctorat. Le sujet qu'il avait choisi : *Essai sur les amnésies, étiologie des troubles de la parole; classification basée sur l'étiologie*, indiquait déjà son goût pour l'étude si attrayante des maladies du système nerveux. L'année suivante, il présentait ce travail à la Société médico-psychologique pour le prix fondé par l'illustre aliéniste Moreau (de Tours), le père de notre président actuel ; il obtint une mention honorable. L'honneur, bien mérité, était d'autant plus grand que le mémoire couronné était celui du Dr Bernard sur les *Aphasies*, travail si apprécié qu'on a dû le rééditer après la mort de l'auteur très prématurément enlevé à la science. En même temps qu'elle couronnait Rouillard, la Société médico-psychologique lui conférait le titre de membre titulaire. Bientôt il était nommé chef de clinique adjoint de la chaire des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris et, au concours de 1888, il devenait chef de clinique titulaire. Il garda ses fonctions pendant trois ans ; elles furent particulièrement laborieuses ; le professeur Ball, qui occupait alors la chaire, fut frappé par la maladie qui devait l'emporter un peu plus tard et Rouillard dut le suppléer, en partie, dans son enseignement. Il le fit avec un incontestable succès.

Bien malheureuse école que celle du professeur Ball, à laquelle Rouillard, comme moi, était fier d'appartenir ; le maître a disparu, trop tôt enlevé à l'affection de ses élèves, à l'enseignement qu'il illustrait de son éloquence, à la science des maladies mentales qu'il honorait de son savoir. De ses chefs de clinique, quatre déjà : Millet et Boyé, Pichon et Rouillard, l'ont précédé ou suivi dans la tombe.

C'est au mois de septembre 1892 que Rouillard fut nommé médecin adjoint de la division des hommes à l'asile de Villejuif : sa bienveillance, ses manières bon garçon, son caractère jovial lui concilièrent bien vite l'affection du personnel et la sympathie des malades ; il sut les conserver jusqu'à sa mort.

Outre sa thèse de doctorat, indépendamment de communications à diverses sociétés savantes, Rouillard a publié un certain nombre de mémoires sur les maladies mentales, notamment,

dans la *Gazette des hôpitaux*, des revues générales fort bien faites. L'une d'elles est un résumé très complet des idées du professeur Ball et de quelques-uns de ses élèves sur la question si controversée des *pseudo-paralysies générales*; aussi, moi qui n'ai jamais partagé, sur ce point, la manière de voir de mon maître, quand j'ai voulu tracer une monographie des *pseudo-paralysies générales alcoolique et saturnine*, c'est au travail de Rouillard, synthèse de tous les autres, que j'ai dû particulièrement m'attaquer.

Dans ces dernières années, Rouillard a écrit, en collaboration avec notre ami commun, le Dr Barbaud, médecin consultant à Luxeuil, deux intéressants volumes : l'un, le *Nervosisme aux stations thermales*, récompensé par l'Académie de médecine; l'autre, plus récent, ayant pour titre : *Troubles et accidents de la ménopause*; de ce dernier, je ne saurais faire un meilleur éloge qu'en empruntant à la préface due à la plume autorisée du Dr Labadie-Lagarde, médecin de l'hôpital de la Charité, les lignes suivantes : « Le livre de MM. Rouillard et Barbaud est une remarquable monographie de la ménopause, pleine d'aperçus nouveaux et philosophiques, de faits instructifs, d'observations personnelles, exposés sous une forme originale et dans un style élégant, qui rendent sa lecture agréable et facile. »

Vers la fin du mois d'août, Rouillard contracta une pleurésie; il aurait dû se soigner, s'aliter même, mais c'était le moment des grandes manœuvres; pour la cinquième ou sixième fois, il avait demandé et obtenu de faire une période de service militaire, il était pressé de rejoindre le 106^e de ligne qu'il aimait tant; il partit. Ce voyage, par la chaleur sénégalienne qui sévissait à ce moment, fut la cause de sa mort, ou tout au moins hâta considérablement sa fin. A peine arrivé au corps, il eut une syncope, et, peu de jours après, il dut rentrer dans sa famille, d'où, son congé expiré, il se fit ramener à Villejuif. Il était déjà irrémédiablement perdu.

Quelle peine ce fut pour lui d'être obligé de quitter les grandes manœuvres de l'Est, de ne pouvoir même pas assister aux manœuvres du service de santé qui eurent lieu aux environs de Villejuif! Très patriote, un peu chauvin même, Rouillard aimait l'armée à laquelle son père avait appartenu; il était heureux chaque fois qu'il pouvait revêtir son uniforme militaire, il était fier de son brassard, qui, avec sa croix rouge, lui semblait le « roi des brassards ».

Mais, au fur et à mesure que la maladie faisait des progrès, que le temps marchait, un grand, un profond chagrin vint envahir le cœur de Rouillard. Il y a un an, il avait perdu sa mère, pour laquelle il professait une affection sans bornes; le 13 no-

vembre, aujourd'hui même, devait se dire la messe de bout de l'an. Eh bien ! la grande préoccupation de Rouillard était de savoir s'il serait en état d'assister à cette cérémonie qui lui tenait tant au cœur, si, pour le 13 novembre, il serait guéri. Guéri, je dis bien, car jusqu'à la fin Rouillard s'est fait sur le mal qui le minait l'illusion la plus complète. C'est vraiment une sorte de grâce d'état qui fait que les médecins sont, le plus souvent, incapables de reconnaître sur eux-mêmes une maladie qu'ils ne manqueraient pas de diagnostiquer à première vue chez le voisin. A mesure qu'approchait le 13 novembre, l'anxiété de Rouillard augmentait, bientôt elle devint telle qu'il fallut lui retirer le calendrier placé en face de son lit, et que tous nous dûmes le tromper sur le quantième du mois. Enfin, dimanche, vers midi, il s'endormit, et à une heure, il s'éteignait doucement.

Singulière ironie du sort ! ce jour où Rouillard espérait, convalescent, porter des fleurs sur la tombe de sa mère, c'est ce jour où il va la rejoindre dans la mort !

Quelle pénible coïncidence pour la famille Rouillard ! Que de deuils ainsi accumulés ! Aussi nous serions heureux si la part que nous prenons à sa douleur, tous, sincèrement, cordialement, pouvait en alléger le fardeau.

Et maintenant, Rouillard, au nom de l'asile de Villejuif, au nom aussi des élèves du professeur Ball, vos condisciples, je vous adresse un suprême adieu. Poète à vos heures, en vers éloquents vous avez chanté votre brassard, et dans un élan patriotique, vous vous êtes écrié :

« Si la France reprend sa gloire,
« Je mourrai toujours assez tard,
« Quand j'aurai vu, dans la victoire,
« La croix rouge de mon brassard. »

Hélas ! vous partez trop tôt. Les espérances de votre patriottisme ne se sont pas encore réalisées. Si, plus heureux que vous, nous sommes encore là quand sonnera l'heure de la victoire, en regardant notre brassard, nous penserons à vous.

*Discours de M. MOREAU (de Tours),
au nom de la Société médico-psychologique.*

Mesdames, Messieurs,

La mort aveugle et sans pitié vient de faire un nouveau vide dans nos rangs. Notre jeune confrère Amédée Rouillard vient de succomber à l'âge de trente-sept ans, à une affection qui le retenait éloigné de nous depuis quelque temps.

Jeune encore et dans la force de l'âge, notre collègue avait su se faire une place enviee dans le monde aliéniste. Ancien

chef de clinique de la Faculté de Paris, il avait été nommé peu après médecin adjoint de l’asile départemental de Villejuif et du dispensaire à la Préfecture de police. Il n’y a pas dix ans qu’il présentait une thèse qui fut très remarquée malgré son titre modeste : *Essai sur les amnésies*, travail qui fut couronné par la Société médico-psychologique. Ce n’était là qu’un début. Successivement, Rouillard publia dans différents recueils de médecine de nombreux travaux, tous marqués au coin d’un réel mérite. Mais ce n’est ni le lieu ni l’heure d’apprécier ces travaux ; dans une autre enceinte nous aborderons avec tout le développement qu’elle mérite, l’étude de la vie scientifique de notre jeune collègue. Dans les discussions auxquelles il prit part dans les réunions de la Société médico-psychologique, il sut faire remarquer son esprit critique et profondément observateur.

Homme affable entre tous, Rouillard était toujours au service de ses amis et de ses élèves dont tous ressentent sa mort prématurée.

Son souvenir vivra parmi nous et, au nom de la Société médico-psychologique, je lui adresse un suprême adieu.

Adieu, Rouillard, adieu.

*Discours de M. Iscovesco, interne à l’asile de Villejuif,
au nom du corps de l’internat des asiles.*

Des voix plus éloquentes, plus autorisées que la mienne, vous ont dit tout à l’heure l’étendue de la partie que nous faisons aujourd’hui. Elles vous ont retracé, mieux que je n’aurais pu le faire, une vie qui fut toute de travail et de bonté. Je ne saurais évoquer ici le spectacle de tout un amphithéâtre d’élèves empressés autour du chef de clinique de Sainte-Anne pour s’initier aux beautés d’une science qui a tant de détracteurs et si peu de fervents. Je ne saurais vous donner une idée de ces conférences brillantes où l’élève, s’élevant à la hauteur du maître — et ce maître s’appelait Ball — savait intéresser et retenir autour de lui une foule d’élèves. Non, je ne saurais vous dire tout cela ; cette tâche serait au-dessus de mes forces. En me confiant le triste honneur d’apporter devant ce cercueil l’hommage de leur profonde douleur, les internes de l’asile ne veulent voir en Rouillard que celui qui, ayant pu être leur maître, s’est contenté de rester leur ami. Oui, l’ami dans le sens le plus élevé du mot, je veux dire celui qui met à la disposition de ceux qu’il aime tous les trésors du cœur et de l’esprit dont il dispose — et ils étaient nombreux chez Rouillard, — celui qui a toujours le mot aimable, le conseil juste, le cœur dévoué. Ah !

Messieurs, qui pourrait retracer ici ces étincelantes causeries, parler de ces réunions amicales où il nous tenait si bien sous le charme de sa parole, que nous voyions toujours arriver avec peine le moment de la séparation ? Qui pourrait vous dire jusqu'à quel point sa société nous était chère, jusqu'à quel point il nous avait conquis ? Et tout cela : bonté, intelligence, dévouement, travail, disparaît brusquement ; une mort injuste vient faucher Rouillard en pleine maturité, alors qu'il allait atteindre la situation qu'il méritait, la notoriété pour laquelle il avait tant peiné. De tout cela il ne restera plus rien, plus rien que le souvenir. Ah ! notre chagrin est bien grand, je vous l'assure, et si une certaine convention nous constraint de refouler nos larmes, notre douleur n'en est pas moins profonde. Si nos yeux, Rouillard, ne te pleurent pas, nos cœurs te conserveront toujours une place, car parmi ceux qui furent nos maîtres et nos amis, personne n'a plus que toi de droits à notre affection. Adieu, Rouillard, adieu.

PRIX DE L'ACADEMIE DE MÉDECINE

L'Académie de médecine a tenu sa séance publique annuelle le mardi, 10 décembre 1895, sous la présidence de M. Empis.

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

Prix Barbier. — 2,000 francs. (Annuel.)

Un encouragement de 300 francs a été accordé à M. le Dr MARTIAL HUBLÉ, médecin-major de 2^e classe à Nantes, pour ses *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie*.

Prix Adrien Buisson. — 10,500 francs. (Triennal.)

Un prix de 6,000 francs est décerné à M. le Dr JARRE, de Paris, pour son travail : *De la guérison du tic douloureux de la face par une nouvelle méthode chirurgicale* ;

Une récompense de 2,000 francs est décernée à M. le Dr CHERVIN, de Paris, pour son ouvrage intitulé : *Bégaiement et autres défauts de prononciation*.

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

L'Académie n'a reçu qu'un mémoire sur ce sujet. Il n'y a pas lieu de décerner le prix, la même question sera remise au concours pour l'année 1898.

Prix Daudet. — 1,000 francs. (Annuel.) — Question : *Du myxœdème*.

Deux mémoires ont été soumis au jugement de la Compagnie. L'Académie partage le prix entre ces deux ouvrages : Le n° 1 a pour auteur M. le Dr ADOLPHE COMBE, médecin à Lau-

sanne ; les auteurs du n° 2 sont M. et M^{me} CRISTIANI, docteurs en médecine à Genève.

Prix Desportes. — 1,300 francs. (Annuel.)

Ce prix est partagé, et l'un des deux lauréats est M. le Dr DE LORME, professeur au Val-de-Grâce, pour son ouvrage intitulé : *De la disparition des troubles névritiques traumatiques ou inflammatoires, périphériques, par la compression localisée et forcée.*

Prix Laborie. — 5,000 francs. (Annuel.)

Une récompense de 1,500 francs est accordée à M. le Dr CHIPAULT, de Paris, pour son ouvrage sur la *Chirurgie opératoire du système nerveux.*

Prix Perron. — 3,800 francs. (Quinquennal.)

Parmi les encouragements accordés, nous relevons : 600 francs à M. le Dr LONDE, de Paris, auteur d'un mémoire sur les *Maladies familiales du système nerveux* ;

200 francs à M. le Dr HALIPRÉ, de Rouen, pour son travail sur la *Paralysie bulbaire d'origine cérébrale.*

Prix Philippe Ricord. — 600 francs. (Bisannuel.)

Ce prix a été partagé entre deux concurrents dont l'un, M. le Dr JULES SOTTAS, de Paris, est l'auteur d'un travail intitulé : *Contribution à l'étude anatomique et clinique des paralysies spinales syphilitiques.*

Dans la même séance, l'Académie a fait connaître les prix proposés pour les années 1896, 1897 et 1898. Les *Annales* ont déjà publié les questions relatives à la pathologie mentale et nerveuse proposées pour les deux premières années (V. numéros de janvier 1894, p. 177 et de janvier 1895, p. 153) ; voici celles proposées pour l'année 1898 :

Prix de l'Académie. — 1,000 francs. (Annuel.) — Question : *Des myélites infectieuses au point de vue clinique et expérimental.*

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

Prix Charles Boullard. — 1,200 francs. (Bisannuel.) — Ce prix sera décerné au médecin qui aura fait le meilleur ouvrage et obtenu les meilleurs résultats de guérison sur les maladies mentales, en arrêtant ou en atténuant la marche terrible.

Prix Civrieux. — 1,000 francs. (Annuel.) — Question : *Des obsessions en pathologie mentale.*

Prix Falret. — 900 francs. (Bisannuel.) — Question : *Les somnambulistes.*

Prix Théodore Herpin (de Genève). — 3,000 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

Prix Portal. — 600 francs. (Annuel). — Question : *Des lésions des centres nerveux et des reins, causées par la toxine du tétanos et par celle de la diphtérie.*

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.

Les manuscrits, imprimés, instruments, etc., soumis à l'examen de l'Académie, ne seront pas rendus aux auteurs.

Les prix seuls donnent droit au titre de lauréat de l'Académie de médecine.

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ

Drame de la folie à Montpellier. — Sous ce titre, le *Temps* (numéro du vendredi 15 novembre 1895), publie le fait suivant, aussi épouvantable que douloureux, et qui prouve une fois de plus que, de tous les aliénés en liberté, les plus dangereux sont les persécutés :

« Un drame horrible s'est déroulé cette nuit, rue Lakanal, en face du petit lycée.

« M. Joseph Doumergue, âgé de vingt-huit ans, rentier, habite dans cette rue un immeuble avec sa mère, une bonne Esther Palverel, âgée de vingt et un ans, et une femme de ménage, Thérèse Crion, âgée de vingt-quatre ans, entrée dans la maison depuis lundi.

« Depuis quelque temps il donnait des signes de bizarrerie, mais, mercredi matin, l'exaltation s'aggravait. Vers dix heures, le soir, il était couché ; sa mère le soignait ; il demanda à se lever et à prendre un bouillon. Esther Palverel, qui était à la cuisine au rez-de-chaussée, monta au premier, portant une tasse. Le jeune homme se mit en colère, criant qu'on voulait l'empoisonner et força la bonne à boire le bouillon. Comme elle restait, il lui tira un coup de feu sans l'atteindre.

« Affolée, elle descendit, criant à sa compagne : « Ne monte pas ! » A ce moment, deux coups de feu retentissaient suivis de la chute d'un corps. Le malheureux avait tué sa mère et, pris de folie furieuse, il se mettait à la fenêtre et tirait dans la rue. A ce moment la femme de ménage, Thérèse Crion, rentrait d'une maison voisine où elle était allée appeler l'abbé Thomas, qui avait un certain ascendant sur le jeune homme ; un coup de fusil chargé de petits plombs l'étendait à terre.

« Et le fou, pendant que la foule accourait, continuait son œuvre meurrière. Il tirait sur un groupe composé de Pierre Thérand, âgé de quarante-cinq ans, qui tenait à un bras sa

petit-fille, âgée de quatre ans, et de son gendre Trivière. La fillette tombait et, comme elle allait vers la maison du meurtrier, le père l'enlevait dans ses bras. Mais, à ce moment, une décharge foudroyait à ses côtés son beau-père Thérand.

« Huit autres coups de fusil retentirent. Deux sœurs, M^{me}s Dumont, furent grièvement blessées.

« Alors la gendarmerie cerne toutes les rues. Mais le fou est à la fenêtre. Il inspecte la rue avec une lampe et tire encore. Puis on l'entend hurler, gémir, crier : « J'ai assassiné ma mère! Pardon! Je te maudis! Va-t-en! » Et il tire à petits plombs contre les murs du lycée.

« Toute la gendarmerie, les autorités sont là ; mais on ne veut sacrifier aucune vie et les cadavres gisent encore sur le pavé. Un agent veut tenter de s'approcher, le fou tire et à chaque instant il hurle, pousse des grognements : « A mort! »

« En vain on essaye de détourner son attention, il fait tête de tous côtés, ses appartements ayant des fenêtres sur trois rues.

« Enfin arrivent les pompes, on les met en batterie dans le jardin du petit lycée et on inonde le fou. La lampe est éteinte et les cris cessent. Mais il a l'habileté de fermer la fenêtre. Alors des soldats du génie enlèvent les trois cadavres ; des scènes déchirantes ont lieu, et tout cela dans la nuit à la lueur de deux réverbères.

« On se décide à attendre le jour pour s'emparer du meurtrier. À sept heures, MM. Vincent, préfet, Sevaux, avocat général, Brocard, procureur de la République, Kervella, commandant de gendarmerie, se concertent et font diriger le jet des pompes sur un water-closet qui est sur une terrasse extérieure.

« Pendant ce temps, les fonctionnaires, accompagnés de gendarmes résolus, passent par le jardin attenant à la maison, pénètrent dans la cuisine. Doumergue est caché dans ce water-closet. Le gendarme Bertrand se précipite sur le fou, tournant le dos, s'empare de lui ; un pompier jette sur lui un matelas pendant qu'il crie : « On m'assassine! On me tue! » Ligoté, il est transporté à l'hôpital.

« Le spectacle est horrible : Doumergue est en proie à des convulsions ; il a le visage plein de sang et n'a plus figure humaine. Dans la chambre du premier étage, sur un fauteuil, la mère est sans vie, ayant reçu au visage et à la poitrine deux coups de fusil. À ses pieds, un petit chien dont le museau est teint de sang, seul être vivant qui reste de cette horrible tragédie. Dans la pièce, tout est bouleversé.

« Le frère de Doumergue a une crise de larmes :

« Quel déshonneur! crie-t-il ; ma mère...! »

« Le fou ayant été ligoté, sa physionomie se détend. Il de-

vient timide et gémit : « Ne me faites pas de mal. Où suis-je ? »

Le *Temps* du lendemain (numéro du samedi 16 novembre 1895) donne les renseignements complémentaires suivants :

« Doumergue est à l'asile bien calme. Mais, inconscient, il déclare souffrir de la gorge et de la figure, sur laquelle il a reçu des grains de plomb.

« Il est acquis aujourd'hui que, pendant qu'il était à la fenêtre et tirait sur les passants, un citoyen est rentré immédiatement chez lui, a pris un fusil et a tiré sur Doumergue, qui a reçu une quinzaine de plombs, mais le gros de la charge a pénétré dans le volet.

« Le fou ne se rappelle aucun des incidents de la nuit.

« Les deux demoiselles Dupont, blessées à la figure et aux mains, vont mieux.

« Doumergue était de caractère violent et avait la manie de la persécution. On croit qu'ayant reçu des observations de sa mère, laquelle lui annonçait qu'elle voulait renvoyer la bonne Esther Palverel, en faveur de laquelle Doumergue avait fait ces jours derniers un testament, cette violente contrariété l'a surexcité au point qu'il est devenu parricide et meurtrier.

« La famille Doumergue est alliée à la famille Armand, dont le nom a retenti dans une cause célèbre. »

TRIBUNAUX

Procès en diffamation contre M. le Dr Paul Aubry et les Annales médico-psychologiques. — Notre savant collaborateur, M. le Dr Paul Aubry, publiait — nos lecteurs s'en souviennent peut-être — dans notre numéro de novembre-décembre 1892, un intéressant article intitulé : *Une famille de criminels. Note pour servir à l'histoire de l'hérédité*. Il l'a intercalé en 1894 dans la deuxième édition de son livre, la *Contagion du meurtre* (Voy. Chap. I^e. *Contagion par la famille*). Des descendants de cette famille se considérant comme diffamés par la publication de cette œuvre, intentèrent à son auteur et à ses éditeurs un procès en dommages-intérêts devant le tribunal civil de la Seine. L'affaire fut plaidée devant la 1^{re} Chambre, sous la présidence de M. Baudoin, dans les audiences des jeudi 21 et 28 novembre et le jugement rendu le 5 décembre 1895. Voici ce jugement que nous reproduisons textuellement d'après le journal *Le Droit-Gazette des Tribunaux* (n° du 6 décembre 1895) :

« Le Tribunal,

« Attendu que le Dr Aubry a fait insérer dans le numéro de novembre-décembre 1892 du journal les *Annales médico-psy-*

chologiques, édité par Masson, un article intitulé : « Une famille de criminels ; notes pour servir à l'histoire de l'hérédité » ; qu'il y rappelle les faits d'un double procès criminel, qui, dix ans auparavant, avait passionné l'opinion publique à Saint-Brieuc, et dont les détails monstrueux étaient de nature à solliciter l'attention de tous ceux qui se préoccupent de la criminalité, de ses causes, et qui ont le souci de rechercher les moyens de préserver la société contre l'envahissement du crime ;

« Que le Dr Aubry, convaincu que le crime a, comme la maladie, pour cause principale, la contagion agissant le plus souvent sur des sujets prédisposés, cherche à déterminer les dispositions latentes qui placent ceux-ci dans un état de réceptivité spécialement favorable à l'élosion du crime, et qu'au premier rang des facteurs du meurtre il place la contagion par la famille, c'est-à-dire la prédisposition héréditaire développée par l'éducation ;

« Attendu qu'à l'appui de sa thèse, il fait l'histoire de la famille de Kérangal qu'il scrute pendant plusieurs générations ; que, non content de relever les détails concernant les membres mêmes de cette famille, il étend ses investigations aux descendants des maîtresses d'Aimé-Marie-René de Kérangal, et s'efforce, par un parallèle établi entre ceux de ses enfants qui ne peuvent être rattachés aux relations adultères de leur mère avec Aimé de Kérangal et ceux qui sont issus de ces relations, des conclusions venant à l'appui de la thèse qu'il entend démontrer ;

« Qu'il est ainsi amené à signaler, parmi les nombreuses maîtresses d'Aimé de Kérangal, Floriane-Etienne Lecomte (1787-1856), mariée en 1809 avec V... (Marc-Jean), perruquier (1786-1824), à rappeler les soupçons graves qui ont pesé sur cette femme au moment du décès de son mari survenu en 1824, l'accusation d'empoisonnement qui fut dirigée contre elle, l'information criminelle qui fut ouverte, et à déclarer que, malgré l'ordonnance de non-lieu qui intervint en sa faveur, « grâce à l'insuffisance des procédés chimiques de l'époque, l'opinion publique ne fut pas d'accord avec la justice, et que la lecture des pièces de la procédure semble nettement indiquer la culpabilité de cette funeste Lecomte » ;

« Qu'au nombre des enfants de cette femme, il cite V... (Flore-Perrine-Marie) (1814...), qui, « après avoir été très connue sous le nom de la Belle Flore dans un café de Paris où elle était caissière, ayant de nombreux amants, devint tenancière d'une maison de prostitution à Paris, épousa Y... et Y..., eut deux enfants, l'un architecte, l'autre aveugle et (?) atteint de la paralysie de Parkinson »..., et qui « après avoir eu trop de bonté d'âme pour refuser ses faveurs à ses

« nombreux admirateurs, et ayant fini par spéculer sur celles des autres, vit aujourd'hui dans une retraite dorée. »

« Attendu que le D^r Aubry a reproduit les éléments de cet article dans un ouvrage intitulé : *La Contagion du meurtre*, édité en 1894 par Alcan, dans lequel il développe la même thèse, et cite à l'appui de ses théories divers exemples parmi lesquels il range l'histoire de la famille de Kérangal ;

« Attendu que la demanderesse, Flore-Perrine-Marie Vallée, veuve de Roch Serre, se prétendant suffisamment désignée par les passages ci-dessus rappelés qui la concernent ainsi que sa mère Floriane-Etiennette Lecomte, veuve Vallée, demande aux défendeurs la réparation du préjudice qu'elle prétend avoir souffert du fait de la publication du numéro de novembre-décembre 1892 des *Annales médico-psychologiques* et du livre *La Contagion du meurtre* ;

« Qu'elle conclut : 1^o à ce que le D^r Aubry et Masson, d'une part, le D^r Aubry et Alcan, de l'autre, soient condamnés à faire disparaître dans la huitaine de la signification du jugement de tous les exemplaires, tant du numéro de novembre-décembre 1892 des *Annales* que du livre *La Contagion du meurtre*, mis en vente soit dans leurs magasins, soit chez tous autres libraires, les passages qu'elle incrimine, et ce, à peine de 200 francs de dommages-intérêts par chaque contravention constatée ; 2^o à ce qu'il soit fait défense aux défendeurs d'imprimer et publier à l'avenir lesdits passages dans les ouvrages ci-dessus désignés ; 3^o à ce qu'ils soient condamnés conjointement et solidairement à lui payer, le D^r Aubry et Masson, 5,000 francs, le D^r Aubry et Alcan, 5,000 francs, à titre de dommages-intérêts pour le préjudice qui lui a été causé ;

« Attendu qu'on ne peut sérieusement contester que la demanderesse ne soit très nettement désignée dans les passages incriminés, où sont précisées avec soin et exactitude toutes les circonstances qui l'individualisent ainsi que sa mère, le nom patronymique de cette dernière, la première lettre du nom propre; les prénoms de la mère et de la fille, les dates de leur naissance, de leurs mariages, la profession de leurs maris, la date du décès de la mère, le nombre de leurs enfants, la situation que ceux-ci occupent, les faits scandaleux auxquels Floriane-Etiennette Lecomte a été mêlée; qu'il n'est personne dans le pays où les faits se sont passés, et qu'habite encore la demanderesse, qui puisse se méprendre sur de telles indications ; que la demanderesse a donc qualité pour intenter son action ;

« Qu'elle est également fondée à se plaindre de l'attaque dirigée contre la mémoire de sa mère ; qu'elle est, en effet, atteinte dans sa propre considération par les allégations formulées par le D^r Aubry, parce que celui-ci prétend retrouver en

elle les effets de l'hérédité à chercher, après avoir noté le dévergondage qu'il impute à la mère, à expliquer par l'atavisme les écarts de conduite personnelle qu'il impute à la fille ;

« Attendu, d'autre part, que les allégations dont se plaint la demanderesse constituent à n'en pas douter le délit de diffamation; qu'elles contiennent, en effet, l'imputation dans des écrits et imprimés, vendus ou mis en vente dans des lieux publics de faits qui portent atteinte à l'honneur ou à la considération des personnes auxquelles ils sont imputés, tels que l'adultère reproché à la femme Lecomte, l'empoisonnement relevé à sa charge, l'inconduite honteuse reprochée à la demanderesse elle-même; qu'on soutiendrait vainement que la publication a été faite sans intention de nuire;

« Que les imputations diffamatoires sont de droit réputées faites avec intention de nuire, et que celle-ci est légalement caractérisée, non pas seulement lorsque l'auteur a eu le dessein de porter atteinte à l'honneur et à la considération des personnes qu'il a visées, mais encore lorsqu'il a eu conscience des conséquences préjudiciables qui pourraient résulter de ses allégations pour la personne diffamée; qu'elle existe dès lors que l'auteur, ayant pu et dû se rendre un compte exact du mal qu'il va causer, commet cependant l'acte qui va le produire et publie l'imputation qu'il sait nuisible; que l'intention punissable consiste dans l'espèce dans l'imprudence et la légèreté avec laquelle le Dr^r Aubry a publié ses allégations sur le caractère diffamatoire desquelles il ne pouvait se méprendre, et qui allaient atteindre une personne qu'il savait encore vivante;

« Qu'en vain prétend-il qu'il n'a pas eu pour but spécial de nuire à la demanderesse qu'il ne connaissait pas; qu'il n'a été inspiré que par le motif le plus louable et le plus élevé, par l'amour de la science intéressée à ce que des faits de la nature de ceux qu'il a cru constater soient relevés avec soin pour servir de base et de preuve à l'étude sociale qu'il poursuit;

« Attendu qu'en matière de diffamation, le but poursuivi, quelque utile qu'il puisse paraître, ne justifie pas les moyens employés pour l'atteindre; qu'il ne saurait permettre au juge de créer, en dehors de tout texte qui l'établisse, une immunité qui constituerait un véritable danger pour le repos des familles; que la science n'en a d'ailleurs aucun besoin pour poursuivre son œuvre de préservation sociale;

« Qu'il lui est aisé de conserver le souvenir des observations utiles sans y mêler, dans d'imprudentes publications et par des précisions que rien ne rend nécessaires, le nom des particuliers qui ont eu le malheur d'être, par eux-mêmes ou par leurs parents, mêlés à de scandaleuses aventures, et dont le plus légitime souci est de laisser le temps faire son œuvre de silence et de

paix ; que la discréption est un devoir plus impérieux encore lorsque l'écrivain entreprend, comme dans l'espèce actuelle, de mettre en question l'autorité des décisions de justice et de faire au mépris d'une ordonnance de non-lieu dont rien n'a infirmé la valeur juridique, peser sur celui qui en a bénéficié le poids de soupçons nouveaux contre lesquels il est impuissant à se défendre ;

« Attendu enfin que le Tribunal n'a pas, en l'état de la procédure écrite et des conclusions qui seules le saisissent, à se préoccuper de la question de savoir si l'action de la veuve Roch est prescrite ; qu'il est de jurisprudence désormais acquise « que la défense faite au juge par l'art. 2223 C. civ. de suppléer « d'office le moyen tiré de la prescription est absolue, et qu'il « n'est point fait d'exception pour le cas où il s'agit de l'action « civile pour la réparation du dommage causé par un crime ou « par un délit ;

« Que l'ordre public, intéressé à tout ce qui tient à la réparation des crimes et délits, ne peut être invoqué lorsque les intérêts pécuniaires des parties sont seuls en cause ; que le défendeur à l'action civile est donc libre de renoncer au droit qu'il a d'opposer la prescription, renonciation que l'on peut induire du silence qu'il garde à ce sujet ;

« Que la loi du 29 juillet 1881, en fixant un délai spécial pour prescrire l'action publique et l'action civile résultant des crimes, délits et contraventions prévus par cette loi, et le point de départ de ce délai n'a point dérogé à l'art. 2223 C. civ. » ;

« Attendu, en fait, que les défendeurs n'ont pas dans leurs conclusions opposé la prescription ; que le Tribunal ne saurait, sans violer par une fausse interprétation de la loi du 29 juillet 1881 l'art. 2223 C. civ., suppléer d'office cette exception ;

« Qu'il échet dès lors de faire droit à la demande ; mais qu'il convient en même temps de tenir compte au Dr Aubry des circonstances qui, sans le justifier complètement, expliquent sa conduite ; que s'il a agi avec une imprudence regrettable, alors qu'il ne pouvait se méprendre sur le caractère diffamatoire de ses allégations, et qu'il savait que l'une tout au moins des personnes qu'il désignait vivait encore, il est certain qu'il n'a été entraîné que par l'intérêt du problème social qu'il étudie avec l'ardeur d'un savant en dehors de tout idée de spéulation malsaine ;

« Que le caractère exclusivement scientifique de son œuvre, le personnel nécessairement restreint auquel elle s'adresse, la nature même des allégations qu'il a reproduites après beaucoup d'autres, et alors que les publications antérieures n'avaient, malgré leur retentissement, donné lieu à aucune poursuite, ni

même à aucune rectification, sont autant de considérations qui, sans faire disparaître la responsabilité, l'atténuent dans la plus large mesure ;

« Par ces motifs,

« Dit la demanderesse recevable et fondée dans ses conclusions ;

« Dit que le Dr Aubry et Masson, en ce qui concerne le numéro de novembre et décembre 1892 des *Annales médico-psychologiques*, le Dr Aubry et Félix Alcan, en ce qui touche l'ouvrage intitulé *La Contagion du meurtre*, seront tenus de faire disparaître, dans le mois de la signification du présent jugement, de tous les exemplaires mis en vente, soit dans les magasins de Masson et d'Alcan, soit dans toutes autres librairies, toutes énonciations qui désignent la demanderesse, sa mère et ses enfants dans les passages suivants : (Suit l'indication du passage à supprimer), les indications du tableau généalogique concernant Floriane-Etiennette Lecomte, Flore-Perrine V..., et les enfants de celle-ci, et ce, à peine de 10 francs par chaque contravention constatée, pendant le délai d'un mois de la signification du jugement, passé lequel délai il sera fait droit à nouveau ;

« Fait défense au Dr Aubry, à Masson et à Alcan d'imprimer et publier à l'avenir lesdits passages dans les ouvrages ci-dessus désignés ;

« Condamne conjointement et solidairement le Dr Aubry et Masson, d'une part ; le Dr Aubry et Alcan, de l'autre, aux dépens pour tous dommages-intérêts envers la demanderesse. »

FAITS DIVERS

Prix de vertu décerné à un surveillant d'asile d'aliénés. — L'Académie française a, dans sa séance publique annuelle du 21 décembre 1895, décerné un de ses prix de vertu (prix Lange, 1,000 francs), à M. Finance (Joseph-Emile), domicilié à Fontenay-sous-Bois (Seine). Voici en quels termes, le rapporteur sur les prix de vertu, M. Edouard Hervé, directeur de l'Académie française, fait connaître les titres si honorables de M. Finance à cette récompense :

« La conduite du gardien de la paix Finance n'est pas moins héroïque. Il a passé six ans auprès d'un député que l'exercice du mandat législatif avait rendu fou. Au début il ne faisait que remplir un devoir professionnel. Ancien militaire, il venait d'entrer en qualité de surveillant à l'asile de Prémontré, près de Laon. C'est là qu'il vit arriver cette victime du régime parlementaire, à la personne de laquelle il fut attaché. Au bout de quelque temps l'état du malheureux s'améliora. Depuis qu'il

n'était plus au Palais-Bourbon, il avait cessé d'être dangereux. On le rendit à sa famille, composée de sa femme et de son beau-père octogénaire; mais on ne pouvait lui laisser qu'une demi-liberté, car il était loin d'être guéri. Finance l'accompagna. Cependant les ressources de la famille s'épuisaient. Les services du surveillant ne pouvaient plus être payés. On le remercia en demandant et en obtenant pour lui un poste de gardien de la paix. Le bon Finance n'entendait pas abandonner pour cela son malade, dont l'état s'aggravait de nouveau et auquel ses soins étaient plus nécessaires que jamais. Le député habitait Fontenay-sous-Bois, tandis que le gardien de la paix était en résidence à Pantin. Finance accomplit alors le tour de force suivant. Chaque jour, dès que son service le laissait libre, il franchissait en une heure et demie la distance qui sépare Pantin de Fontenay, allait rejoindre son malade, le soignait comme un enfant et le guidait dans de longues promenades à travers les bois. Puis il faisait la même route en sens inverse et se trouvait à son poste le lendemain matin. Ses chefs furent si touchés de son dévouement qu'ils l'attachèrent à la brigade de Vincennes pour le rapprocher de son malade. Tous les soins de Finance ont été inutiles. Le député a dû être placé de nouveau dans un asile d'aliénés. Sa femme est morte de chagrin. Le beau-père survit, sans ressources, atteint par l'âge et la cécité. Finance et sa jeune femme veillent sur lui. D'autres adoptent un enfant. Ces braves gens ont adopté un vieillard, et leur affection adoucit la tristesse de ses derniers jours. »

Épidémie de suicide dans l'armée allemande. — On lit dans le *Temps* (numéro du lundi 9 décembre 1895) :

« Une véritable épidémie de suicides sévit parmi les troupes de la garnison de Strasbourg. Un jeune soldat du 15^e régiment de uhlans vient encore de mettre fin à ses jours, en se pendant dans la cour de la caserne Saint-Nicolas. C'est le quatrième cas de suicide que l'on relève depuis quelques jours. »

Suicide à deux. — On mande de Béziers qu'une femme R..., de nationalité espagnole, se croyant possédée du diable, a enduit ses vêtements de pétrole et y a mis le feu. Son mari, également atteint de folie, au lieu d'éteindre les flammes, voulut se brûler avec sa femme.

La femme R..., qui a de graves brûlures, est à toute extrémité. (Le *Temps*, numéro du mardi 10 décembre 1895.)

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.

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

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

Pathologie

L'ALIÉNATION MENTALE
CHEZ LES ARABES

ÉTUDES DE NOSOLOGIE COMPARÉE

Par le Dr MEILHON

Ancien médecin adjoint de l'asile public d'aliénés d'Aix,
Médecin préposé responsable de l'asile d'aliénés de Montauban.

SUITE (1).

SYMPTOMATOLOGIE GÉNÉRALE

Violences. — On peut dire que le trait dominant de la folie des Arabes est leur tendance à la violence; sur nos 83 observations, nous notons 42 fois des violences et des tendances agressives, 22 fois de véritables impulsions à frapper, 13 fois des impulsions homicides caractérisées; 4 malades ont été condamnés pour vol, 5 pour incendies volontaires, 8 pour obséquitez sur la voie pu-

(1) Voir les *Annales* de janvier-février 1896.

blique, 5 pour meurtre, 2 pour coups et blessures, 1 pour infanticide, 1 pour parricide; 8 sortaient de prison.

Peut-être cependant ne faudrait-il pas trop généraliser cette tendance agressive des Arabes. Il est certain que les attentats contre les personnes augmentent de fréquence à mesure qu'on approche de l'équateur, et le fou ne saurait échapper à cette loi de la criminologie; mais il est difficile d'en juger par l'observation seule de nos malades. Nous ne voyons en effet dans l'asile qu'une partie, la plus dangereuse sans doute, des cas d'aliénation qui surviennent chez les indigènes; le plus grand nombre vit en liberté dans les douars, et il est probable qu'il n'est pris à leur égard de mesure de protection que lorsqu'ils deviennent un danger pour la sécurité des tribus. Il doit se faire ainsi une sorte de sélection parmi eux, basée sur le plus ou moins de danger qu'ils présentent, et dès lors l'Administration n'est appelée à intervenir que pour ceux-là seuls qui se sont montrés violents; cette tendance instinctive de leur affection les suit naturellement à l'asile, et c'est ainsi qu'en général l'Arabe aliéné nous paraît si dangereux. Et de fait, pour qui a vécu au milieu d'eux, point n'est besoin des résultats d'une statistique pour affirmer leur extrême malignité; on est exposé à de désagréables surprises dans les rapports journaliers qu'on entretient avec eux, du moins si l'on veut remplir avec conscience la pénible mission dévolue au médecin d'asile, et ne pas se contenter d'une visite matinale consistant à passer rapidement sur le front de malades séparés de vous par une lourde table. Le danger apparaît surtout quand on les interroge, quand on cherche à scruter leur délire et à sonder le fond de leur état mental; beaucoup se révoltent à ce moment et semblent offensés de ce qu'ils considèrent comme une atteinte à leur dignité. Et puis les

Arabes n'ont pas de physionomie pour nous; il nous est difficile de déconvrir dans leur attitude, dans le regard, dans les traits du visage, cette marque spéciale, souvent fugitive et indéterminée, qui grave dans la mémoire l'image de l'individu; c'est à peine si nous reconnaîtrons demain celui qui la veille nous aura fait quelque geste menaçant; si bien que le danger qu'ils présentent s'accroît encore de la difficulté que nous avons à l'éviter.

A ce point de vue le Kabyle diffère sensiblement de l'Arabe : ce dernier est moins rancunier s'il n'est pas maltraité, il oublie vite l'injure et n'est méchant qu'au moment même où il la reçoit; le Kabyle, au contraire, se rappelle et ne fait jamais grâce; le temps n'efface pas son ressentiment; s'il ne peut se venger aujourd'hui, il attendra une occasion plus favorable, et il est à peu près certain qu'il n'y faillira pas. Qu'un voisin vole un peu de tabac à un Arabe; si à l'instant même il est, de par la surveillance, mis dans l'impossibilité de se défendre, l'oubli viendra vite; le Kabyle, au contraire, se vengera tôt ou tard du dommage qu'on lui a causé.

C'est ici le lieu de distinguer, parmi ces tendances dangereuses de l'indigène, l'acte impulsif de l'acte simplement agressif. L'agression suppose l'intervention du moi, de la conscience; c'est un acte voulu, dicté par des appétits et des mobiles divers, en corrélation avec un état délirant particulier. L'impulsion au contraire est un réflexe qui se produit indépendamment de la volonté, psychique ou motrice; l'impulsion est soudaine, irréfléchie, brutale, fatale, et la conscience peut la juger quand elle s'est produite, mais non la prévenir; elle part évidemment d'un centre cortical mis en action par une lésion irritative ou par un phénomène d'inhibition venant d'un centre éloigné; or ce délire des actes est extrêmement fréquent chez nos malades. Sans rappeler les tendances agressives déjà signalées, nous insisterons sur

ce fait que 22 d'entre eux manifestaient des impulsions et 13 des impulsions spécialement homicides, et notons qu'il ne s'agit pas ici d'épileptiques seulement, mais de véritables aliénés. On nous objectera peut-être que ce sont des héréditaires ; mais rien dans nos documents ne vient confirmer cette assertion, et d'autre part l'impulsion n'a pas ici les caractères qu'elle présente dans la dégénérescence mentale où elle s'accompagne, comme l'a démontré l'école de Magnan, d'obsession, d'angoisse, de lutte intérieure, de conscience, de satisfaction consécutive ; il s'agit d'un acte subit, inconscient, aveugle, instinctif en un mot : c'est le signe d'un état d'infériorité cérébrale native, inhérente à la race, et qui, chez nos malades du continent, ne se retrouve quelquefois que parmi les dégénérés les plus inférieurs.

Cette particularité du délire des indigènes a déjà fait l'objet d'une communication à la Société médico-psychologique (*Annales*, 73, IX, 491) : « M. Voisin rend compte d'une visite qu'il a faite au quartier des aliénés de l'hôpital civil d'Alger. Ce quartier est des plus défectueux. Il y a là 20 à 25 aliénés, tant hommes que femmes ; ils sont attachés là jusqu'à ce qu'on les transporte à l'asile d'Aix. La mortalité des aliénés arabes est considérable, elle est de 9 sur 10. Il faut à cela un remède énergique. — M. Constans : Je ne puis que confirmer et compléter les renseignements fournis par M. Voisin. Les aliénés arabes dirigés sur l'asile d'Aix y arrivent dans un état d'exaltation incroyable. Ce sont des malades extrêmement violents et dangereux, qu'on est obligé de placer dans les plus mauvaises cellules et de traiter comme des bêtes féroces. Ils ne guérissent presque jamais, et leur mortalité annuelle va jusqu'à 49 p. 100, tandis que celle des aliénés européens n'est que de 13 à 14 p. 100. »

Ce récit de notre ancien inspecteur général est peut-

être exagéré ; du moins, devons-nous dire que pendant notre séjour à l'asile d'Aix nous n'avons jamais été tenté de faire l'assimilation irrévérencieuse dont il parle, et cela parce que l'agitation n'a jamais atteint les proportions de la férocité ; bien mieux, il nous a paru qu'à leur arrivée les malades étaient le plus souvent beaucoup plus calmes que ne l'indiquaient les renseignements fournis par le médecin de l'hôpital de Mustapha : tels qui nous étaient signalés comme violemment agités nous arrivaient dans un état de calme complet et ne faisaient aucune résistance aux infirmiers chargés de les conduire dans leur division, et, s'il en eût été autrement, comment eussent-ils pu, sans trop de dommages, accomplir dans une voiture omnibus la route de Marseille à Aix ? Ce calme des malades, nous l'avons toujours attribué à la traversée. Le changement de milieu, la fatigue du voyage et surtout le mal de mer et les vomissements qui lui sont inséparables, ne pouvaient que déterminer immédiatement une action salutaire sur l'état d'agitation ; par la révulsion que le mal de mer opère vers les organes digestifs et la spoliation des forces nerveuses qui l'accompagne, le malade le plus agité au départ du bateau nous arrivait souvent dans un état de calme contrastant singulièrement avec les renseignements communiqués. Mais, il faut bien le dire, ce n'était jamais qu'une éclaircie dans un ciel couvert, et l'agitation signalée ne tardait pas à se montrer sous son véritable aspect. Ce fait n'en était pas moins intéressant à signaler, et peut-être, bien qu'il aille à l'encontre des idées reçues, pourrait-on en faire une plus large application dans le traitement de l'agitation maniaque.

Mais revenons au délire des actes chez nos indigènes. Indépendamment des impulsions homicides ou concurremment avec elles, on rencontre très fréquemment des perversions génératives : parmi nos 83 malades, nous

trouvons 18 sodomistes, 16 onanistes, 8 exhibitionnistes.

Le Koran, dans les versets relatifs au prophète Loth, interdit la sodomie. « Abuserez-vous des hommes au lieu de femmes pour assouvir vos appétits charnels ? En vérité, vous êtes un peuple livré aux excès. » (*Koran*, chap. VII, v. 79.) « Parmi toutes les créatures de l'Univers, allez-vous avoir commerce avec des hommes, abandonnant les femmes que Dieu a créées pour vous ? En vérité, vous êtes un peuple transgresseur. » (Chap. XXVI, v. 165-166.) « Aurez-vous par concupiscence charnelle commerce avec des hommes, plutôt qu'avec des femmes ? Vous êtes dans l'égarement. » (Chap. XXVII, v. 56.)

S'inspirant de ces révélations, la loi musulmane est aussi très sévère pour les sodomites ; mais les Arabes n'en continuent pas moins à s'adonner trop souvent à ce vice, et cette dépravation des instincts, déjà fréquente chez l'homme sain, va se retrouver chez l'aliéné avec l'appoint que la folie imprime à toutes les exagérations des passions humaines ; c'est ainsi que 18 de nos malades ont été surpris en flagrant délit de tentative de sodomie active ou passive, et encore pensons-nous que ce chiffre ne nous donne qu'une vague idée de la réalité, l'acte pervers ayant dû échapper souvent à la surveillance des infirmiers. Et cependant, incohérence bizarre, s'ils oubliaient les préceptes du Koran quand il s'agissait d'assouvir leur honteuse passion, il n'en était pas de même lorsque nous leur prescrivions l'administration d'un simple lavement ; rarement nous avons pu le faire accepter à un Arabe ; c'étaient alors des révoltes devant lesquelles nous avons dû toujours céder pour ne pas agiter le malade et nous exposer à son ressentiment.

Le plus souvent il en était de même quand nous voulions examiner la conformation de l'anus ; encore avons-nous été néanmoins plus favorisé dans nos investigations ; mais nous avouons n'avoir pas trouvé de

signe bien manifeste de sodomie passive, ni aucune de ces déformations anales signalées par Tardieu chez les succubus. Par contre, nous avons pu à loisir examiner le pénis de nos malades : le gland est gros, le pénis long et volumineux, si bien qu'en recherchant des signes de sodomie, nous avons trouvé surtout des déformations dues à l'onanisme.

Pédérastes, ils le sont au même degré, et un jeune enfant arabe, atteint d'imbécillité, devait être surveillé d'une façon toute spéciale pour le soustraire aux appétits lubriques de ses coreligionnaires.

Quant à l'onanisme, qui accompagne le plus souvent les tendances à la sodomie, il est aussi très fréquent ; mais nous savons, par ce qui se passe dans nos asiles, que les Arabes n'ont pas le monopôle de cette triste aberration.

Nous avons rencontré huit exhibitionnistes ; mais s'agit-il ici d'un syndrome de dégénérescence ou seulement d'une excitation passagère des instincts sexuels pervertis ? Nous pencherions volontiers pour cette dernière hypothèse. L'Arabe est naturellement érotique ; il vit beaucoup pour la satisfaction de ses appétits sexuels, et cette tendance originelle de son organisation, pouvons-nous être surpris de la retrouver dans la folie, où, s'il en existait autrefois, tout frein aux passions violentes a disparu ? D'autre part, il est un genre d'intoxication inconnu dans nos asiles, mais qui est fort en honneur chez les Arabes, et dont l'effet le plus immédiat est d'exalter le sens génital ; nous voulons parler de la folie par abus du kiff. C'est de cette forme d'intoxication que relèvent, pensons-nous, la plupart des faits d'exhibition des organes génitaux que nous signalerons dans nos observations ; ils constituent donc un symptôme d'intoxication bien mieux qu'un syndrome de dégénérescence.

Huit malades nous sont venus de la prison où ils purgeaient des condamnations pour crimes divers contre les personnes ou contre la propriété ; quatre fois le vol est signalé dans les antécédents, sans autre renseignement sur les circonstances dans lesquelles il s'est produit ; cinq fois nous relevons le crime ou la tentative d'incendie, et nous verrons aux observations qu'il s'agit de débiles ou d'épileptiques.

Enfin nous rencontrons deux fois des tendances au suicide : chez un alcoolique kiffique et chez un épileptique. C'est bien peu si l'on songe à la fréquence de ce symptôme parmi les malades de nos asiles ; mais l'appétit du suicide suppose chez l'individu la conservation relative des facultés du raisonnement. L'Arabe auquel la pensée du suicide se présentera se rappellera aussi que la religion mahométane proscrit le suicide, et dès lors il ne s'y arrêtera pas ; et c'est ainsi que nous ne rencontrons pas ce symptôme délirant chez les mélancoliques, dont l'intelligence n'est jamais complètement éteinte, tandis que nous observons des tendances au suicide chez un alcoolique et une tentative chez un épileptique, malades chez lesquels le suicide est le plus souvent impulsif, irraisonné. Nous devons cependant à la vérité de déclarer qu'en établissant une statistique des décès, nous avons relevé en 1868 une mort par suicide ; il s'agit d'une femme Elk....bent Hamed, née aux Ouled Daoud (Mascara), âgée de vingt-cinq ans, entrée le 14 octobre 1867 ; c'était une mélancolique ; après avoir tué son enfant, elle chercha à se couper la gorge, et elle mourut en effet le 13 août 1868 des suites de la laryngite traumatique ainsi produite. Quoi qu'il en soit, on peut dire que le suicide est très rare chez l'Arabe aliéné.

Quant aux idées délirantes proprement dites, celles que nous avons constatées le plus souvent sont des idées mystiques et des idées ambitieuses, non pas cependant

qu'elles constituent la note dominante du délire chez l'Arabe; elles ne sont pas au premier plan comme chez nos délirants systématisés; elles nous ont paru bien plutôt accessoires, épisodiques et donnant simplement au délire une teinte générale, religieuse ou ambitieuse, qui frappe beaucoup plus par sa fréquence que par son intensité.

Tels sont les principaux symptômes d'aliénation qui, envisagés chez l'Arabe, nous ont paru mériter une étude toute spéciale. Mais notre travail serait trop incomplet si nous le limitions à ces considérations générales sur la folie des Arabes; il ne sera pas sans intérêt de déterminer les formes d'aliénation les plus fréquentes chez l'indigène, et, pour chacune d'elles, de produire, aussi brièvement résumées que possible, les observations qui les concernent.

Mais, avant d'aborder ce chapitre de notre mémoire, nous croyons devoir donner le tableau des décès survenus parmi les Arabes de 1860 à 1888. Autant les affections cérébrales sont rares parmi les causes de léthalité, autant la phtisie est fréquente : sur 258 décès, 53, c'est-à-dire 20,54 p. 100, sont dus à la phtisie, proportion considérable et qui n'était même pas atteinte dans nos asiles au temps où les conditions hygiéniques, l'installation matérielle et la nourriture des malades laissaient beaucoup à désirer.

La comparaison des deux tableaux, celui des entrées et celui des décès, nous dira même qu'il fut des années, en 1870, 1881 et 1888 où les décès s'élèveront à un chiffre supérieur à celui des entrées, et cela indépendamment de toute influence épidémique. Remarquons également que de 1860 à 1888, pour 482 admissions nous avons 258 décès, c'est-à-dire 53,52 p. 100, et nous aurons une idée de l'excessive mortalité des aliénés arabes transportés dans nos climats. « Ils ne guérissent

presque jamais, dit l'inspecteur Constans (*Annales médico-psych.*, 73-IX-491), et leur mortalité annuelle va jusqu'à 49 p. 100, tandis que celle des aliénés européens n'est que de 13 à 14 p. 100. Cette excessive mortalité des aliénés arabes transportés à l'asile d'Aix il faut l'attribuer à la double influence du changement de milieu et de régime. »

PATHOLOGIE SPÉCIALE

Formes d'aliénation

Moreau (de Tours), dans son travail paru dans les *Annales médico-psychologiques* en 1843, nous a donné les résultats de ses recherches sur les aliénés en Orient : à l'île de Malte, où, dit-il, on parque les fous plutôt qu'on ne les traite, il y avait, en 1836, en tout 122 malades dont 60 hommes et 62 femmes, se décomposant ainsi : 48 maniaques, 8 monomaniaques, 40 déments, 7 idiots, 6 femmes hystériques, 13 épileptiques ; il n'a pas trouvé un seul paralytique.

A Smyrne, où le quartier d'aliénés est exclusivement réservé aux Grecs, il y avait 35 malades, dont 1 offrant quelques symptômes de paralysie générale, 2 maniaques agités, 5 ou 6 imbéciles ou idiots ; les autres étaient dans un état de démence plus ou moins avancée.

Au Caire (Egypte), il a compté au quartier d'hospice 21 aliénés dont le délire, pour la plupart, roulait sur des sujets érotiques ou religieux ; on y verrait fréquemment ajoute-t-il, un genre d'aliénation causée par le *Datura stramonium*. — A Constantinople, dans l'établissement consacré aux musulmans, il y aurait 23 aliénés ; plus de la moitié était dans la démence ; parmi les autres, il a trouvé 2 monomaniaques, 2 malades alternativement calmes et agités, et 3 en état de simple excitation maniaque ; « chez aucun d'eux il n'y avait trace de para-

lysie soit partielle soit générale ». Au dire dès plus anciens gardiens, les idées religieuses sont dominantes dans le délire de la plupart des malades ; il n'y a jamais eu de suicide dans l'établissement, mais bien un homicide remontant à quelques années et commis sur un gardien par un malade, qui, avant d'entrer à l'hospice, avait coupé la gorge à sa femme.

C'est dans ce voyage que l'éminent aliéniste prépara son étude si remarquable sur le haschich et l'aliénation mentale, et c'est à lui que nous devons la connaissance de cette forme de délire sur laquelle nous reviendrons dans le courant de ce travail.

Le Dr Furnari, dans une relation de voyage médical dans l'Afrique septentrionale (Bailliére, 1845), déclare qu'il n'a pu se procurer de renseignements précis sur l'espèce de folie qu'on observe plus spécialement en Algérie, et sur les causes physiques et morales qui la produisent : « La folie religieuse, dit-il, y est cependant très commune. »

Nos recherches bibliographiques sont peut-être incomplètes ; mais nous avouons que ce sont là les seules indications que nous ayons trouvées dans les nombreux recueils consultés par nous, si bien que l'on peut dire qu'au point de vue de la détermination des formes d'aliénation chez les Arabes, tout était à faire quand le Dr Kocher, ancien interne des hôpitaux d'Alger, fit paraître son travail sur la criminalité chez les Arabes. Un court chapitre y est consacré à l'étude de l'aliénation mentale, et il est pour nous d'autant plus intéressant qu'il s'appuie sur l'observation de malades que nous avons suivis nous-même en partie après leur évacuation sur l'asile d'Aix. Malheureusement notre confrère n'a pas donné à cette partie de son mémoire tous les développements qu'elle comportait ; sa statistique mérite cependant d'être reproduite :

Statistique de l'aliénation mentale dans le département d'Alger pendant la période 1867-1882 (d'après Kocher).

Statistique de l'aliénation mentale dans le département d'Alger pendant la période 1867-1882 (d'après Kocher).

NATIONALITÉS	FOLIE AIGUE		FOLIE CHRONIQUE		TOTAL		Évacués		Morts.
	MONOMANIE	ALCOOLISME.	HYSTERIE.	FOLIE PUPÉPÉTRALE.	TOTAL.	HOMMES.	FEMMES.	SORTIS.	
français	67 57 12 115 69 41 8 24	21 2 9 18	274 18 177 18	27 30 2 12	84 358 241	149 195 85 144	149 195 85 144	14 12	
Arabes	96 16 5 20 10 34 5 2 5	13 2 6 2	162 26 54 10	1 12 3 10	28 331 3 17	75 145 312 81	75 145 312 81	11 5	
espagnols	32 14 3 7 46 19 4 4	6 1 2 7	73 13 9 91	1 7 6 9	7 10 3 17	31 104 32 32	32 104 32 32	12 11	
Total	195 87 20 152 149 65 14 33	10 40 16 27	509 57 322 34	10 3 9 2	46 68 12 66	184 693 123 445	184 693 123 445	31 26	
ensemble	344 152 34 185 344 152	10 56 10 56	32 18 32 18	91 19 91 19	58 134 58 134	307 693 307 693	447 598 447 598	57 36	

Nous ne ferons pas la critique de la classification adoptée par M. Kocher ; la pathologie mentale demande, pour être interprétée avec méthode, des études spéciales auxquelles notre confrère n'était sans doute pas préparé. Nous-même avons voulu, en manière de contrôle, faire la même statistique pour les admissions à l'asile d'Aix ; mais on conçoit combien il est ardu de faire un diagnostic rétrospectif en l'absence de toute fenille d'observation et sur l'unique lecture de registres d'un laconisme désespérant, nus comme les déserts de l'Arabie, sans une oasis où cueillir un renseignement ; aussi nos diagnostics ne sont-ils que le reflet des certificats de quinzaine, et ces derniers n'étant confirmés par aucune note subséquente, nous ne saurions leur accorder grande valeur. Il faut cependant faire une exception pour la paralysie générale et l'alcoolisme, que nous n'avons admis qu'après nous être entouré de toutes les garanties possibles de certitude et avoir consulté tout spécialement le certificat de séquestration de notre confrère de l'hôpital de Mustapha. Sous ces réserves nous avons établi le tableau suivant.

C'est précisément parce que nous ne nous faisons aucune illusion sur l'authenticité de ces diagnostics, que nous avons cru devoir faire abstraction de ces malades que nous n'avons pas connus, pour ne considérer que ceux que nous avons pu suivre nous-même. Plus que tout autre, en effet, l'Arabe, avant d'être classé au point de vue nosographique, demande à être observé longtemps, quelquefois pendant plusieurs mois ; de plus, la présence d'un interprète est indispensable. Ces conditions, nous les avons réalisées dans l'étude de nos 83 malades, et la classification que nous en donnons ci-après est véritablement scientifique ; aussi nous servira-t-elle de base dans l'étude des diverses formes d'aliénation rencontrées chez les indigènes.

Diagnostics des Arabes traités à l'asile d'Aix de 1860 à 1889.

ANNÉES													Total.
	Manie.	Lypémanie.	Délire chronique.	Paralysie générale.	Épilepsie.	Alcoolisme.	Démence.	Démence sénile.	Imbécillité.	Idiotie.	Monomanie.	Manie raisonnable.	
1860. . . .	6	"	1	"	2	0	0	2	"	2	"	"	10
1861. . . .	8	2	1	"	2	0	0	1	"	1	"	"	15
1862. . . .	5	1	0	"	2	0	0	"	"	1	2	"	11
1863. . . .	6	1	0	"	1	1	0	"	1	1	"	"	11
1864. . . .	5	5	0	"	2	0	1	"	"	"	"	"	13
1865. . . .	9	8	0	"	2	1	1	"	"	"	"	"	21
1866. . . .	19	4	"	"	0	1	0	1	"	"	"	"	25
1867. . . .	17	3	"	"	4	0	0	0	"	"	2	"	17
1868. . . .	15	2	"	"	2	1	0	1	"	"	0	"	21
1869. . . .	9	1	"	"	1	0	2	0	"	"	0	"	13
1870. . . .	4	5	"	"	0	0	0	0	"	"	0	"	9
1871. . . .	8	3	"	"	0	0	3	"	"	1	1	"	16
1872. . . .	5	2	"	"	2	0	0	0	"	"	0	"	9
1873. . . .	10	"	0	"	1	0	2	0	1	"	0	"	14
1874. . . .	11	1	"	"	2	0	0	0	"	"	0	"	13
1875. . . .	10	3	"	"	1	0	0	0	2	"	0	"	16
1876. . . .	9	0	"	"	1	0	0	0	"	"	0	"	10
1877. . . .	10	5	1	1	5	1	0	0	"	"	0	1	24
1878. . . .	8	1	"	"	3	1	0	0	1	"	0	"	14
1879. . . .	10	2	"	"	2	2	1	0	1	"	0	"	18
1880. (*) . .	8	2	"	1	2	3	1	0	2	"	0	"	19
1881. . . .	7	3	"	1	2	2	0	0	1	"	0	"	16
1882. . . .	4	10	"	2	3	0	2	0	1	2	"	"	24
1883. . . .	9	4	"	3	0	1	1	0	2	"	0	"	20
1884. . . .	3	3	0	0	2	2	0	0	2	"	0	"	12
1885. . . .	3	10	"	1	1	5	0	0	0	"	0	"	20
1886. . . .	10	13	"	2	2	4	0	0	1	"	0	"	32
1887. . . .	10	8	1	1	4	5	0	0	0	1	"	"	30
1888. . . .	3	0	"	"	0	6	0	0	0	0	0	"	9
1889. . . .	4	3	"	1	3	3	2	0	0	0	0	"	16
Total. .	236	105	3	13	52	39	16	3	17	7	8	1	498

(*) A partir de 1880, sont seuls évacués sur Aix les Arabes de la province d'Alger.

Classification des affections mentales observées chez les indigènes présents à l'asile au 31 décembre 1889.

FORMES D'ALIÉNATION	ARABES			KABYLES			TOTAL général.
			Total.			Total.	
	H.	F.		H.	F.		
Manie aiguë	"	5	"	16	8	"	1
Manie chronique, démence consecutive	10	"	"	"	1	"	23
Méancolie aiguë	"	"	"	"	2	"	1
Méancolie avec stupeur	"	"	"	"	3	"	2
Méancolie chronique	1	1	2	"	"	"	5
Folie circulaire	2	1	3	"	"	"	3
Dégénérescences mentales	4	"	4	1	"	"	5
Délire chronique	4	"	4	1	"	"	5
Alcoolisme chronique	7	1	8	"	"	"	8
Intoxication par le kiff	4	"	4	"	"	"	4
Alcoolisme et kiffisme associés	8	"	8	3	"	"	11
Folie chorétique	1	"	"	1	"	"	1
Paralysie générale progressive	"	"	"	"	1	"	"
Imbecillité	"	"	"	"	"	"	3
Idiotie	3	2	5	6	"	"	10
Epilepsie.	"	"	"	"	"	"	"
Total.	47	10	57	26	"	"	83

MANIE

Manie aiguë. — La statistique de M. Kocher témoigne de l'extrême fréquence de la manie aiguë chez les indigènes : 130 cas sur un total de 312 malades. Ce n'est pas dans nos asiles que nous pourrions retrouver une semblable proportion ; chez nous, la manie aiguë se fait de plus en plus rare pour céder le pas aux formes dégénératrices d'aliénation, tandis que chez l'Arabe ce sont les formes primitives d'aliénation qui dominent, et pour s'en convaincre, il suffit de lire dans le tableau dressé par M. Kocher : pour 599 Français, nous avons 136 cas de manie aiguë alors qu'il suffit de 312 aliénés arabes pour arriver à un chiffre à peu près égal. Il va sans dire que ce n'est pas à l'asile d'Aix qu'on peut observer des cas de manie aiguë chez les Arabes ; il est probable que ceux-là qui sont susceptibles de guérison ne sont pas évacués et sont gardés à Mustapha ; par contre, les grands agités, les récidivistes, les dangereux, pour peu que la maladie se prolonge huit à dix jours, sont dirigés sans retard sur la métropole, et c'est ainsi que nous arrivaient tous nos malades. Certes, la plupart étaient dans un état de vive agitation, ou du moins, si la traversée les avait un instant calmés, ils ne tardaient pas à recouvrer leur état primitif ; mais nous ne pouvons pas les taxer de manie aiguë, puisque leur délire a persisté sous sa forme première aussi longtemps que nous les avons suivis, c'est-à-dire trois et quatre ans, et mieux vaut, ce nous semble, leur donner l'étiquette de manie chronique.

OBS. I. — Il s'agit d'un Kabyle, Ar... nait, Am., né à Gergela (Kabylie), entré en 1888, à l'âge de quarante ans. Ce malade aurait des parents en Nouvelle-Calédonie, et il aurait eu lui-même des démêlés avec la justice ; après des violences et

des impulsions homicides il fut envoyé à l'hôpital ; un délire maniaque des plus actifs s'y manifesta avec divagations, incohérence des idées et des actes, chants, cris, hallucinations de l'ouïe, tendances à la violence ; il déchirait ses vêtements, était le plus souvent en état de nudité et se montrait malpropre.

Il fut dirigé sur l'asile d'Aix. Tout d'abord il s'agit, parle seul, chante, est toujours en mouvement, déchire, se déshabille, gesticule, est extravagant dans sa tenue. En janvier 1889, une amélioration sensible se déclare ; il reconnaît avoir été fou et comprend bien que l'accès est terminé, il se défend de tout usage de kiff ou d'alcool, et nous raconte qu'avant l'internement, son frère lui mit les fers aux pieds et l'attacha solidement, bien que, dit-il, il ne fût pas méchant ; il ne croit pas, en effet, avoir frappé personne ou avoir eu quelque démêlé avec la justice. En septembre suivant, nous l'interrogeons de nouveau ; l'amélioration a fait des progrès sensibles ; il est tranquille, travaille volontiers, ne parle plus seul, raisonne bien, sans incohérence, et se rend bien compte qu'il a été fou. Il déclare que c'est, du reste, la seconde fois, et qu'il guérit du premier accès dans sa famille, après un an de maladie ; il se rappelle que dans ses accès, il a des idées de grandeur, voit des soldats partout autour de lui, il se croit leur chef suprême ; dès qu'il est guéri, il reconnaît l'absurdité de son délire.

Ce malade fut rendu à la liberté le 5 octobre 1889.

Manie chronique. — Si la manie aiguë proprement dite ne s'observe presque jamais à l'asile, il n'en est pas ainsi de la manie chronique qui comprend le quart de nos indigènes, si bien qu'on peut dire que les formes maniaques d'aliénation sont celles qui se rencontrent le plus fréquemment chez les Arabes. La chronicité rappelle même de très près la phase aiguë de la maladie avec son agitation, son incohérence, sa volubilité de langage, ses actes désordonnés, les insomnies. Chez nous, le maniaque chronique n'est plus un agité, c'est un malade figé dans un moule presque invariable où tout est monotone et machinal ; les facultés mentales sont à peine capables d'organiser quelques idées délirantes sans consistance ; les actes sont devenus presque

automatiques et l'habitude a remplacé la volonté ; c'est parmi eux que nous trouvons nos travailleurs des champs ; ils excellent à manier la pelle et la pioche, et, si par hasard ils s'agitent, ce n'est jamais que d'une façon tout à fait exceptionnelle et momentanée ; il s'agit d'une poussée congestive, d'un embarras gastrique, et une purgation ramène bien vite le calme habituel.

Il n'en est pas ainsi pour l'Arabe. Chez lui, la manie chronique est encore de la manie agitée ; il semble que la période aiguë persiste indéfiniment ; on y retrouve des idées délirantes très actives, perdues, il est vrai, au milieu du désordre de l'intelligence, mais qui néanmoins deviennent le mobile d'actes malfaisants en corrélation directe avec elles ; le malade n'est pas seulement impulsif, il est aussi agressif ; toujours il est dangereux ; les idées de grandeurs s'observent très fréquemment ; beaucoup de malades se signalent par des aberrations du sens génital ; un grand nombre donnent à leur délire une tournure mystique bien caractérisée ; la plupart semblent s'acheminer vers la démence.

L'observation II concerne un malade inoffensif et pour ainsi dire le seul de nos maniaques chroniques qui n'offre aucun danger pour son entourage.

OBS. II.—El h... ah... ben Moh..., Arabe, né dans le Maroc, entre en 1866, à vingt-neuf ans, à la suite d'actes de violence avec excitation, loquacité, cris, menaces.—Au début, on note un délire maniaque général avec agitation ; quelque temps après, fracture du cubitus, et à partir de ce jour, l'agitation tend à se calmer. En 1871, la manie est passée à la chronicité, le malade est incohérent, halluciné de l'ouïe, mais il est tranquille et est signalé comme bon travailleur. En 1879, tendance de plus en plus marquée vers la démence ; sa santé physique laisse à désirer ; quelques craquements humides au sommet gauche. Il se rétablit cependant, et quand nous l'observons, en 1887, nous nous trouvons en présence d'un malade tranquille, très docile, occupé utilement à la cuisine, très propre, n'ayant pas de mau-

vais instincts, et cherchant même, à l'occasion, à corriger les autres de leurs vices et de leur lubricité. Il raconte en langue arabe qu'il est à l'asile depuis plus d'un an et qu'il y est venu pour se promener, parce qu'il est grand pacha, très riche, et propriétaire de belles maisons et de grands domaines. Ce sont ainsi, toute la journée, des discours incohérents et intarissables : il a au dehors beaucoup d'ennemis qui le privent de son tabac et de sa fortune ; ils viennent en cachette ; il les voit et les entend ; ce sont des indigènes, des Juifs, des officiers, des capitaines ; les interprètes du bureau arabe viennent aussi lui parler ; tous l'insultent, cherchent à l'assassiner pour lui voler ses biens ; parfois, même, ils lui volent son tabac dans la poche. Sous l'influence de ces hallucinations de la vue et de l'ouïe, le malade se dispute souvent avec ses ennemis imaginaires ; mais il est relativement tranquille et paraît inoffensif.

Le malade de l'observation III a pu être, si l'on s'en rapporte aux notes médicales, un circulaire ; mais l'observation prolongée que nous lui avons fait subir nous a laissé cette conviction que nous avons affaire actuellement à une manie chronique arrivée à la période de la démence.

OBS. III. — Moh... ben-Bou... s. p., Arabe, né à Médéah (Alger), entré en 1868, à l'âge de dix-neuf ans. Il arrive sous le diagnostic de manie paisible, et ne tarde pas à s'améliorer au point de pouvoir travailler. En 1878, on le signale agité, incohérent, loquace, violent ; puis il devient gâteux, ses facultés intellectuelles se sont affaiblies, et il tombe dans un état de prostration (?) presque absolue ; de nouveau, il s'excite, crie, chante et devient ordurier. En 1888, nous le trouvons dans la démence ; il rit, paraît satisfait de lui-même, indifférent à ce qui l'environne ; il collectionne, emplit ses poches de pierres, d'os, de bois, de terre ; celle-ci, il la mange sous forme de boulettes dont il a toujours plein la bouche. Il est sale, malpropre, enclin à la sodomie, parle seul, pousse des cris ; mais il ne répond pas aux questions de l'interprète, et il est impossible, du reste, de fixer son attention. Toutefois, il n'est pas absolument méchant et s'occupe dans la division.

L'observation IV concerne une fille galante, dans les

antécédents de laquelle nous trouvons signalée la syphilis ; mais nos recherches ont été muettes à cet endroit.

OBS. IV. — Ai...bent Moh..., fille galante, Arabe, née à Larba (Alger), entrée en 1875, à vingt-trois ans. Admise à l'hôpital de Mustapha pour une affection syphilitique non spécifiée, elle y donne des signes d'aliénation mentale, est agitée, casse, brise tout, déchire, est dangereuse et gâteuse. On l'évacue sur l'asile d'aliénés. A l'asile elle s'améliore dès son arrivée ; mais l'agitation ne tarde pas à reparaître ; elle émet des idées orgueilleuses, parle seule, chante souvent et gâte parfois ; puis le calme reparaît et elle peut s'occuper ; mais de nouveau surviennent de l'excitation, des hallucinations de la vue et de l'ouïe et une tendance marquée à la violence ; elle a des impulsions dangereuses, et, après des alternatives de calme et d'agitation, la démence survient. En 1884, elle se dit reine, déchire, se déshabille, est toujours en mouvement. Quand nous l'observons, en 1888, elle est moins agitée, moins violente, moins extravagante dans sa tenue ; elle semble avoir oublié qu'elle était reine autrefois, tant la démence est avancée ; elle rit seulement à tout propos, son attention est difficile à fixer, et son langage est absolument incompréhensible. Nous ne trouvons pas de trace de syphilis.

Dans l'observation V, nous trouvons un malade éminemment impulsif et qui se signale par un besoin tout particulier de mordre ses voisins ; c'est là du reste une tendance assez commune chez l'Arabe aliéné.

OBS. V. — Ham...ben Ah... s. p., Kabyle, né à Cherfa (Alger), domicilié à Palestro, entré en 1885, à trente-cinq ans. Il a été arrêté par la police en état de vagabondage. Dément, il parle seul, accompagnant de grands gestes et d'un rire niais son langage incompréhensible, est toujours agité, déchire, se déshabille, mange avec glotonnerie, a des insomnies ; ce malade a des impulsions très particulières à mordre ses voisins à la face : c'est ainsi qu'il a déjà enlevé à un malade l'extrémité du nez, et qu'il en a mordu deux autres à l'oreille, enlevant encore à l'un d'eux la moitié du lobule ; sans la moindre apparence de provocation, il se précipite sur eux, les prend à bras

le corps et les mord, si bien qu'il est nécessaire de le maintenir isolé ou camisolé. Il n'a pas de mauvais instincts.

Il en est de même dans l'observation VI.

OBS. VI. — Ben Da... s. p., Kabyle, de Tizi-Ouzou, entré à trente ans, en février 1887. Connu comme vagabond, a été arrêté à Tizi-Ouzou pour obscénités sur la voie publique; mis en prison, a bénéficié d'une ordonnance de non-lieu et a été évacué sur l'hôpital de Mustapha où l'on signale de l'inconscience du temps et des lieux, des rires et pleurs sans motifs, de la loquacité, de la difficulté de la parole, de l'asymétrie de la face, une hémiplégie incomplète, de la glotonnerie, un bon état physique. Il est envoyé à l'asile sous le diagnostic de manie paraissant chronique. Le certificat de quinzaine en fait une démence consécutive à une congestion cérébrale avec hémiplégie gauche; on signale par la suite des périodes d'agitation alternant avec des intervalles de calme relatif. Quand il nous est donné de l'observer, la démence organique nous semble des plus problématiques et nous nous arrêtons à l'idée d'une démence maniaque; l'embarras de la parole et l'hémiplégie sont peu sensibles et ne sont autre chose que des symptômes de dégénérescence; le malade parle seul avec loquacité et incohérence, si bien qu'il est difficile de le comprendre; il ne répond jamais directement à la question; il a douze cents ans, 1,200 francs, etc. Plusieurs fois par jour il a des accès d'agitation durant environ dix minutes pendant lesquels il devient méchant, poursuit, frappe et mord les autres malades, tape du pied, se frappe lui-même en envoyant de la main droite des coups de poing à la main gauche; puis, l'accès passé, il se met à rire aux éclats, paraît enchanté de lui-même et redevient docile. Il est habituellement sale, débraillé, se roule dans la boue, se masturbe et tend à la sodomie (ces deux symptômes s'accordent peu avec la démence organique). En avril 1890, il mord à la main le brigadier du quartier au moment où ce dernier passait à ses côtés sans lui rien dire. Actuellement l'excitation est continue avec les périodes d'exacerbation habituelles.

Les observations suivantes témoignent encore des tendances agressives et des perversions sexuelles communes aux indigènes.

OBS. VII. — B... Kas... ben Lak..., militaire réformé, Arabe, né à Constantine, entré en 1874, à trente-quatre ans. Le diagnostic de manie chronique est porté dès son entrée. Depuis qu'il est à l'asile, il n'a pas cessé d'être agité et halluciné; il vocifère, déchire, se promène seul, frappe quelquefois ses voisins, est criard, tapageur. En 1884, on le signale comme impulsif, violent et dangereux. Quand nous prenons son observation, c'est un dément agité; il est très loquace, incohérent; il parle français, mais ce sont des propos sans suite débités avec une excessive volubilité; il a des hallucinations et converse avec le Gouverneur d'Alger, qu'il voit et entend. Il n'est pas méchant dans les intervalles de calme; mais, à peine l'agitation réparue, il devient menaçant, crie, insulte son entourage, et, se croyant chez lui, a la prétention de faire la loi dans la division et de commander aux gardiens. Sa tenue est convenable; il n'a pas de mauvais instincts.

OBS. VIII. — Moh... ben Ch..., Arabe, fermier, marié à Milianah, entré à cinquante ans, en septembre 1883. Il résulte des renseignements communiqués que sa maladie serait due à des chagrins, qu'elle remonte à plusieurs mois, et qu'elle s'est manifestée par de la tristesse, des idées de persécution, des hallucinations; il se croit poursuivi par le spectre d'un Arabe; il a commis des actes de violence; peut-être a-t-il eu des idées de suicide.

A l'asile il se montre dans la quinzaine violemment agité et dangereux; puis on signale des idées de persécution, des impulsions, du délire des actes; il brise les vitres; l'agitation est continue avec tendance constante à la violence. A notre arrivée, nous trouvons en lui un malade affaibli au point de vue mental, souvent très incohérent, toujours agité. Il ne cause à personne, mais parle seul avec animation, se dispute avec des personnages imaginaires, crie, gesticule, fait des menaces, déchire, se déshabille; il répond en souriant et sur un air de grande satisfaction qu'il avait cent quarante-cinq ans quand il est arrivé ici, et que la maison lui appartient. Il est halluciné et voit des ombres qui le poursuivent; il nous dit qu'il ne cherche querelle à personne, mais qu'il frappe impitoyablement celui qui le provoque, et de fait il frappe violemment quiconque le frôle en passant. Masturbateur, il cherche aussi à sodomiser ses voisins.

OBS. IX. — Da... bent el h... s. p., Arabe, née à Sghil ou Moula (Alger), entrée en 1881, à trente-cinq ans environ. Elle

a été placée en observation à l'hôpital, emmenée d'une commune de Kabylie où elle a été recueillie en état de vagabondage ; elle se montre agitée, crie, chante, brise, déchire, joue avec ses excréments, n'a aucune pudeur, tantôt mange d'une façon gloutonne, tantôt refuse les aliments. On l'évacue sur l'asile d'aliénés. Elle y arrive dans un état d'agitation violente et continue, crie, frappe, déchire, est d'une extrême loquacité et se montre dangereuse et impulsive. En 1887, nous la trouvons gâtarde; l'agitation toujours très vive est devenue des plus dangereuses ; elle frappe religieuses et malades, et nécessite par mesure de sécurité un isolement absolu d'avec ses compagnes. Il est impossible d'obtenir d'elle la moindre réponse aux questions les plus élémentaires. Elle continue à gâter.

OBS. X. — Bac... ben el hadj ah... ben Gué..., Arabe, cultivateur, marié, né à Ouled-Férah (Alger), entré en 1888, à trente ans environ. Vient des environs d'Aumale où depuis plusieurs mois il vivait en vagabondage dans les bois, à l'état sauvage ; à l'hôpital s'est montré violent, farouche, sournois, éadeur, accusait des idées de persécution, des hallucinations de l'ouïe et de la vue, se croyait poursuivi par des Arabes, ne répondait qu'avec crainte, suspectait la nourriture. A l'asile il est agité, gesticule, déchire, se déshabille, mange avec voracité; il parle seul dans un langage peu compréhensible pour l'interprète, ne sait où il se trouve, se dit très riche, toute la ville lui appartient; il a des périodes d'exacerbation délirante pendant lesquelles il devient très loquace, exhibe ses parties génitales et frappe violemment quiconque le frôle en passant; il ne paraît plus avoir des idées de persécution depuis que ses facultés intellectuelles se sont affaiblies. L'agitation persiste, avec tendance aux actes méchants, jusqu'à sa mort survenue en novembre 1889, à la suite d'une congestion cérébrale.

OBS. XI. — Mus... ben Af... s. p., Arabe, né à Miliana (Algérie), entré en 1877, à vingt-six ans. A été arrêté après s'être livré en public à des pratiques honteuses; érotisme continu. A son arrivée à l'asile, il accuse de la manie avec agitation, déchire, brise tout, et a une tendance invincible à frapper ceux qui l'approchent. Teigne rebelle à tous traitements. En 1889, l'agitation est moins vive, le malade est devenu plus obéissant et sa teigne s'amende sensiblement; puis nous trouvons signalées des alternatives de calme et d'agitation, et, à notre arrivée à l'asile, nous trouvons le

malade dans la démence ; il répond qu'il a sept ans, est d'une extrême incohérence, et pour ainsi dire ne sait plus que demander du tabac ; il déchire tout, effiloche ses vêtements, et de ces fils ajoutés fait une corde qui a parfois 500 mètres de longueur et qu'il dispose en un turban, dont il entoure sa tête. Il chante, est débraillé, malpropre et se livre à l'onanisme ; il n'est pas sodomiste, n'est plus méchant. Sa teigne est très améliorée.

OBS. XII. — Si... Am... naît Sah..., journalier, Kabyle, venu de l'hôpital civil de Constantine, entré en 1877, à la suite d'un accès d'agitation avec délire furieux. On diagnostique la manie, et pendant plusieurs années il reste, en effet, agité, déchireur, criard, incohérent et parfois gâteux. Quand nous l'interrogeons, il ne comprend pas les questions qu'on lui pose et répond dans un langage incompréhensible ; il chante, écrit par terre, s'isole ; parfois, un chiffon de papier à la main, il lit pendant des heures entières. Il reste le plus habituellement couché par terre, ne fait souvent qu'un repas par jour, est apathique, indifférent, débraillé, agressif et méchant, se livre d'une façon effrénée à l'onanisme et cherche à assouvir ses instincts de sodomie.

OBS. XIII. — Moh... ben N..., Kabyle, né à Beni-Mendès (Dra-el-Mizam, Alger), journalier, veuf, entré en 1886, à trente ans. On suppose quelques antécédents héréditaires, et sa folie serait due en partie à des pratiques religieuses exagérées. Il est malade depuis trois ans et a été séquestré à la suite de scènes de violence envers ses coreligionnaires ; déjà, quelque temps avant, il avait à moitié assommé un Européen ; il se disait Marabout, invulnérable, accusait des idées de puissance et de richesses, du contentement exagéré de sa personne, n'avait peur de rien, récitait tout le Koran, et, halluciné de la vue et de l'ouïe, voyait et entendait sa femme morte depuis trois ans.

Il arrive à l'asile dans un état de prostration sensible ; mais il ne tarde pas à s'exciter et à accuser des idées de grandeur et de persécution. Nous le trouvons dans la démence ; il parle seul, chante, s'isole, casse les vitres, se déshabille, rit à tout propos, déchire sa literie et ses vêtements ; il répond sur un air de satisfaction que l'asile lui appartient ; mais il est très incohérent et ne prononce parfois que des mots sans suite et absolument dénués de toute signification. Il n'a pas d'embarras de la parole, n'est pas méchant et n'accuse pas de mauvais instincts.

Dans l'observation XIV, nous trouvons un malade qui se distingue par son impulsion à grimper :

OBS. XIV. — Al... bel... h... M..., s. p., Kabyle, célibataire, entré à vingt et un ans, en août 1881. Il vient de la maison d'arrêt d'Alger où il était détenu pour un crime qu'on ne nous a pas fait connaître ; il a bénéficié d'une ordonnance de non-lieu basée sur son inconscience. A l'hôpital de Mustapha, on signale des divagations, des rires continuels, un état de bien être, et une tendance à grimper partout où il peut atteindre. A l'asile il n'a pas cessé d'être agité, malpropre, impulsif, déchirleur, et plusieurs fois on le surprend cherchant à grimper aux arbres. Quand nous le voyons, il est dans la démence ; l'agitation est extrêmement vive ; il parle jour et nuit sans qu'il soit possible de le comprendre, rit aux éclats, frappe, mord, saute sur ses voisins, déchire, se déshabille, se masturbe d'une façon effrénée et menace quiconque cherche à le corriger.

Les observations suivantes concernent deux récidivistes :

OBS. XV. — Jam... bent el... Arb..., s. p., Arabe, née à Tizi-Ouzou (Alger) ; elle entre une première fois le 2 décembre 1878 pour cause de manie chronique avec excitation, irritabilité, violences, et sort guérie le 12 juillet 1879. Le 5 août 1881, à trente ans, deuxième séquestration pour manie avec agitation, divagations, loquacité, cris, gâtsisme, malpropreté repoussante, glotonnerie. A l'asile, elle chante, crie, gesticule, saute, danse, se bat avec les autres malades, les frappe violemment ; son attitude extravagante dénote des idées de supériorité ; c'est ainsi du reste qu'elle prétend commander en maîtresse et qu'elle frappe les autres malades dès qu'elle voit le personnel menacé par elles. Elle aime à ce qu'on s'occupe d'elle à la façon des hystériques ; et, à tout propos, elle nous montre sa loupe du cuir chevelu. Elle est tatonnée au front et au menton. Elle s'occupe et s'intéresse beaucoup au bon ordre et à la propreté de sa division.

OBS. XVI. — Ah... ben Sa..., cultivateur, Kabyle, né à Béni-Erzoug (Alger), entré en 1886, à vingt-neuf ans. Ce malade avait déjà fait un séjour de quelques mois à l'asile d'où il avait été transféré sur un dépôt de mendicité ; on ne connaît pas d'hérédité dans ses antécédents, pas de causes à sa maladie ;

ses cris, ses divagations, ses menaces, ses accès d'excitation et de violence, son indocilité, son tempérament méchant qui fait soupçonner l'épilepsie, ont nécessité sa réintégration à l'asile d'aliénés. Là son excitation est continue; il ne fréquente personne et ne cesse de parler seul dans un langage incompréhensible pour l'interprète; il ne répond jamais à la question, rit aux éclats, paraît enchanté de lui-même, grince continuellement des dents; sa tenue est des plus désordonnées; il ne peut supporter aucun bouton sur ses vêtements. Il se livre à l'onanisme. Il n'est plus méchant.

L'observation XVII s'applique à un malade qui présente le phénomène de la double voix.

OBS. XVII. — All... b... Ma..., Arabe, journalier, né à Réghaia (Alger), entré en 1877, à trente-cinq ans. On ne sait rien de ses antécédents; il est signalé comme exigeant beaucoup de précautions, bien qu'il n'ait pas paru dangereux au dehors. Au début de son internement, c'est un maniaque agité; il crie, chante jour et nuit; quelque temps après son entrée il est calme, mais reste incohérent, loquace et accuse des hallucinations; il s'excite par intervalles, fait des grimaces; en 1883, démenance. Quand nous l'observons, en 1888, c'est bien un maniaque un peu agité; il ne répond pas aux questions de l'interprète ou parle un langage incompréhensible; il prend devant nous une attitude altière, fait des grimaces, rit sans motif, parle seul, crie, paraît vouloir commander dans le quartier et se montre méchant pour peu qu'on le contrarie; on devine qu'il tuerait son contradicteur. Il fait la double voix et la tonalité différente de dialogue incompréhensible indique suffisamment qu'il a lieu entre un homme et une femme. Il n'a pas de mauvais instincts et sa tenue est assez satisfaisante.

Les observations suivantes se rapportent à des malades chez lesquels le délire revêt une tournure mystique. Cette direction imprimée au délire par les habitudes contemplatives de l'indigène, il est certain qu'on la retrouve très souvent dans les manifestations délirantes; mais il ne faudrait pas dire avec Furnari que la folie religieuse est très commune chez l'Arabe. Des idées mystiques au délire mystique proprement dit, il y a toute la distance

qui sépare les idées de persécution du délire des persécutions de Lasègue, et c'est peut-être pour n'avoir pas fait cette distinction qu'on a pu dire que la folie religieuse était si fréquente chez l'Arabe. Pour ce qui nous concerne, nous n'en avons pas rencontré un seul exemple bien caractérisé parmi nos malades. Comme tous les mystiques religieux, les malades des observations suivantes sont violents et érotiques ; mais ils n'ont pas le monopole de ces deux tendances délirantes qui sont communes à tous nos Arabes.

OBS. XVIII. — Moh... ben Omar, coupeur de tabac, Arabe, né à Alger, entré, à vingt-trois ans, en juin 1887. Après s'être livré à des voies de fait contre son entourage, a présenté à l'hôpital de la manie avec grande agitation, crises furieuses, hallucinations de la vue et de l'ouïe, indocilité, et quelques idées de religion. Il entre à l'asile sous le diagnostic de lypémanie, avec pleurs, tristesse, idées religieuses ; il répond à toutes les questions qu'il est un homme ; pendant plusieurs mois il crie, s'isole et manifeste des tendances à la sodomie qui nécessitent une surveillance toute spéciale au dortoir ; mais, à mesure que la démence fait des progrès, l'agitation se déclare de plus en plus vive et, en 1888, nous le trouvons débraillé, déchirleur, malpropre ; il se déshabille, pétrit ses ordures, parle continuellement seul jour et nuit, chante des versets du Koran ; il est difficile de fixer son attention ; on le voit parfois tendre l'oreille et s'écartier, comme s'il entendait des voix ; il pleure parfois, mais ne s'isole plus, cause à ses camarades et nous dit qu'il est très riche. Il se signale toujours par ses tendances à la sodomie. Actuellement, sa situation n'a pas changé.

OBS. XIX. — Ha... bent Ch... ben M..., célibataire, Arabe, née à Christel, arrondissement de Mostaganem (Oran), entrée, à quarante ans, en novembre 1874. Renseignements : accusée d'incendie volontaire, vient de la prison où elle aurait été violente vis-à-vis de ses codétenues ; elle n'ignore pas l'accusation qui pèse contre elle ; mais elle nie le fait et l'attribue à une cigarette jetée par des Espagnols ; discours incohérents, prend les infirmières pour le fils de Dieu, dit que sa fille a eu des enfants, mais qu'elle-même n'en a jamais eu. Pendant son long séjour à l'asile, nous trouvons signalée une agitation maniaque vive, pres-

que continue, avec incohérence, tendances agressives, et hallucinations de la vue et de l'ouïe. Quand il nous est donné de l'observer, nous la trouvons dans la démence avec gâtsme; elle déchire et devient méchante par moments; elle nous répond qu'elle a quatre-vingts ans, quatre-vingts enfants, qu'elle a été désignée par des Arabes pour allumer des incendies; elle se dit fille de Dieu, mais sur le papier seulement; elle est très riche; la nuit, quand elle dort les yeux fermés, huit femmes viennent les lui ouvrir et l'empêcher de dormir.

OBS. XX. — Moh... ben Al..., journalier, Arabe, né à Delys (Alger), célibataire, entré, à vingt ans, en 1878. La cause de la maladie est inconnue; on sait cependant que c'est une récidive et que le premier accès a duré un mois; il chante des versets du Koran et sa loquacité alterne avec un mutisme absolu. A son arrivée à l'asile, il est agité et gâteux; il parle peu, se montre taciturne et se met souvent à genoux; il a quelques périodes de calme, paraît obéir à des hallucinations, devient complètement gâteux par malpropreté, et se livre un jour à des violences sur un malade inoffensif. Quand nous l'observons, c'est un maniaque chronique arrivé à la démence; il parle sans cesse un langage incompréhensible, crie, est toujours en mouvement, frappe du pied, entre sans motif dans de violentes colères, est méchant pour son entourage; il croit chanter le Koran, mais ses paroles n'ont aucun sens dans aucune langue; il ne gâte plus aujourd'hui et il n'a pas de mauvais instincts.

OBS. XXI. — Ra... naît Ka..., journalier, célibataire, Kabyle; né à Taourirt (Kabylie), entré, à vingt-sept ans, en janvier 1885. — Les renseignements en font un homme dangereux, sournois, à impulsions homicides; il s'est livré à des voies de fait sur plusieurs Kabyles inoffensifs et sur des gardiens français ou indigènes; il accusait de l'agitation, des idées religieuses, des hallucinations de l'ouïe, surtout nocturnes, et ne mangeait que du pain. A l'asile, il s'est également montré violent et impulsif; nous observons chez lui de l'affaiblissement intellectuel; il ne répond pas directement aux questions qu'on lui adresse ou bien ce sont des incohérences, parfois même il refuse de nous répondre et paraît très irrité de ce que nous osions l'interroger; il est méchant et très violent sous l'influence probable d'hallucinations de l'ouïe: il s'arrête parfois dans sa promenade, semble écouter, puis bondit sur ses voisins et les frappe avec violence; il chante, monologue, déchire, se

déshabille. Il mange bien maintenant et ses nuits sont calmes. Il se livre à la masturbation, mais non pas à la sodomie.

OBS. XXII. — Ar... naît Ahm... marabout (?), Kabyle, vient de Ainal-Hammoun ; entré, à trente ans, en mai 1887. A Mustapha on note : aspect farouche, yeux dans le vague, immobilité, oreille tendue, égrène le plus souvent avec rapidité son chapelet ; hallucinations de la vue et de l'ouïe, idées religieuses et de persécution. A l'asile, il paraît tout d'abord mélancolique : il est déprimé, triste, s'isole, n'a pas d'initiative, reste absorbé dans ses idées délirantes et ses hallucinations et présente parfois un tremblement généralisé auquel son délire n'est pas étranger. Bientôt il se signale par des impulsions et frappe violemment deux Arabes inoffensifs. En 1888, il marche vers la démence, collectionne, et l'agitation survient pour ne plus le quitter ; il parle seul, crie, chante, est d'une loquacité intarissable, paraît avoir des idées de grandeur et se croire supérieur aux autres, gesticule, fait des menaces, frappe ses voisins et devient très violent, surtout pour les infirmiers ; il a des habitudes de masturbation, mais non pas de sodomie.

L'observation XXIII concerne un démonomaniaque :

OBS. XXIII. — Al... ben... K... ben Ka..., vagabond, Arabe, né à Chérargas ; entrait pour la deuxième fois en 1883, à vingt-cinq ans, pour un accès de manie, guéri après trois mois de traitement. Il passe un mois seulement en liberté, se fait arrêter pour vol, comme du reste à l'occasion de sa deuxième séquestration, et est réintgré dans l'établissement. C'est un maniaque chronique en état d'excitation légère, mais contenue ; il a des hallucinations de la vue et de l'ouïe et du délire démonomaniaque : le diable le tourmente sans cesse et il court après lui pendant des journées entières ; il le voit sur les toits, dans le préau, partout ; la nuit même il se lève pour courir après lui ; quand il croit le tenir, il l'assomme de coups de pieds et de poings, mais il lui échappe aussitôt. Ce malade parle français ; il se croit le bon Dieu, très puissant, très riche, décoré, immortel, et il sourit à tout propos dans un contentement béat de lui-même. Il n'est pas méchant et nous ne découvrons pas chez lui de mauvais instincts.

Enfin, dans l'observation XXIV, nous trouvons un cas de manie puerpérale passée à la chronicité et tombée

dans la démence. Cette complication doit être très rare chez les femmes arabes ; c'est en effet le seul cas que nous ayons constaté, et le Dr Kocher, dans sa statistique, n'en cite lui-même qu'un cas en seize années.

OBS. XXIV. — Sa... bent Ta... (Catherine), baptisée, femme B... (Youseph), sans profession, Arabe, née à Montenotte (Alger), entrée à vingt-sept ans, en décembre 1884.

Renseignements : puerpératité, a eu des fièvres d'accès, est malade depuis plusieurs mois, accuse des conceptions délirantes, des hallucinations de l'ouïe et de la vue, de la tristesse suivie parfois d'agitation ; sournoise, a tenté de détruire son enfant. A l'asile, elle est considérée à son entrée comme hypomaniaque anxieuse avec hallucinations de la vue et de l'ouïe et excitation intermittente ; elle prétend qu'on lui a tué son enfant et qu'elle sent l'odeur de son sang ; cependant lorsque, en 1887, nous observons attentivement la malade, elle est manifestement agitée et reste telle pendant plusieurs années ; elle parle seule, rit aux éclats, déchire, se déshabille ; elle est démente ; quand on l'interroge, elle répète la question au lieu de répondre ; elle accuse des idées confuses de persécution et des hallucinations de l'ouïe, entre facilement en colère, frappe parfois les malades, est malpropre et gâteuse.

Telle est, chez l'indigène, la manie chronique, telle que nous l'avons observée à l'asile. Certains malades ont paru présenter au début de la dépression mélancolique ; mais ne les ayant pas observés dans cette phase de leur affection, nous n'en avons pas tenu compte dans la détermination de la forme mentale qui les concerne, et nous les avons rangés sous l'étiquette de manie chronique parce que telle est l'attitude sous laquelle nous avons pu étudier leur délire pendant plusieurs années.

A ne considérer que la statistique du Dr Kocher, la manie chronique serait une exception chez l'indigène, puisqu'il n'en signale qu'un seul cas en seize ans sur trois cent douze malades. Il y a là, bien certainement, une grave erreur ; mais on conçoit qu'elle ait été facile-

ment commise si l'on songe que l'hôpital de Mustapha n'est qu'un lieu de passage pour les aliénés arabes; l'observation de courte durée qu'ils y subissent dirige le médecin vers la manie aiguë plutôt que vers la manie chronique dans laquelle, du reste, l'agitation persistante rappelle toujours la période aiguë de la maladie. D'autre part, il est probable que certains cas de manie chronique ont dû être classés par notre confrère dans le cadre de la démence; et cette étiquette convient si bien à la plupart des malades que nous venons de passer en revue que nous-mêmes nous les avons confondus sous les deux dénominations de maniaques chroniques déments. Par suite, la divergence entre nos deux statistiques n'est peut-être qu'apparente.

(*A suivre.*)

PSYCHOSES DE LA VIEILLESSE

OBSERVATION DE DÉLIRE RAISONNANT DE PERSÉCUTION CHEZ UNE FEMME AGÉE DE SOIXANTE-TREIZE ANS

Par le Dr E. RÉGIS

Chargé du cours des maladies mentales à la Faculté
de Bordeaux.

Dans son remarquable rapport sur les psychoses de la vieillesse, qui a obtenu au Congrès de Bordeaux un si légitime succès, M. Ritti a très nettement mis en lumière les caractères du délire de persécution de la sénilité, se distinguant surtout par la rapidité de son évolution et la prédominance des hallucinations de la vue ainsi que du sens génital.

Mais il s'agit là uniquement du délire systématisé classique, de la psychose progressive à éclosion tardive. Quant aux autres formes de délire de persécution et en particulier à la forme raisonnante ou des dégénérés, il n'en a pas été fait mention dans le rapport de M. Ritti, pas plus que dans la discussion qui a suivi. Et cela s'explique, étant donné que cette forme de délire est essentiellement héréditaire et précoce.

Pourtant, il est certain que le délire raisonnant de persécution, avec ses caractères typiques (vraisemblance, logique et fixité d'emblée du délire, absence d'hallucinations, tendances persécutrices et processives, etc.), peut survenir chez des vieillards jusque-là indemnes de tout accident vésanique, mais sans doute originairement dégénérés. C'est donc là un point nouveau et qui nous paraît intéressant, de la question des

psychoses de la vieillesse, mise en pleine actualité par le Congrès de Bordeaux. A ce titre, nous croyons devoir relater ici une observation qu'il nous a été donné de recueillir récemment.

OBSERVATION.

M^{me} X..., âgée de soixante-treize ans, m'est adressée dans le courant du mois d'octobre 1895, par un confrère d'un des départements voisins. Cette dame jouit d'une santé physique excellente et, comme on dit vulgairement, ne paraît pas son âge. Ses organes sont en bon état et ses fonctions s'accomplissent normalement. Elle est porteur d'un goitre volumineux, comme lobé et bosselé, à la palpation duquel on sent manifestement des pulsations vasculaires. Il est difficile, la malade ne s'y prêtant guère, de faire un examen plus complet de la tumeur. Ce que nous savons cependant, d'après ses renseignements, c'est que le goître est héréditaire dans sa famille : sa mère et sa grand'mère en étaient atteintes, sa fille en a un très visible et son fils avait lui-même le *coup gros*. Il n'y aurait pas eu d'aliénés parmi ses ascendants et ses collatéraux.

M^{me} X..., qui est venue à nous pour nous demander un conseil en quelque sorte médico-légal, en vue de poursuites qu'elle désirerait intenter, nous fait, d'une façon très lucide et très cohérente, le récit suivant, que nous résumons dans ses traits essentiels.

M^{me} X... avait un fils, dont la femme mourut toute jeune, laissant une fillette en bas âge. Pour élever cette enfant, son fils prit une demoiselle L..., sorte de dame de compagnie, qui ne tarda pas à gagner l'affection de sa pupille et peut-être aussi celle du père. Celui-ci, néanmoins, eut, à diverses reprises, des velléités de contracter un nouveau mariage avec des veuves de bonne famille, encouragé en cela par sa mère. De là serait née, d'après M^{me} X..., une aversion profonde de la dame de compagnie pour elle et cette aversion se serait manifestée dès le début, c'est-à-dire il y a environ six ans, par des tentatives d'empoisonnement. Une fois entre autres, dans une ville d'eaux, le fils paraissant rechercher une personne, avec l'agrément de sa mère, la dame de compagnie résolut de se venger. M^{me} X... l'entendit dire à la servante : « C'est moi qui mettrai le couvert ce soir. » Elle ne prit pas garde à ces mots,

mais au moment du repas, elle constata d'abord que l'abat-jour de la lampe était baissé au point qu'on n'y voyait pas sur la table et ensuite que sa boisson avait un goût étrange. Presque aussitôt après, elle fut prise d'accidents épouvantables, coliques, diarrhée, sueurs froides, qui faillirent la tuer et la laissèrent anéantie. Un autre jour, le même fait se renouvela exactement dans les mêmes conditions, avec ce détail que la petite fille ayant pris par mégarde le verre de sa grand'mère, la dame de compagnie lui fit remarquer très brusquement son erreur. Ces tentatives dempoisonnement se renouvelèrent à plusieurs reprises et, chaque fois, M^{me} X... a, dit-elle, failli périr. Chaque fois, aussi, quand elle revenait à elle, elle apercevait devant elle la dame de compagnie qui épiait, haletante, les effets du mal, se demandant si elle n'avait pas trop forcé la dose. Peu à peu, la dame de compagnie en vint à attenter également aux jours du fils par jalousie et l'ayant suivi, notamment il y a deux ou trois ans, dans un voyage d'affaires, elle le ramena si changé et tellement malade, que sa mère en fut effrayée.

En fin de compte, le mariage eut lieu cependant, au commencement de l'année actuelle ; mais, quelques mois après, le fils mourait dans des conditions que M^{me} X... trouve vraiment extraordinaires. Elle déclare, par exemple, que chaque fois que le malade buvait une potion de la main de sa femme, son état s'aggravait subitement. De plus, étant retournée chez elle après la mort de son fils, M^{me} X... s'aperçut que toutes les provisions dont l'avait munie sa belle-fille à son départ, contenait du poison et produisaient sur elle de fâcheux symptômes. Un elixir, pris chez le pharmacien, avait même été altéré subrepticement. M^{me} X..., très montée, vint consulter un médecin à Bordeaux et lui apporta son elixir, en le priant de le faire analyser et de faire constater ainsi la présence du poison.

Malgré tout ce qu'on put lui dire sur le résultat négatif de la soi-disant expertise, M^{me} X... a conservé sa conviction et elle a répondu depuis à une lettre aimable et pleine de bons sentiments de sa belle-fille, par une lettre d'accusation d'empoisonnement à peine déguisée et elle voudrait exiger que sa petite-fille, qui a conservé une grande affection pour celle qui lui a servi de mère, ne la revît jamais.

Telle est, en substance, l'histoire racontée par M^{me} X... et cette histoire, on peut le voir, n'a par elle-même, aucun carac-

tère pathologique. Il faut noter de plus, qu'à part le goût étrange et les malaises ressentis à la suite des boissons supposées toxiques, — et qu'elle n'a certainement invoqués qu'après coup, — M^{me} X... ne présente aucune trace d'hallucinations et qu'elle fait son récit avec une lucidité et une conviction bien faites pour donner le change, parlant d'une façon calme et posée, évitant jusqu'à l'apparence d'une grossièreté, d'une menace ou d'une injure vis-à-vis de celle qu'elle accuse. Le médecin et surtout le magistrat qui, en l'absence de renseignements préalables, recevraient une plainte pareille, seraient évidemment un peu hésitants, au moins dès l'abord. C'est, du reste, ce qui est arrivé, paraît-il, pour l'avoué et l'avocat qu'elle a consultés. Il faut ajouter que toutes les facultés, et en particulier la mémoire, paraissent actuellement intactes. On en jugera par la lettre ci-jointe, que M^{me} X... m'a adressée quelques jours après sa visite.

« Mille fois pardon, monsieur, de venir encore vous importuner. Mercredi, en vous quittant, j'ai oublié de vous faire connaître l'entretien que j'ai eu avec ma petite-fille, et qui m'a été bien disgracieux.

« En partant pour L..., je lui fis dire de ne pas s'arrêter à Paris, sous aucun prétexte. Elle m'écrivit qu'elle était partie pour L... directement.

« Mardi, je suis allée la voir. Elle m'a répondu avec aplomb qu'elle s'était arrêtée à Paris en *allant* et en *venant* et que lorsqu'on a un motif, il faut le prouver. Cette réponse vient de cette femme, capable de tout, qui voit que le moment approche où il ne sera plus facile de faire l'autopsie. J'ai entendu dire que jusqu'à six mois on avait encore le temps. A cette époque, si elle a des menaces à faire, elle n'oubliera pas, vu qu'elle a près d'elle un avoué, capable de bien la conseiller. Je regretterai peut-être de n'avoir pas demandé l'autopsie. S'il me faut retourner à Bordeaux, je partirai lundi matin. Je vous serai infiniment reconnaissante, monsieur, de me faire connaître votre avis, soit par un mot, soit par un télégramme. »

En réponse à cette lettre, je déclarai à M^{me} X... que si, comme il était probable, l'autopsie de son fils ne donnait pas de résultat, on pourrait l'attaquer en diffamation et qu'il valait mieux, pour elle, s'abstenir et abandonner son projet de poursuites. Depuis et jusqu'à ce jour au moins, elle est demeurée tranquille, mais son délire persiste tel quel.

Les renseignements complémentaires fournis par la fille

m'ont appris que tout est vrai dans l'histoire racontée par M^{me} X..., hormis, bien entendu, les tentatives d'empoisonnement. M^{me} X... avait fait longtemps opposition au mariage de son fils avec la dame de compagnie, très honnête femme, cela va sans dire, d'où certains dissensments entre elles et d'où, finalement, l'origine de ses idées de persécution.

C'est là, me semble-t-il, un exemple de délire systématisé de persécution raisonnant, des dégénérés ou des persécutés-perséuteurs, dans la vieillesse, âge auquel il peut exister sans doute, mais où, à ma connaissance, il n'a pas été signalé et étudié d'une façon spéciale jusqu'à ce jour.

Le goitre, héréditaire dans la famille de M^{me} X..., n'a peut-être joué qu'un rôle tout à fait secondaire dans la genèse de son délire ; mais il peut être considéré, avec quelque apparence de raison, comme la manifestation d'une dégénérescence concomitante.

Médecine légale

EXHIBITIONNISTE

CONDAMNÉ PAR LES TRIBUNAUX

Par le Dr A. VIGOUROUX

Médecin-adjoint à l'asile d'Évreux.

E... (Stanislas), âgé de trente-deux ans, a été condamné en police correctionnelle à quatre mois de prison pour outrage public à la pudeur. Il était accusé d'avoir montré sa verge à des petites filles, le 25 septembre 1894, à dix heures du matin, dans la grande rue de P..., ville de deux mille habitants.

C'était la quatrième fois que des faits analogues l'amenaient devant le tribunal, et il avait déjà subi diverses condamnations : 25 francs d'amende, huit jours, puis trois mois de prison.

Grâce à la complaisance d'un magistrat, il nous a été permis d'examiner cet homme pendant sa détention ; voici ce que l'examen nous a révélé.

E... est d'apparence vigoureuse et d'une taille au-dessus de la moyenne. Au premier abord, on est frappé de l'énorme asymétrie de la face : le côté gauche est atrophié dans son ensemble ; le front est proéminent et découvert ; les oreilles ne sont pas lobulées et affectent la forme d'anse.

Il présente un faux trait dans le regard, il bégaye en parlant. En outre, sa voix est nasonnée, ce qui est en rapport avec la flaccidité du voile du palais. Il entend difficilement de l'oreille gauche, mais il attribue cette dureté de l'ouïe à l'introduction d'un morceau de crayon dans cette oreille, alors qu'il allait à l'école.

Le corps thyroïde est hypertrophié dans son ensemble.

Le réflexe pharyngien n'existe pas ; le reste de la sensibilité est intact. La motilité est normale, sauf une certaine faiblesse des reins qui l'empêcherait de soulever de lourds fardeaux.

L'examen de ses organes, et, en particulier, de ses organes génitaux, ne révèle rien d'anormal.

Son intelligence est peu développée ; la mémoire peu sûre : il commet des erreurs en nous donnant les dates de ses condamnations antérieures.

Il n'a pu apprendre, ni la lecture, ni l'écriture, durant son séjour à l'école. Depuis, il a appris à épeler ; mais il ne comprend pas ce qu'il lit. Il paraît très émotif, et il nous dit qu'il a toujours été d'une timidité excessive. Les certificats annexés à son dossier le représentent comme un homme doux, tranquille et travailleur ; jamais il n'a fait d'excès de boisson.

Ses antécédents héréditaires sont inconnus ; il a été déposé à l'hospice en très bas âge, et c'est par les soins de l'Assistance publique qu'il a été élevé. Il n'a pas d'enfants. Sa femme a eu une grossesse qu'elle n'a pas menée à terme.

Placé chez plusieurs nourriciers, l'un d'eux lui a appris son métier de rémouleur ambulant, et c'est la profession qu'il embrassa, après avoir accompli son service militaire. Sous les drapeaux, il s'était montré bon soldat, et n'avait encouru aucune punition.

Il n'a jamais fait de maladie ; il a souffert seulement d'incontinence nocturne d'urine jusqu'à l'âge de seize ans. Aucun traitement n'a jamais pu le guérir de cette affection : les réveils réguliers, à heures fixes, ne donnèrent pas de résultat. Il se rappelle même, à l'âge de huit ans, avoir uriné, dans son pantalon, tout éveillé, sans s'en apercevoir. Il n'a, du reste, jamais présenté aucun autre accident pouvant relever de l'épilepsie. Il s'est trouvé mal la première fois qu'il s'est vu arrêté par les gendarmes.

Au point de vue génital, ses appétits se sont manifestés assez promptement : il a commencé très jeune à se masturber.

Dès l'âge de treize ans, en plein jour et sur une grande route, il a été surpris par un gendarme, en train de suivre, en se masturbant, une femme et une petite fille.

Il a eus ses premiers rapports sexuels, à l'âge de vingt-quatre ans, avec la même femme dont il a fait sa maîtresse et avec laquelle il a toujours vécu maritalement depuis cette époque. Sa puissance génitale, normale au début de leur liaison, a diminué d'une façon notable depuis quelque temps. Le coït, du reste, n'a jamais influé sur ses habitudes d'onanisme, ni sur ses impulsions exhibitionnistes.

Sa femme croit qu'il se masturbe ou exhibe tous les jours, quelquefois même à plusieurs reprises dans la même journée.

Pour exhiber, il recherche la présence des femmes, des petites filles ou des petits garçons. Le plus ordinairement, c'est de loin qu'il montre sa verge ; cependant, quatre ou cinq fois, il s'est fait toucher par des enfants et leur a donné quelques sous. Un jour, il a exhibé devant une vieille femme âgée au moins de quatre-vingts ans.

Habituellement, l'idée d'exhiber lui vient pendant qu'il travaille. Soudain, E... prend une attitude étrange qui attire l'attention de sa femme ou des personnes présentes : ses yeux deviennent hagards, sa physionomie change ; puis, poussé comme par une main irrésistible, il quitte son travail et s'en va recherchant les endroits où il est susceptible de rencontrer des petites filles. Parfois, au contraire, c'est la vue des petites filles qui éveille en lui l'idée obsédante : il ressent alors de violents battements de cœur, sa poitrine se serre, il lui passe devant les yeux un éblouissement, et le voilà qui exhibe, sans prendre souci du lieu où il se trouve. C'est dans ces circonstances qu'il se fait arrêter.

Quand il a exhibé (le plus souvent, il n'est pas en érection), il ressent un soulagement, un vif plaisir ; il ne perd pas du tout conscience.

Puis, après un temps qu'il évalue à une ou deux minutes, il se reboutonne, et s'en va. Il a honte de l'acte qu'il vient de commettre et a grand'peur d'être aperçu.

Devant les magistrats, il a toujours manifesté beaucoup de repentir ; il a avoué qu'il savait commettre une action immorale, mais son excuse a toujours été que, sur le moment, il ne se rendait pas compte de ce qu'il faisait.

Dans son dossier, grâce aux enquêtes de la gendarmerie, nous avons relevé le lieu et l'heure qu'il choisissait pour exhiber.

La première fois, c'était un 15^e juillet, à 4 heures du soir, près de la voiture de son patron, et à quelques pas de ce dernier ; il a montré sa verge à des petites filles qui se trouvaient à 10 mètres de lui.

La deuxième fois, il était assis devant un épicer, à 11 h. 30, et a exhibé devant des petites filles qui passaient.

La troisième fois, il était 4 heures du soir, le 15 mars, et il se trouvait derrière une église.

Enfin, la dernière fois, le fait s'est accompli, à 10 heures du matin, dans une grande rue.

Il nous a paru intéressant de recueillir cette observa-

tion, parce qu'elle est assez nette comme exemple d'impulsion irrésistible, ensuite qu'elle montre que les exhibitions peuvent avoir lieu souvent en plein jour et devant témoins, contrairement à ce que disait M. Charpentier dans la séance de la Société médico-psychologique du 28 mai 1894.

Enfin, ce cas prouve une fois de plus combien le Code pénal est impuissant à réprimer les actes d'immoralité de cette nature. Cet homme a exhibé malgré ses condamnations antérieures et dès que sa peine sera expirée, il continuera à être un danger pour la morale publique.

N. B. — Depuis la rédaction de cette observation, nous avons appris que E..., sorti de prison le 14 janvier 1895, a recommencé à exhiber, le 3 février. Il a été arrêté de nouveau.

Revue critique.

DE L'IMPULSION

SA DÉFINITION, SES FORMES ET SA VALEUR PSYCHOLOGIQUES (1)

Par le Dr V. BOURDIN

Médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés,
Médecin en chef de l'asile privé de Leyme (Lot).

Un des phénomènes psychiques les plus intéressants, soit par sa genèse, soit par ses conséquences possibles, est sans contredit l'Impulsion, que présentent, à des titres et sous des formes diverses, tant de malheureux aliénés. Qu'elle pousse un individu à un crime non prémedité ou à un acte insignifiant en lui-même, qu'elle éclate chez un épileptique ou chez un de ces êtres tarés dès la naissance, mal connus encore si ce n'est des seuls initiés, que l'on range sous la dénomination de Dégénérés, elle n'en garde pas moins les mêmes caractères généraux, et ses aspects différents ne sont que modalités d'un même phénomène.

Le mot impulsion, de *impulsio*, action de pousser vers un but, a en lui-même un double sens : il désigne en effet, comme le définit Larousse, soit la force qui détermine le mouvement d'un corps, soit le mouvement même que cette force communique ; tantôt il a le sens actif, tantôt le sens passif. En médecine mentale, ces

(1) Voir principalement, pour ce qui concerne l'Impulsion : Magnan, *Recherches sur les centres nerveux* (Paris, 1893) ; Legrain, art. Impulsion et Obsession (dans le *Dictionnaire anglais de médecine mentale*) ; Maudsley, *Le crime et la folie* ; Ribot, *Maladies de la volonté* ; Cullerre, *Les frontières de la folie* ; Dagonet, Folie impulsive, *Ann. médico-psych.* ; Férey, *Les épileptiques* ; Fortineau, Thèse de Paris, 1884-1885 ; Blaise, Thèse de Paris, 1886-1887 ; et notre Thèse inaugurale (Paris, mai 1894).

deux significations se fusionnent en quelque sorte ; l'impulsion n'est pas seulement la force poussant à un acte qui pourrait n'être pas commis, car cet acte est toujours commis. Il y a là deux choses inséparables : le motif de l'acte, et l'acte lui-même ; la cause et l'effet. Et c'est pour n'avoir pas vu cette étroite alliance que plusieurs auteurs en sont arrivés à une définition quelque peu obscure, pour ne pas dire plus, de l'impulsion. Citons seulement celle de M. Magnan : « L'impulsion, dit-il, est un mode d'activité cérébrale qui pousse à des actes que la volonté est *parfois* impuissante à empêcher. » Cette définition ne laisse pas que de nous paraître critiquable ; on sait en effet qu'à côté de l'impulsion, il y a chez les aliénés un autre phénomène offrant avec lui d'intimes rapports, c'est l'*Obsession*. Le savant médecin de Sainte-Anne donne de ce terme une définition à laquelle, cette fois, il n'y a rien à changer : « L'obsession, dit-il, est un mode d'activité cérébrale dans lequel un mot, une pensée, une image, s'imposent à l'esprit en dehors de la volonté, mais sans malaise, à l'état normal ; avec, au contraire, une angoisse douloureuse qui la rend irrésistible, à l'état pathologique. » Dans l'un et l'autre cas, l'obsession n'est autre chose que l'*idée fixe*, de plus ou moins longue durée. On voit, dès lors, la possibilité de la confusion que nous signalions ; si l'impulsion n'est que la force qui pousse à un acte *non exécuté*, que la *tendance* à cet acte, on tombe fatalement dans le dilemme suivant : ou cette force n'a rien produit à sa suite et n'a laissé aucune trace de son passage dans le cerveau, a été *inconsciente* en un mot, — ce qui est inadmissible, car cela revient à nier absolument la présence du phénomène, qui ne se serait traduit par rien de subjectif ou d'objectif ; — ou elle a été consciente, mais sans effet sensible, palpable, pour ainsi dire, et elle ne saurait être alors autre chose qu'une obsession. C'est une obsession renfermant en elle-même l'idée d'un acte, ce n'en est pas moins une simple obsession. Pour qu'il y ait impulsion, il faut donc de toute nécessité que l'acte soit accompli, et alors on dira que tel individu a été victime d'une impulsion, *parce que ou puisque* il a accompli un acte non prémedité par lui, non consenti

par son libre arbitre. L'impulsion évidemment n'est pas l'acte ; elle est un phénomène tout psychique, mais elle n'a de raison d'être que par l'acte qu'elle a engendré.

Ces préliminaires établis, nous devons aborder un autre côté de la question : l'impulsion est-elle *consciente* ou *inconsciente*? Avec tous les auteurs, mais dans un sens différent, nous répondrons qu'elle est tantôt l'une, tantôt l'autre. Pour s'en rendre compte, il est nécessaire de se rappeler que la conscience est cette faculté, ce sens intime, qui nous permet d'avoir connaissance d'un fait déterminé qui se passe au dedans de nous, à l'instant précis où il se produit. La conscience est cela, et n'est que cela ; elle est donc bien distincte de deux autres facultés qu'on arrive à confondre si souvent avec elle, la *volonté* et la *mémoire*. Ces trois facultés, pour intimement liées qu'elles soient entre elles, ne se fusionnent pas, et on doit, dans une analyse rigoureusement scientifique, délimiter exactement le domaine de l'une et de l'autre.

Mais, nous objectera-t-on, un acte accompli avec conscience, n'est-il pas en réalité un acte volontaire ; et, inversement, une action exécutée d'une façon inconsciente sera-t-elle autre chose qu'un phénomène involontaire ? Sans doute, il en est ainsi d'une manière générale, mais non dans tous les cas, et ce sont ces cas exceptionnels qui doivent suffire à démontrer la confusion, peu apparente en dehors de ceux-ci. Ainsi, un acte involontaire par excellence, le réflexe, peut être conscient ; quand je ferme les yeux et qu'on vient à percuter mon tendon rotulien, j'ai parfaitement conscience que ma jambe se déplace en avant, et pourtant je n'ai pas *voulu* le mouvement. C'est cependant un mouvement qui met en jeu des muscles dits volontaires, dont j'ai conscience, et que je n'ai pas voulu. Et il en est de même de beaucoup de réflexes : cet exemple ne suffit-il pas à démontrer que l'acte conscient n'est pas forcément volontaire ?

Inversement, un acte inconscient n'est pas toujours involontaire ; nous n'en voulons pour preuve que toute la catégorie de ce qu'on appelle les *actes inconscients*, et, pour nous réduire, choisissons seulement les faits dits *d'habitude*. Par la prolongation ou la répéti-

tion, un mouvement ne cesse-t-il pas d'intéresser aussi vivement la conscience, et ne devient-il pas véritablement inconscient? Le prestidigitateur, après de pénibles débuts, n'en arrive-t-il pas à faire toutes sortes de gestes, de mouvements imperceptibles, dont il n'a plus lui-même conscience? Et cependant tous ces mouvements ne cessent pas d'être pleinement voulus. Les auteurs classiques sont même bien moins rigoureux que nous, car nous avons trouvé partout cité comme exemple de ce qu'ils appellent les réflexes cérébraux celui de la *marche*. En réalité, cet exemple est à l'appui de notre démonstration, car on ne dira pas que la marche peut être involontaire, et il est certain qu'elle peut devenir inconsciente. Autrement dit, la dissociation s'impose entre les deux facultés volonté et conscience, et il reste acquis de cette courte étude que la conscience est inégale, capricieuse, sujette à de singulières variations, tantôt très forte, et c'est le Sentiment ou l'Emotion, tantôt très faible, presque nulle, et c'est l'acte inconscient ou semi-conscient, l'acte automatique, machinal, selon l'expression vulgaire.

Quant à la mémoire, sa distinction avec la volonté et la conscience est un peu plus facile. La mémoire à proprement parler est la faculté de garder en notre cerveau le souvenir des faits accomplis, de façon à pouvoir, à un moment donné, les rappeler avec plus ou moins de facilité et de force, à notre *attention*. Or l'attention n'est autre chose que la conscience surexcitée, si l'on peut dire; la conscience, en effet, est une paresseuse qui a besoin d'être sollicitée à l'action, et cette mise en jeu, cet appel de la conscience, cet effort que nous faisons pour la fixer un instant, c'est l'attention. De plus, son champ est limité; elle ne peut embrasser qu'un petit nombre de phénomènes à la fois, et tous les autres qui se produiront dans le même temps seront forcément peu ou pas conscients. Or, appliquons notre attention à un fait, à une idée, etc., et la conscience, plus vivement intéressée, rendra le souvenir plus net et plus sûr. Jusque-là, rien que de très simple, et cette alliance de la mémoire et de la conscience nous apparaît avec évidence. Mais poussons le raisonnement plus loin; la mémoire marche-t-elle toujours ainsi de pair avec la

conscience? Le problème est singulièrement ardu à résoudre, et nous allons essayer de faire comprendre les difficultés qu'il soulève.

Entre la conscience et la mémoire, le lien est en réalité plus intime qu'entre la conscience et la volonté : la conscience est en effet, somme toute, la connaissance d'un fait actuel ; la mémoire, la connaissance d'un fait passé. A cela près, aucune différence, et toutes deux sont sujettes à des variations, à des alternatives de suractivité et de défaillance. La connaissance d'un fait actuel, même très nette, entraîne-t-elle forcément la connaissance de ce fait dans l'avenir? Remarquons que nous parlons d'un avenir limité, très prochain même, et que nous faisons abstraction de tout affaiblissement fonctionnel ou organique de la mémoire. Nous supposons le cas d'une mémoire normale, suffisamment développée. Même dans ces conditions, le problème se complique, car l'oubli peut se faire de bien des façons différentes. Ce peut être la présence d'autres souvenirs, plus vivaces encore, ou multiples, et qui arrivent à effacer en partie ou en totalité, par leur puissance ou leur nombre, les précédents ; ce peut être aussi, croyons-nous, et ici nous sommes en plein sur le terrain de la pathologie, des phénomènes peu connus, non expliqués encore, qui constituent le *shock cérébral*. Celui-ci peut se produire de bien des façons ; pour nous en tenir aux plus communes, aux plus aisées à comprendre, citons le traumatisme violent, une émotion morale vive chez certains sujets, et aussi l'ictus de l'apoplexie et de l'épilepsie(1). Et c'est précisément à l'épilepsie que nous voulions aboutir par cette discussion ; nous voulions montrer comment ici le trait d'union est brusquement rompu

(1) Nous montrerons plus loin qu'on peut y joindre un ictus hystérique, qui se manifeste à propos des faits de suggestion hypnotique. Cet ictus provoque un changement complet dans la situation cérébrale du sujet. Les idées actuelles, quelles qu'elles soient, disparaissent, pour faire place à celles que l'expérimentateur veut leur substituer ; au réveil, les choses reviennent en leur état primitif, et tout ce qui s'est passé pendant l'hypnose est oublié jusqu'à la production d'un nouvel ictus. — Tous ces phénomènes de shock sont d'ailleurs du même ordre, et s'expliquent par les lois de l'*inhibition*, devenues classiques depuis les travaux de Brown-Séquard.

entre le présent et le futur. Et véritablement, il n'y a que cela ; l'épileptique ne se souvient pas de ce qu'il a accompli pendant sa crise, est-ce une raison de dire qu'il n'en a pas eu conscience à ce moment-là ? Non, assurément ; et si nous avons réussi à être clair, on comprendra que l'on ne puisse rien affirmer sous ce rapport. Nous croyons même qu'on pourrait soutenir l'inverse, car il nous serait facile de montrer des observations d'épileptiques, n'ayant accompli dans leurs crises que ce qu'ils avaient médité obscurément à l'état de veille, à l'exemple de l'ivrogne qui n'ose exécuter son forfait en dehors de l'excitation que lui procurera l'alcool.

Il ne serait pas impossible de trouver dans les auteurs, et nous en avons même une observation personnelle, des cas d'épileptiques ayant après leur crise un ressouvenir vague, informe nous le voulons bien, de l'acte exécuté sous l'influence de l'ictus (1).

Toute cette apparente digression était indispensable pour résoudre la question que nous nous étions posée, de savoir si l'impulsion est ou non consciente en soi. Les classiques tranchent la question d'un trait de plume, et sans entrer dans aucune explication, ils nous apprennent qu'elle est tantôt consciente, tantôt inconsciente. Nous sommes, avons-nous dit, absolument de cet avis, quoique d'une façon moins absolue et dans un sens différent.

L'impulsion consciente est la plus fréquente ; comment doit-on se la représenter, et en quoi se distin-

(1) Voir notamment la Thèse de Respaut (Paris, 1882-1883), où de nombreux exemples sont donnés d'épileptiques ayant eu l'idée de leur acte, l'ayant même exprimée, avant de le commettre pendant un accès. Et quand on entre dans le détail de ces actions de l'épileptique en état de crise, si complexe quelquefois, ces fugues notamment où le malade part pour un endroit déterminé, prend son billet à la gare, ne se trompe pas de train, et ne se réveille que loin de chez lui, peut-on affirmer que la conscience, cette même conscience qui lui fait accomplir des actes tout semblables à l'état de veille, avec le souvenir en plus, n'était pas là pour le guider et le raisonner ? L'observation personnelle dont nous parlons se rapporte précisément à une épileptique somnambule qui accomplissait pendant sa crise d'absence des actes compliqués, exigeant une intervention indéniable de la conscience et du jugement, comme d'écrire des lettres, d'y combiner les faits pour rendre suspecte et faire retomber sur une autre le crime dont elle se rendra coupable dans un accès subséquent.

gue-t-elle de cet autre phénomène essentiellement conscient, l'*idée fixe* de l'acte à exécuter, autrement dit de l'obsession? Eh bien! nous prétendons qu'il y a entre les deux plusieurs différences nettes : tout d'abord l'obsession est assez longue à s'installer, elle n'est d'abord qu'une idée plus ou moins vague et flottante, qui prend corps, s'impose finalement à l'esprit, au point de produire, dans les cas pathologiques, un malaise, une angoisse inexprimable. L'impulsion a pour caractère essentiel sa brusquerie; elle éclate comme un coup de foudre; et, avant même que le sujet ait pu se recueillir et discuter, l'acte est *décidé* et exécuté. — Nous disons que l'acte est décidé : c'est là le côté délicat, et véritablement original et personnel, de notre argumentation. Classiquement, qui dit impulsion, acte dû à une impulsion, dit essentiellement acte qui échappe à la volonté, qui est comme étranger à notre moi. Cependant M. Magnan, dans sa définition, semble admettre une certaine intervention de la volonté, quand il dit que c'est un mode d'activité cérébrale poussant à des actes que la volonté est *parfois* impuissante à empêcher. C'est nous qui soulignons à dessein le mot *parfois*, lequel enlève toute sa valeur à cette définition et nous empêche seul de l'accepter. Car il signifie que la volonté peut en certains cas empêcher l'acte, et nous retombons dans la vieille définition de l'impulsion considérée comme simple *tendance* à l'acte, c'est-à-dire comme une obsession. Il est incontestable que beaucoup d'impulsions succèdent à une obsession ; mais est-ce une raison pour confondre les deux termes en un seul? Ces impulsions seront naturellement conscientes ; ce seront même les plus conscientes de toutes. Mais sont-elles les seules? Nous ne le pensons pas, et la discussion précédente va précisément nous mettre plus à l'aise pour nous mouvoir au milieu du dédale en apparence inextricable de tous ces termes d'inconscient et involontaire, conscient et volontaire, etc.

L'*impulsion consciente*, dirons-nous, est ou non précédée d'*obsession*; dans le premier cas, il y a lutte, effort pour se débarrasser de l'obsession, et finalement défaite de la volonté, qui cède et se laisse entraîner. Mais de ce qu'elle a cédé, s'ensuit-il qu'elle n'est pas intervenue, comme

on le prétend trop facilement ; de ce qu'elle a été vaincue, faut-il conclure qu'elle n'a pas été là pour combattre ? Non, évidemment ; elle ne s'est décidée que parce que le motif de l'action visée était un *état fort*, comme on le dit en philosophie, une *idée-force*, dirait M. Alf. Fouillée ; parce que le champ de la conscience et de l'attention était tout entier occupé par elle, et qu'il n'y avait point place pour les considérations opposées. C'est le mode psychique de toutes les suggestions ; et nous ne parlons même pas des suggestions pathologiques de l'hystérique, mais de cet ascendant simple et permanent qu'a tout esprit fort sur un esprit faible, ou seulement passager qu'a un orateur par exemple sur l'auditoire auquel il impose son raisonnement et empêche momentanément d'apercevoir les arguments contraires à sa thèse. C'est une loi générale de l'activité de l'esprit, qu'elle régit à l'état normal tout comme à l'état pathologique. La volonté, dominée, enchaînée, se décide dans le seul sens qui lui soit possible.

Dans cette première forme d'impulsion, celle qui est précédée d'obsession, où est donc à proprement parler l'impulsion, en quoi consiste-t-elle ? Nous prétendons qu'elle est le terme intermédiaire entre l'obsession et l'acte ; c'est un fait tout psychique, et l'impulsion ne saurait véritablement être autre chose ; mais ce phénomène mental n'est pas l'obsession, il lui est consécutif. C'est la chiquenaude dernière qui va engendrer l'acte ; c'est le passage brusque, inappréhensible, de l'idée à l'acte ; c'est bien alors la force, la cause du mouvement, c'est l'instant précis où la volonté cède pour laisser l'idée se transformer en action ; c'est la *décharge motrice*. Phénomène brusque, rapide, perceptible seulement par ses limites, par ses extrémités en quelque sorte : l'obsession qui est à son origine, l'acte qui en est la conséquence.

Mais l'impulsion, disons-nous, peut rester consciente et cependant ne pas succéder à une obsession. Alors le phénomène est plus intéressant encore, car là, plus de confusion possible, puisque l'obsession a disparu ; l'impulsion va se trouver isolée, démasquée. L'acte se produira, soudain, irrésistible, sans qu'il soit possible en apparence de lui trouver une explication. Cet acte, tout semblable à un acte volontaire et pleinement conscient,

serait-il alors accompli sans que rien ne l'ait laissé entrevoir? Nous ne le pensons pas; il nous semble que là encore le sujet est en quelque manière prévenu de ce qu'il va faire l'instant d'après. Il l'est parce que l'acte qu'il exécute, il en avait l'idée; l'impulsif qui pour un rien, pour une contrariété futile, se livre à de véritables crimes, a en la pensée de la vengeance, et de la pire vengeance; maltraité, insulté ou le croyant seulement, il ne diffère point, ne délibère aucun instant, et se laisse aller à des actes extrêmes. Il ne s'est même, sans doute, pas fait de représentation mentale de l'acte qu'il va accomplir, comme cela a lieu normalement; il n'y a pas eu de délibération, l'acte a surgi, quelles qu'en puissent être les conséquences, et a été exécuté. Qui de nous, dans un instant de colère, n'a eu, si rapide soit-elle, la conception d'un acte de représailles atroce, excessif, sans avoir trop de peine pourtant à l'entraver, à anéantir le projet dans son germe? Chez l'impulsif, *qui est un malade*, nous ne saurions trop insister sur ce point: l'empire sur soi-même, cette seconde de réflexion presque inconsciente tant elle est prompte, n'a plus lieu. Il y a contraste frappant entre le motif de l'acte et l'acte lui-même; la réaction du sujet est excessive, parce qu'elle est trop brusque. C'est bien une nouvelle forme d'impulsion, consciente encore, mais à un moindre degré que la première. Elle est aussi précédée d'une conception, si fugitive et vague soit-elle, de l'acte à accomplir. Cette image, ou mieux cette esquisse cérébrale de l'acte possible, suffit pour que cet acte ait lieu; là encore, la volonté a cédé, mais pour une autre cause: le motif n'était pas un état fort, mais la volonté est trop faible en soi, déchue dès l'origine, l'impulsion étant *toujours morbide*. Le malade qui avait une obsession n'y peut résister, l'impulsion éclate; celui dont la volonté est congénitalement frappée d'impuissance, cède de même, la plupart de ses actes deviennent de franches impulsions.

Nous trouvons une transition entre l'impulsion consciente et l'impulsion inconsciente dans une dernière forme, où l'idée de l'acte n'apparaît plus à l'observateur. De ce qu'un individu insulté ou se croyant tel par le fait d'une hallucination, réagit brusquement, si légère

que soit l'injure, par un meurtre affreux, il y a encore un semblant de motif à son action ; on s'explique le crime. Mais il n'en est plus de même, si le malade obéit à une de ces idées fugaces, étranges, qui traversent le cerveau des personnes les mieux équilibrées. La vue d'un gouffre peut en certaines circonstances, par une association de pensées involontaires, éveiller l'idée de chute ; celle d'une rivière, l'idée de noyade, etc. A l'état normal, cette idée est vite écartée ; le cerveau ne s'y arrête pas ; elle peut même ne pas être formulée par le langage extérieur ou intérieur. Mais à l'état pathologique, rien d'impossible qu'elle grandisse dans le cerveau, *non pas en tant qu'idée obsédante*, nous insistons là-dessus, mais en tant que phénomène psychique dégénérant rapidement en acte. Nous concevons donc cette nouvelle forme d'impulsion de la façon suivante : une idée-germe, sous forme d'image confuse, de conception flottante et indécise, pénètre dans le cerveau ; immédiatement, sur un terrain prédisposé, elle va grandir, non pas dans le domaine du conscient, de façon à devenir *pensée*, mais dans le champ de l'*inconscient*, et à un moment donné, soudainement puisque le sujet n'a pas eu conscience de ce qui se passe en lui, éclate l'impulsion suivie d'acte.

Ces trois formes existent, croyons-nous, chez le dégénéré. Au lieu que la première constitue l'impulsion-obsession, et la seconde, ce qu'on a appelé la *folie morale*, la folie des actes, la dernière, qui est presque l'impulsion inconsciente, rapproche cette catégorie de malades de l'épileptique et de l'hypnotisé.

Telles sont les trois modalités de l'impulsion consciente. Maintenant que nous les connaissons, nous pouvons discuter la valeur même de ce terme. Si on a bien compris ce que nous entendons par impulsion, cette détermination brusque, cet ordre soudain donné aux centres moteurs, succédant à une obsession ou à une idée fugace, mais survenue dans des circonstances déterminées (colère, jalousie, etc.), ou n'ayant à agir que sur une volonté entachée de faiblesse native, on pourra se demander avec nous si l'impulsion est réellement consciente. Ce qui est conscient indubitablement dans ces cas, c'est l'acte consécutif ; c'est aussi, mais avec une différence sensible, l'idée antécédente. L'impulsion en

elle-même, par sa brièveté même, doit intéresser d'une façon minime notre conscience ; encadrée entre deux faits conscients, son inconscience propre, si elle existe, disparaît, de sorte qu'il est bien difficile de démêler si par elle-même elle est franchement inconsciente ou réduite à la moindre conscience. Du reste, à ces limites, la différence est peu appréciable et cesse d'être importante, et nous croyons avoir assez insisté sur les variations de la conscience, sur les conditions de son activité pour n'avoir pas à y revenir ici.

C'est la conscience de l'acte exécuté qui nous fait appeler consciente l'impulsion qui l'a produite ; c'est donc par abus de mots, par extension, que nous dénommerons consciente ce genre d'impulsion. En soi, l'impulsion isolée, abstraite, est un phénomène inconscient ou subconscient. Cependant il est bon, en pratique, de conserver ces termes d'impulsion consciente et inconsciente. A côté des impulsions précédemment étudiées, conscientes, nous rangerons donc l'impulsion dite *inconsciente*, dans laquelle l'idée motrice et l'acte consécutif sont ou ont été inconscients.

Il est en effet curieux de constater qu'en même temps que l'acte cesse d'être conscient, il en est de même, la plupart du temps, peut-être même toujours, de l'idée causale. Celle-ci disparaît même beaucoup plus rapidement du champ de la conscience ; nous avons vu que dans la dernière forme de l'impulsion consciente, l'idée persiste à peine dans le cerveau alors que l'acte est encore nettement conscient et imprègne la mémoire. Il sera donc toujours possible de faire la distinction entre l'impulsion dite consciente et l'impulsion inconsciente, par la conscience ou plutôt par le *souvenir* qu'aura laissé l'acte accompli. Signalons en passant qu'on a tort d'appeler cette impulsion *inconsciente*, puisque c'est non la conscience, mais la mémoire, qui est *visiblement* en défaut.

Ce genre d'impulsions se rencontre surtout chez les épileptiques, et nous nous sommes déjà expliqué sur ce sujet ; pour nous, l'impulsion de l'épileptique n'est par elle-même pas plus inconsciente que les autres ; ce qui est inconscient ou subconscient, c'est l'idée causale, qui n'est pas toujours immédiatement antérieure à l'acte,

mais souvent bien plus ancienne, et impossible à retrouver dans les antécédents du malade. L'ictus épileptique crée un état particulier de cérébration, qui n'est pas à proprement parler un état de conscience seconde ; c'est bien toujours la même conscience qui entre en jeu, et qui va rappeler des faits autrefois gravés dans la mémoire, suggérés maintenant au cerveau par le sujet lui-même s'il s'agit de l'épileptique, par un autre individu chez l'hystérique hypnotisé. Cette idée, unique, arrive d'emblée à l'état fort, et emporte sans peine la volonté, qui n'a pas la possibilité de délibération. Cet ictus épileptique, inconnu dans son essence, a pour effet appréciable, de supprimer le souvenir du fait accompli. Mais de tout ce que nous avons dit précédemment, on conçoit qu'il n'est pas possible d'affirmer que la conscience n'a pas existé au moment précis de l'exécution de l'acte. Nous croyons même que la volonté est intervenue également, si minime qu'ait été son rôle, et nous nous appuyons, pour soutenir cette idée, sur les caractères mêmes de l'acte de l'épileptique, qui n'est jamais illogique, quelque odieux qu'il soit, et qui n'est que trop en accord avec le caractère agressif et méchant qu'il manifeste en dehors même des accès. Et puis, nous le répétons, le malade avait parlé de son acte auparavant, ou il y avait songé, il en avait entrevu la possibilité ; il n'avait pas osé l'exécuter à l'état de veille, il l'a fait sous l'influence de l'ictus. D'ailleurs, cet acte n'est pas non plus étrange ; il est tel qu'il aurait été, s'il avait été accompli en pleine connaissance de cause. Les actions commises en état de conscience seconde ressemblent ainsi singulièrement à celles commises à l'état prime ; cette seconde conscience ne sait rien créer de nouveau, ce qui pourtant serait tout au moins utile pour démontrer son existence !

La perte de mémoire peut être plus ou moins complète, porter sur tout l'acte consécutif, ou une partie de l'acte, abolissant absolument le souvenir de l'idée antérieure ou le laissant persister ; mais nous pensons que, ce souvenir étant quelquefois conservé, notre interprétation est plausible, pour hypothétique qu'elle demeure.

De toute cette étude, on peut, en forme de résumé, déduire les conclusions suivantes :

1^o L'impulsion n'est pas une simple tendance à l'acte, c'est cette tendance suivie d'effet ; on peut donc accepter la définition de M. Magnan, en la corrigeant un peu : « L'impulsion est un mode d'activité cérébrale qui pousse à des actes que la volonté est impuissante à empêcher. »

2^o L'impulsion se présente sous divers aspects, qui constituent autant de variétés : a) l'impulsion consciente ; b) l'impulsion inconsciente, selon qu'elle laisse ou non le souvenir de l'acte qu'elle a déterminé. L'impulsion consciente a elle-même plusieurs modalités : a) elle est précédée de l'idée de l'acte à accomplir sous forme d'obsession, parfaitement nette, consciente, de suffisamment longue durée, et laissant au sujet le temps d'apercevoir les conséquences et les dangers possibles de l'acte qu'il va fatalement exécuter ; b) l'idée antécédente à l'acte est moins nette ; elle est fournie par une émotion violente de l'âme, une passion atteignant d'emblée son paroxysme, apparent ou non, chez un sujet prédisposé, et le détermine à des actes extrêmes : étant donné le motif de l'acte, celui-ci dépasse la mesure, il y a asymétrie entre l'idée et la réaction motrice qu'elle amène. Pour employer un langage plus philosophique, l'acte cesse d'être adéquat à sa cause ; c) enfin, dans une dernière forme, l'idée antécédente est presque nulle, tant elle est brève et fugace, fournie par une association plus ou moins étrange d'idées, à point de départ sensoriel, et avant que le jugement ait pu intervenir, l'acte est accompli.

Dans ces trois formes d'impulsions, la conscience et partant le souvenir de l'acte, toutes choses égales d'ailleurs, reste la même ; mais la conscience de l'idée causatrice diminue de l'une à l'autre. Maxima dans la première variété, elle est réduite à presque rien dans la dernière, et le sujet se demande comment d'une sensation très faible, qui a passé à peu près *aperçue*, il a pu en venir à l'acte qu'il a exécuté.

L'impulsion dite *inconsciente* n'a qu'une modalité possible, car l'inconscience porte à la fois et également sur l'acte et sur l'idée antécédente. Elle entraîne généralement l'oubli complet, absolu ; ou le reliquat de souvenir qu'elle a pu laisser, s'il existe, se rapporte à des

cas trop spéciaux, s'observe dans des conditions trop indéterminées encore, pour qu'il y ait lieu de présenter une classification quelconque. Il nous suffit de signaler ces exceptions à la règle.

Dans les deux cas, qu'elle soit consciente ou non, l'impulsion, en tant que phénomène psychique, reste vraisemblablement identique ; c'est toujours le moment précis où le sujet *se décide* à passer à l'acte, où le cerveau donne l'ordre aux centres moteurs d'exécuter l'acte qu'exige l'idée. La volonté n'intervient que pour donner cet ordre de mouvement ; mais il n'est pas possible qu'elle se décide à l'entraver : le *libre arbitre* est supprimé. C'est que, croyons-nous, entre volonté et libre arbitre, il existe une différence fondamentale : le libre arbitre est une fonction d'idéation ; c'est à proprement parler la faculté de *choisir* entre divers motifs ; ce choix sera d'autant plus long et plus difficile que les raisons *pour* et *contre* seront présentées en plus ou moins grand nombre et avec plus ou moins de force à notre cerveau, par le fait du développement de l'intelligence et du sens moral. Une fois le choix terminé, la volonté intervient, et cette intervention peut se manifester de deux façons : soit qu'elle produise l'acte (effet positif ou d'impulsion), soit qu'elle s'y oppose (effet négatif ou d'inhibition). A l'état normal, l'impulsion existe donc au même titre qu'à l'état pathologique ; c'est toujours l'ordre donné aux centres moteurs, et si nous soutenons que l'impulsion — telle du moins qu'on l'envisage en psychiatrie — ne peut être que morbide, c'est qu'il y a entre les deux des différences évidentes et capitales. L'impulsion physiologique n'a pas la brusquerie, l'*inexplicable* de l'impulsion pathologique, et il n'y a qu'à l'examen psychologique qu'on songe à lui donner ce nom.

La volonté, pour être soumise au libre arbitre, n'en a pas moins sa valeur propre ; elle peut être forte ou faible, saine ou malade, comme le prouve le cas type de l'*aboulique*, qui, *voulant* ou mieux *croyant vouloir* faire tel acte, tel mouvement même très simple, c'est-à-dire ayant décidé dans son libre arbitre qu'il était préférable de se déterminer dans tel sens plutôt que dans tel autre, n'a pas la force, l'énergie qui est né-

cessaire pour arriver au but convoité. Ce n'est pas que le libre arbitre ait disparu, si bizarre que cela paraisse (cette bizarrerie ne tenant elle-même qu'à la dénomination toute conventionnelle de cette faculté), mais c'est la *volonté* qui est atteinte chez ce malade. Il sait très bien ce qu'il désire faire, il pourrait le faire, puisque ses muscles et ses nerfs fonctionnent bien, mais ne vent pas le faire parce qu'il n'a pas la force de le vouloir. C'est une maladie de la volonté, à rapprocher de certaines maladies de la mémoire, comme l'*aphasie*, où le sujet sait ce qu'il veut dire, a conservé la notion de l'objet qu'il veut désigner, mais ne trouve pas le mot qui l'exprime.

Or l'impulsion, telle que nous l'avons étudiée et envisagée, l'impulsion pathologique en un mot, est encore une maladie de la volonté, dénotant de même une faiblesse originelle de celle-ci, mais dont le résultat appréciable est tout autre. C'est que l'idée de l'acte n'est plus un choix fait normalement, une idée qui aurait été examinée à loisir et pendant un temps suffisant par le cerveau : elle est au contraire de trop courte durée pour que l'esprit ait pu l'élaborer, se l'assimiler en quelque sorte, de la même façon que l'organisme s'assimile ses aliments ; ou bien, si sa durée est suffisante, cette idée acquiert des caractères spéciaux, anormaux, morbides, qui en font une obsession. Ce sont là des différences capitales dans les causes, qui doivent expliquer les différences mêmes des effets.

Qu'on nous permette un exemple simple, vulgaire ; il fera d'autant mieux saisir les rapports que nous concevons entre la volonté et le libre arbitre, et rendra bien compte, par une analogie aisée à établir, inutile même à développer, de ce que nous entendons par impulsion.

Si je plonge ma main dans un vase contenant de l'eau à une température modérée, j'ai tout loisir de l'y laisser ou de la retirer ; je me détermine très librement pour l'un ou l'autre. Mais vient-on à chauffer l'eau, il arrive un moment où, non pas malgré moi, mais par le fait de la douleur que je ressens, que je sais devoir s'accroître si je m'obstine, de la brûlure qu'il en résulterait, je retire vivement ma main ; et, véritablement, je ne puis faire autrement. Dira-t-on que c'est là un mouvement

involontaire, que je n'ai pas voulu l'exécuter? C'est invraisemblable, car il se peut qu'étant distrait, j'oublie de retirer ma main à ce moment et ne le fasse que plus tardivement. Soutiendra-t-on cependant que j'avais mon libre arbitre, que j'étais parfaitement maître de laisser ma main dans l'eau? Nous ne le croyons guère, nous pensons que le libre arbitre a été détruit par les conditions nouvelles où le sujet s'est trouvé; mais sa volonté a persisté entière, sans quoi il n'aurait plus pu retirer sa main, à l'exemple de certains alcooliques qui sont incapables de se soustraire à un danger imminent dont ils ont pleine conscience. Entre ces deux extrêmes, tous les intermédiaires sont possibles; l'eau s'étant échauffée graduellement, mes raisons pour retirer ma main sont allées, on peut dire, grandissant, jusqu'à l'instant où, sans que je réfléchisse *davantage, à mon insu*, serait-on tenté de dire, ma main est sortie de l'eau.

Il est donc des circonstances où la volonté est comme assiégée, et n'est plus libre. Alors, bien que pouvant toujours, semble-t-il, se décider dans un sens ou dans le sens opposé, elle ne saurait le faire, en réalité. C'est une moitié de la volonté, si l'on veut, qui est supprimée: cela nous suffit pour affirmer que le libre arbitre n'existe plus.

C'est, à notre avis, faute d'avoir fait cette distinction entre la volonté et le libre arbitre, qu'on a pu être conduit à nier la liberté humaine; toute la théorie du déterminisme est fondée sur l'existence de ces innombrables motifs qui entraînent notre choix, qui l'emportent en dépit de nous, disent ses adeptes. En vérité, on a généralisé ce qui s'applique à certains cas; si inégales que soient en nombre et en importance les raisons pour et contre, le choix reste le plus souvent possible. C'est ce que prouve victorieusement la pathologie, où nous voyons parfois la volonté se déterminer dans le sens pourtant le plus défavorable à l'individu, alors que normalement elle se détermine toujours, dit-on, dans le sens du plus grand plaisir ou de la moindre peine. La maladie aurait-elle donc seule le pouvoir de donner à l'homme son libre arbitre?

Il nous reste, pour terminer, à signaler brièvement les principales maladies mentales au cours desquelles peu-

vent se rencontrer des impulsions. Ce sera là le complément pratique des considérations théoriques qui précédent.

Tout d'abord, c'est dans la classe des *héritaires dégénérés* de Magnan que l'on rencontre à son maximum de développement, l'*impulsion consciente*. Et elle y est représentée sous ses trois modalités : elle fait suite très souvent à une obsession, mais c'est aussi chez ces malades que l'on trouve l'impulsion, suite d'idée non examinée, non mûrie, l'acte illogique par sa soudaineté, qui caractérise ce qu'on appelle la *folie des actes* (moral insanity). Les malades de ce type se distinguent par leur facilité (Marcé, Cullerre) à se laisser aller à tous les mouvements passionnels, à tous les désirs qui traversent leur esprit, et à la moindre résistance, ils se livrent à des emportements maniaques pendant lesquels ils peuvent commettre des actes de la plus haute gravité. — Les trois formes d'impulsion consciente se trouvent ainsi réunies dans un même groupe morbide ; elles s'y diffèrent non seulement par leur genèse, mais encore par les attributs propres à l'obsession : l'angoisse concrémitante, la conscience complète de l'état, la satisfaction indicible consécutive à l'acte, tous caractères qui ne se présentent pas dans les deux autres espèces.

Au contraire, c'est dans l'épilepsie que l'on trouve le type de l'*impulsion inconsciente*, avec le cachet spécial à l'acte, le plus souvent criminel, odieux et atroce, révélant quelquefois un raffinement de cruauté presque inconcevable.

A la suite de ces deux formes d'*impulsion vraie*, s'en placent d'autres moins nettes, moins bien différenciées, qui rentrent dans le cadre de ce que nous avons appelé (Thèse de Paris, mai 1894) les *fausses impulsions* (1), celles en effet qui sont la conséquence *logique* d'un raisonnement, fût-ce un raisonnement d'aliéné. Tel l'halluciné qui réfléchit sur son hallucination, se demande quel peut bien en être l'auteur, prémedite longuement sa vengeance, et un jour frappe brusquement celui qu'il soupçonne ; tel encore l'alcoolique qui se suicide dans

(1) Nous employons ce mot faute d'un meilleur, et pour ne pas créer de néologisme.

un accès, pour se soustraire à des ennemis imaginaires. Etant donné le point de départ, l'acte n'en est que la conclusion on peut dire légitime.

Dans ce groupe rentre encore l'*excité maniaque*, qui n'a que des actes désordonnés, obéit à un impérieux besoin de mouvement, alors que son esprit est trop troublé pour lui laisser entrevoir la conséquence de ce qu'il va faire.

L'*imbécile*, le *dément* et l'*idiot* occupent un rang intermédiaire; ne jouissant que d'une intelligence affaiblie ou nulle, ils n'ont que peu de motifs d'action, une délibération réduite à presque rien, et se décident tout de suite dans un sens ou dans l'autre. Leurs actes prennent une apparence impulsive comme chez l'enfant ; il ne s'agit pas cependant de véritables impulsions, celles-ci supposant la secousse donnée aux centres moteurs, l'annihilation brusque d'un pouvoir modérateur qui existe pourtant, et se manifeste dans d'autres occasions. Ici rien de semblable : l'acte est voulu autant qu'il peut l'être par ces cerveaux débiles.

Sans insister sur ces diverses variétés cliniques, ce qui nous entraînerait hors du plan que nous nous sommes tracé, nous voudrions faire une mention un peu spéciale de l'*hystérie* qui établit une forme de transition entre les maladies à impulsion vraie et celles où l'on ne rencontre que des pseudo-impulsions (actes impulsifs). L'*hystérie* est un protégé : rien de surprenant à ce que nous y trouvions, à côté de véritables impulsions, des actes qui en ont l'apparence, mais sont, en réalité, commandés par quelque trouble psycho-sensoriel (hallucination, illusion) ou encore tout simplement par un *caprice*, lequel est encore un motif d'action, trop fréquent chez la femme en général, et chez l'*hystérique* en particulier. L'*hystérique* est l'esclave de ses sens et de son imagination ; elle obéit à des raisons frivoles, et se rapproche ainsi du fou moral incapable de raisonner ses actes, de discerner le bien du mal. C'est elle qui présentera ces impulsions bizarres de la grossesse, de la ménstruation ou de la ménopause ; essentiellement polymorphe, elle tiendra tour à tour de l'*hallucinée*, de l'*excitée maniaque*, et surtout de la dégénérée dont elle pourrait bien n'être qu'une variété. D'une volonté faible

par nature, c'est elle encore qui se laissera suggérer les actions les plus étranges, nuisibles à autrui, quelquefois à elle-même, et qui fournira le contingent maximum des prédisposées aux phénomènes d'hypnotisme.

Dans l'*hypnotisme*, nous retrouvons des impulsions vraies, bien mal étudiées encore, mais où l'idée communiquée est la seule qui se présente au cerveau à un instant donné, et emporte véritablement la volonté dans un assaut triomphant. La perte de mémoire qui caractérise ces impulsions nous est une raison, comme nous l'avons montré, de rapprocher l'hypnotisé impulsif de l'épileptique.

L'un et l'autre, en effet, offrent des types d'impulsion inconsciente ; l'*impulsion hystérique* peut donc revêtir encore ce caractère. Mais, remarquons-le, l'impulsion, quel qu'en soit le terrain, ne devient inconsciente qu'à la suite d'un *ictus*, c'est-à-dire d'un phénomène étrange, mal connu, qui change brusquement et d'emblée, par un véritable coup de baguette, l'état *actuel de cérébration*, et va laisser surgir à la surface toute une foule d'idées autrefois acquises, qui avaient été noyées sous le flot toujours envahissant des notions nouvelles, et qui s'élèvent inopinément du fond de l'inconscient. C'est l'inconscient devenu conscient ; c'est ce qu'on a appelé, d'un terme peut-être romanesque, à coup sûr peu scientifique, l'état de *conscience seconde*. Comme si la conscience pouvait être double, comme si deux cerveaux pouvaient se loger sous un même crâne ! Il y aurait un beau travail à faire, au point de vue philosophique, sur la secousse que communique la suggestion hypnotique à un esprit faible, éminemment impressionnable comme celui de l'hystérique, et préparé, à notre avis, par une émotion intense, mêlée d'une appréhension réelle en même temps que d'un secret plaisir à se soumettre à la volonté de l'expérimentateur, à se donner momentanément tout entière à lui. C'est un véritable vertige qui s'empare de la malade : brusquement, la notion de l'actuel disparaît, et ce cerveau est prêt à enregistrer de nouvelles idées, pourvu toutefois qu'elles rentrent dans la sphère de ce que son intelligence a appris à concevoir et à comprendre. Car ce n'est pas une *table rase* qui s'offre à l'hypnotiseur ; il doit mettre les pensées qu'il veut sug-

gérer en harmonie avec les principes intellectuels et même moraux de son sujet. Et le fait que ces nouvelles idées s'effacent au réveil n'est pas plus merveilleux que l'oubli de la crise chez l'épileptique.

Maladie de la volonté comme chez le dégénéré, maladie de la mémoire en plus, c'est peut-être là toute la caractéristique mentale de l'hypnotisable !

Nous n'avons pas craint d'entrer dans ces détails, bien sommaires pourtant, parce que la suggestion hypnotique d'un acte, qui se traduira au réveil sous forme de véritable impulsion, est un exemple des plus nets, peut-être le plus probant, que nous aurions pu prendre à l'appui de notre thèse. Là, en effet, l'idée antécédente est indéniable ; jetée au hasard dans le cerveau à l'état d'hypnose, elle se développe sourdement, par un lent travail inconscient, jusqu'au point de surgir brusquement et d'aboutir irrésistiblement à l'acte, si elle a pu acquérir assez de force pour se transformer en impulsion. Et nous aurions choisi celle-ci comme type, s'il ne s'était agi d'un phénomène encore trop obscur, trop inconnu dans son essence, expérimenté avec trop peu d'esprit réellement scientifique, pour qu'il pût devenir la base d'une démonstration sérieuse.

Nous ne pouvons insister davantage sur tous ces genres d'impulsions. Ce n'est d'ailleurs pas le but de ce travail, non plus que la forme même que peut revêtir l'acte accompli. On conçoit d'emblée la diversité de celui-ci ; d'où les noms multiples donnés à ces impulsions, qui constituaient autrefois autant d'entités cliniques, les *monomanies*. Nous ne pouvons que les énumérer brièvement ; la liste en est longue ; tous les auteurs la donnent au grand complet, et l'intérêt psychologique de ces monomanies n'est plus celui qui fait l'objet de cette étude. Aussi renvoyons-nous aux traités classiques pour tout ce qui concerne ce chapitre. Citons seulement l'impulsion au *suicide*, qui à elle seule pourrait faire l'objet d'un long article ; le suicide peut être un acte impulsif, comme chez l'alcoolique qui croit échapper à un danger en sautant par une fenêtre, ou chez le mélancolique, qui se sacrifie, pensant être agréable à Dieu, etc. On pourrait développer de même l'impulsion *homicide*, l'impulsion à l'*incendie*, au *vol* (kleptomanie),

l'impulsion à boire (dipsomanie), les *impulsions générales* (viol, nymphomanie, etc.).

Quant à la *responsabilité médico-légale* de l'impulsif, dont nous ne pouvons nous empêcher de dire un mot en terminant, nous croyons que, dans l'état actuel de nos mœurs et de nos lois, il faut distinguer une *responsabilité psychique* et une *responsabilité sociale*. Au point de vue légal, en France, la justice et le châtiment à appliquer sont basés sur l'*intention*; mais chez le sujet anormal, chez l'impulsif, par exemple, la question n'est pas encore résolue, de savoir si la pénalité doit avoir le même fondement, l'intention, ou reposer uniquement sur le fait, l'acte criminel. Dans le premier cas, c'est l'impunité assurée au franc impulsif, et c'est aussi, pour le pseudo-impulsif, une responsabilité nulle ou tout au moins très atténuée; avec la seconde solution, le champ reste ouvert à la discussion.

Nous croyons utile de clore notre travail par un petit tableau (pages 238 et 239) qui résume en quelques mots les principales différences à établir, selon nous, entre les divers modes d'impulsions.

Impulsion	Condition physique	Condition mentale	Condition sociale
Impulsion à boire	Alcoolisme	Volonté de boire	Convenance sociale
Impulsion sexuelle	Excitation sexuelle	Volonté sexuelle	Convenance sociale
Impulsion violente	Violence physique	Volonté violente	Convenance sociale
Impulsion nymphomane	Nymphomanie	Volonté nymphomane	Convenance sociale
Impulsion pseudo-impulsif	Impulsif	Impulsif	Convenance sociale
Impulsion psychotique	Psychose	Psychose	Convenance sociale

DES IMPULSIONS	CONDITIONS ORIGINELLES	CARACTÈRES DISTINCTIFS	PRINCIPALES MALADIES où on les rencontre.
			Dégénérés supérieurs de Magnan. — Hystériques. — Alcooliques (?)
	1° Elle succède à une obsession. . 2° Elle succède à un mouvement de l'âme, à une passion violente ou devenir d'embûche telle à cause de la prédisposition morbide de l'individu.	Deux mêmes de l'obsession antérieure (angoisse, satisfaction consecutive à l'acte). Absence des caractères précédents ; possibilité et fréquence relative du remords.	Folie morale — folie des actes (manie rousseante des auteurs). — Hystériques.
A. Impulsion consciente (lais- sant un souve- nir plus ou moins net et du- rable de l'acte accompli). — 3 formes.	3° Elle succède à une idée fugace, non amenée par la situation, mais fournie au cerveau par une sensation extérieure ayant produit une impression plus forte que le sujet ne le pense, c'est-à-dire se développant à l'insu du sujet, dans l'inconscient. — Aussi la conscience de l'acte va s'affaiblissant.	Remords plus rare à cause de la moindre participation de la conscience.	Débiles. — Semi-imbéciles. Hystériques.
B. Impulsion in- consciente (peut-être con- sciente au mo- ment de son venir)	Succède à une idée qu'a eue le sujet, soit immédiatement, soit longtemps avant l'acte ; la perte de souvenir porte à la fois sur	L'ictus est spontané ; l'acte est criminel, atroce souvent ; le sujet reste méchamment dans Epileptiques.	

C. Pseudo-impulsion (actes impulsifs). — Ne se distingue de l'acte normal que par la forme même de l'idée causale).	l'idée et sur l'acte; l'inconscience l'intervalle des accès moribides. L'acte au contraire est toujours procédé d'un état. L'idée causale est suggérée par l'hypnotiseur (hystériques, certains dégénérés).	l'intervalle des accès moribides. L'acte est provoqué; l'idée causale est suggérée par un esprit étranger au moi.
	1 ^e L'acte s'explique par une hallucination antécédente	La plupart des aliénés; — certains intoxiqués (alcooliques, urémiques (?). — Hystériques.
	2 ^e Il est dû à une conception délirante	La plupart des aliénés. Les persécuteurs non hallucinés.
	C. Pseudo-impulsion (actes impulsifs). — Ne se distingue de l'acte normal que par la forme même de l'idée causale).	Les hystériques.
	3 ^e Le désordre des idées a entraîné le désordre des actes	Excitation maniaque, paralysie générale au début, hystérie; en général, maladies du type gestif.
	4 ^e L'impulsion s'explique par une faiblesse intense, congénitale ou acquise, de l'idéation en même temps que de la volonté; l'acte semble impulsif parce que l'intelligence ne fournit pas au cerveau un assez grand nombre d'idées motivées entre lesquelles il choisirait, ou seulement la possibilité de faire ce choix.	L'enfant. L'imbécile, l'idiot. Les déments de toutes variétés.
D. Type mixte. — Hystérie.	On y rencontre tantôt des impulsions vraies, de toutes les formes, conscientes ou même inconscientes, tantôt de fausses impulsions, dues à une hallucination antécédente, ou au désordre des actes, ou encore à la faiblesse de l'idéation (caprices, associations pueriles des idées).	

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 30 DÉCEMBRE 1895

Présidence de M. MOREAU (de Tours).

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

A propos du procès-verbal.

M. AUGUSTE VOISIN rappelle le cas d'une femme alcoolique qui, après un séjour de trois années à la Salpêtrière, paraissait absolument guérie, et obtint une sortie provisoire. Le jour même de sa sortie, elle était reprise de délire alcoolique.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

Deux places de membres titulaires sont déclarées vacantes par suite de la mort de M. Rouillard, et de la démission de M. Riu.

La correspondance manuscrite comprend :

1^o Des lettres de MM. Taguet et Toulouse sollicitant le titre de membre titulaire ;

2^o Une lettre de M. Buffet, sollicitant le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Magnan, Ritti et Sérieux, rapporteur ;

3^o Une lettre de M. Tissié, remerciant la Société de l'avoir nommé membre correspondant ;

4^o Une lettre du Ministère de l'Instruction publique, prévenant la Société que le Congrès des Sociétés savantes s'ouvrira à la Sorbonne en avril 1896.

La correspondance imprimée comprend :

1^o Une brochure de M. Roberto Massalongo, intitulée : *Chorée chez deux cardiaques* ;

- 2^e Un volume de M. Henry Boucher, intitulé : *Etude sur les entités morbides. Lois de morbidité* ;
- 3^e Plusieurs brochures de l'Institut international de bibliographie.

Election du Bureau de 1896.

1^o Il est procédé au scrutin pour l'élection d'un vice-président. M. PAUL GARNIER est élu par 21 voix sur 21 votants.

2^o M. RITTI est réélu secrétaire général par acclamation.

3^o M. JULES VOISIN est réélu trésorier par acclamation.

4^o MM. RENÉ SEMELAIGNE et PAUL SOLLIER sont réélus secrétaires annuels par acclamation.

Le Conseil de famille est constitué par les membres du bureau auxquels sont adjoints les deux derniers présidents, MM. AUGUSTE VOISIN et MOREAU (de Tours).

Le Comité de publication est composé de MM. BALLET, BOUCHEREAU et VALLON..

La Commission des finances est composée de MM. CHRISTIAN et FALRET.

Rapports de candidature.

M. MOREAU (de Tours). — Messieurs, vous avez chargé une Commission, composée de MM. Falret, Ritti, et Moreau (de Tours), de vous présenter un rapport sur la candidature de M. le Dr Giovanni Mingazzini, de Rome, au titre de membre associé étranger de la Société médico-psychologique.

Notre confrère, dont le nom est bien connu en Italie et à l'étranger, nous a fait parvenir une longue suite de mémoires et de brochures que l'on peut ranger sous cinq chefs principaux : 1^o les mémoires d'anatomie des organes nerveux centraux, au nombre de 13 ; 2^o les mémoires sur le crâne et le système nerveux des aliénés (13 brochures) ; 3^o les mémoires de psychiatrie (11 brochures) ; 4^o un manuel ; 5^o travaux du laboratoire ana-

tomo-pathologique de l'asile d'aliénés de Rome. Vous comprendrez, messieurs, qu'il m'est impossible de vous donner un aperçu, même sommaire, de tous ces travaux, tous d'égale valeur et aussi importants les uns que les autres.

Je dois donc me limiter et ne vous parlerai que du dernier ouvrage de notre distingué confrère : *Le cerveau dans ses rapports avec les phénomènes psychiques*.

Rechercher et décrire les diverses formes du grand organe de la vie psychique, le comparer dans les divers vertébrés supérieurs et dans la variété humaine, suivre son développement depuis sa première apparition de la vie intra-utérine jusqu'à la fin de l'âge adulte, en étudier les déviations dans la sexualité et l'affaiblissement dans les phénomènes pathologiques, est œuvre utile à la science qui veut pénétrer profondément dans les origines des phénomènes mentaux et en suivre leur évolution, dit le professeur Sergi dans l'introduction qu'il a écrite pour ce livre. Jusqu'à présent nous avions deux faits corrélatifs entre eux qui pourtant ne sont pas unis dans une synthèse complète : les phénomènes mentaux comme fonctions qui se rapportent au cerveau et la structure du cerveau dans son évolution successive. Une chose suppose l'autre, mais la preuve directe n'est pas péremptoire, parce que jusqu'à présent il n'existe pas une science complète du cerveau et de ses fonctions. La physiologie expérimentale a jeté un pont hardi entre les deux territoires de faits, mais jusqu'à ce jour on n'a encore examiné qu'une partie très restreinte de ce champ de doute et d'incertitude.

Aux conventions qui découlent de la nature des faits et de la corrélation complète qui doit exister entre les organes et les fonctions, de même que dans les phénomènes cérébraux de caractère psychique, la démonstration ne doit pas faire défaut ; elle existe déjà pour les autres fonctions et les organes.

Or, ceci peut s'obtenir par la connaissance plus complète du cerveau dans toutes ses parties, dans tous ses éléments. Le champ est vaste, la route ardue, parce que les diversités de forme sont indéfinies, et que les méthodes d'observation sont elles-mêmes nombreuses et variées.

Ces divergences se révèlent bien vite dans l'application, par exemple, dans la détermination sexuelle et de la délinquance. L'étude du cerveau dans les races humaines est encore plus imparfaite parce que le nombre des observations est limité, et parce que dans l'esprit de beaucoup règne encore une confusion entre les races et les peuples. Il y a plus encore : le poids et le volume du cerveau varient entre les hommes, non seulement individuellement, mais ethnologiquement, et jusqu'à présent on veut que toutes les différences de ces caractères soient seulement individuelles. Jusqu'à ce que la science établisse définitivement, comme pour la zoologie, les espèces, les variétés et les sous-variétés humaines avec une approximation plus ou moins exacte, une étude comparative du cerveau dans les races humaines restera infructueuse.

Tous ces problèmes ont été présentés dans l'étude du Dr Mingazzini, qui, mettant à profit les observations de ses prédécesseurs et les siennes propres, a tenté de systématiser la morphologie du cerveau sous ses différents aspects, et de l'évolution individuelle et de la comparaison ethnique avec les autres vertébrés, et de la variation sexuelle, et enfin de la variation pathologique. Ce travail, important par les nouvelles recherches et par son caractère systématique, a une autre utilité scientifique : il nous apprend quelles sont les limites actuelles de la morphologie du cerveau et ses relations avec les phénomènes mentaux. C'est un point de départ pour les investigations futures. Le travail de notre confrère comble une lacune dans la morphologie du cerveau. Je ne m'étendrai pas plus longuement sur les titres scientifiques de notre confrère. La société s'honorera en s'adjointant un travailleur aussi infatigable, et votre Commission vous propose de lui accorder le titre de membre associé étranger qu'il sollicite de vos suffrages.

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

M. RENÉ SEMELAIGNE. — Messieurs, le Dr Le Filatire, ancien externe des hôpitaux de Paris, ancien interne des asiles de la Seine, sollicite le titre de membre correspondant de la Société médico-psychologique.

En 1893, il présentait au concours du prix Esquirol un mémoire intitulé : « Tremblement de la langue chez les aliénés, en particulier chez les paralytiques généraux, au moyen de la méthode graphique. » L'impossibilité pour la Commission de contrôler les expériences empêcha de décerner un prix à ce mémoire, qui fut néanmoins jugé digne d'une mention honorable. En septembre 1894, M. Le Filliatre faisait paraître dans les *Archives de Neurologie* un travail ayant pour titre : « Nouvelle méthode graphique permettant d'enregistrer tous les tremblements, en particulier le tremblement de la langue et de certains muscles, comme l'orbiculaire des lèvres. » En mai 1895, il présentait à la Société médico-psychologique un malade déséquilibré avec idées de persécution et de grandeur, et troubles de la sensibilité générale. Pour s'isoler des influences extérieures, cet homme se couvrait de vêtements et appareils étranges. Cette observation a paru dans la *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*. Nous trouvons, dans le numéro de janvier 1895 des *Annales médico-psychologiques*, une note fort intéressante de MM. Paul Garnier et Le Filliatre intitulée : « Coexistence d'hallucinations verbales auditives et d'hallucinations verbales psychomotrices. »

Enfin la thèse inaugurale de M. Le Filliatre est un essai sur les troubles moteurs de l'alcoolisme. Il y présente les résultats de sa méthode graphique et établit le diagnostic différentiel des tremblements alcooliques.

M. Le Filliatre est un laborieux ; il continuera à travailler et son œuvre passée est une garantie pour l'avenir. Votre Commission est heureuse de demander pour lui le titre de membre correspondant de la Société médico-psychologique.

Conformément à ces conclusions, M. Le Filliatre est nommé membre correspondant, à la majorité des membres présents.

Les délinquants dits irresponsables.

M. CHARPENTIER donne lecture du mémoire suivant :

I. — Article 64 du Code pénal. — Notion de sécurité sociale substituée à celle de responsabilité et de libre arbitre. — Interprétation du sens du mot démence.

Dans les *Annales médico-psychologiques* du 7 octobre 1895, M. Ballet a publié un travail très intéressant intitulé : *Mesures législatives contre les délinquants dits irresponsables*. Cette étude correspond au rapport que MM. Motet et Ballet ont présenté au cinquième Congrès pénitentiaire international de Paris, 1895, sur la question suivante : Quelles mesures sont à prendre, dans l'intérêt de la sécurité sociale, contre les délinquants irresponsables, ou contre ceux dont la responsabilité est diminuée au moment du crime ou du délit (faiblesse d'esprit, aliénation mentale, etc.).

Les cinq conclusions de ce travail, courtes, claires, précises, sont la déduction logique des considérations qui les précédent ; celles-ci nous ont paru mériter d'être examinées à nouveau ; de plus, il y avait une question préalable qui a été omise et qui consistait à se demander si tous ces délinquants, dits irresponsables, méritaient réellement cette qualification d'irresponsables.

Cette question ne pouvait d'ailleurs être abordée dans une assemblée comme un congrès pénitentiaire ; elle ne peut être appelée à recevoir une solution utile que dans un milieu d'aliénistes, comme notre Société médico-psychologique.

C'est pour cette raison que nous venons vous demander, Messieurs, la permission, de traiter devant vous cette question des délinquants dits irresponsables.

Cette question est loin d'être nouvelle ; c'est l'ancienne question de responsabilité des aliénés ; les vieilles expressions de responsabilité partielle, limitée, atténuée, sont là pour témoigner des efforts tentés dans ce sens. Dans le texte même de la question soumise au Congrès pénitentiaire, nous voyons figurer la responsabilité diminuée.

Nous croyons, disons-le de suite, que la responsabilité est une, entière, indivisible, indécomposable, nous rejetons absolument toutes ces mutilations de responsabilité ; celle-ci existe entière ou elle n'existe pas.

La responsabilité a été très nettement définie et

circonscrite par l'article 64 du Code pénal, dans des limites que des interprétations généreuses ou scientifiques n'auraient jamais dû dépasser.

Article 64. — Il n'y a ni crime, ni délit lorsque le prévenu était en démence au temps de l'action ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister.

Cet article a dit cela, il n'a dit que cela et n'a pas dit autre chose ; il n'a pas dit ce qu'ont voulu lui faire dire les commentateurs du Code, et à leur suite la plupart des médecins aliénistes.

D'après M. Ballet, « le mot démence dans le langage judiciaire est pris dans une acceptation beaucoup plus générale que dans le langage médical ».

Sur ce point, nous sommes d'accord avec M. Ballet. Nous ne le sommes plus dans la seconde phrase : « Ce mot s'applique à tous les états mentaux pathologiques qui sont de nature à influer sur les déterminations, de telle sorte que l'inculpé, plus ou moins atteint dans ses facultés, ne jouisse plus de ce qu'on est convenu d'appeler son libre arbitre ». Un état mental pathologique peut être de nature à influer sur les déterminations sans que pour cela fatallement, nécessairement, en tout temps il exerce cette influence ; et il suffit qu'en un temps donné, il ne l'exerce pas pour qu'en ce temps il n'y ait pas état de démence.

D'ailleurs cette question de connaître l'interprétation exacte du mot démence, perd de son importance en présence d'une autre remarque que fait notre collègue. « Qu'on le veuille ou non, la préoccupation du degré de nocivité des individus dangereux tend de plus en plus à se substituer dans les décisions de la justice à celle vague et hypothétique de la responsabilité. »

Si la responsabilité n'existe pas, il n'y a plus ni responsables, ni irresponsables, il n'y a plus que des délinquants contre lesquels la société doit se prémunir ; dans ce cas, ce n'est plus seulement la loi de 1838, sur les aliénés, qu'il s'agit de modifier, c'est l'article 64 lui-même ; il faudra diviser les délinquants d'après leur degré de danger, d'après leur degré de nocivité, pour employer l'expression de M. Ballet ; il faudra établir des variétés de dangereux, étudier des moyens de sécurité,

d'amélioration, de traitement et de surveillance à leur égard. C'est alors le bouleversement du code criminel tout entier, des services pénitentiaires, voire même des asiles d'aliénés.

En attendant, il est prudent de conserver l'article 64 et de strictement s'y conformer sans se préoccuper de la notion de sécurité sociale, gros mot qu'il importe cependant de ne pas confondre toujours avec la sécurité individuelle. Avec notre organisation sociale actuelle, la mort d'un ou de plusieurs individus n'entraîne pas la mort de la société. D'ailleurs les vrais criminels, mis en liberté à l'expiration de leur peine, ne font-ils pas courir un péril analogue à la sécurité sociale. C'est la notion de sécurité sociale et individuelle qui a inspiré le Code pénal, et l'article 64 est le seul et unique article du Code qui désarme la société contre les irresponsables qui lui nuisent. Cet article 64 crée les irresponsables et ne songe pas à les envoyer dans les maisons de fous et, chose bizarre, ce sont les maisons de fou, que l'on critique et non l'article 64. C'est qu'en effet l'article 64 n'a pas dit que les irresponsables étaient des fous ; il s'est borné à dire que les irresponsables étaient des individus en démence au temps de l'action, au temps du délit. Comme nous le verrons plus loin, avec l'interprétation exacte de l'article 64 du Code et avec la loi de 1838, strictement appliquée, la sécurité sociale a toutes les garanties possibles en l'état actuel.

Ecartons donc la notion de sécurité sociale, voulant se substituer dans les décisions de la justice à la notion vague et hypothétique de responsabilité. Ecartons aussi cette idée de considérer la notion de responsabilité comme une notion vague et hypothétique. Pour qu'il en soit ainsi, il faut démontrer que l'esprit, l'intelligence, la volonté, les sentiments, les passions, les émotions, le caractère, la conduite, les habitudes, les moeurs, le vice, la vertu sont les effets forcés, nécessaires, inéluctables du cerveau, lequel ne reconnaîtrait d'autres influences que des influences chimiques, physiques et mécaniques.

Or, nous attendons toujours cette démonstration.

Ceci démontré, il n'y aurait plus ni éloge, ni blâme, ni considération, ni mépris, ni mérite, ni démerite, ni reproches, ni encouragements, et cependant ceux qui

nient le libre arbitre ne sont pas embarrassés pour louer ou critiquer, non seulement les pensées et les actes des autres, mais même les leurs. Si le libre arbitre est une illusion de l'esprit, il faut avouer qu'elle est bien répandue et bien naturelle, puisque nous disons illusion de l'esprit et non illusion du cerveau. Lorsque les hommes en seront venus à dire : mon cerveau se souvient, mon cerveau pense, mon cerveau est ému, mon cerveau veut, il sera opportun de discuter l'existence du libre arbitre ; en attendant, tous disent : je pense, je me souviens, je suis ému, je veux ; d'ailleurs, la souffrance morale à elle seule, n'est-elle pas là pour attester que dans l'homme il y a autre chose que des organes, des tissus et des cellules, des microbes et des toxines ? Enfin le libre arbitre est impliqué dans la responsabilité de l'article 64 du Code pénal et celui-ci n'est pas encore périmé.

Admettons donc la notion de l'esprit, jusqu'à ce que ses adversaires aient détruit la notion même de son existence. L'esprit existe et s'exerce par l'intermédiaire du cerveau et il ne cesse d'être libre que lorsque le cerveau réagit sur lui en vertu des lois mal connues qui président à l'association du cerveau et de l'esprit. Et ces lois seront toujours mal connues, tant qu'on n'observera qu'un seul côté de l'association. C'est à l'occasion de l'influence non seulement de l'esprit sur le cerveau, mais aussi du cerveau sur l'esprit, qu'apparaît dans l'article 64 du Code, le mot démence et avec lui nos vrais irresponsables.

Nous pouvons reprendre maintenant l'interprétation de ce mot dans le Code. Reconnaîsons tout d'abord que l'interprétation de MM. Faustin Hélie et Chauveau et des autres commentateurs est une interprétation généreuse ; c'est ce qui explique tous les efforts des médecins aliénistes pour soustraire à une condamnation tous les sujets dont l'esprit serait défectueux. Mais si généreuse qu'elle soit, cette interprétation demande à être limitée, et c'est cette limite qu'a tracée l'article 64 en circonscrivant l'irresponsabilité dans la perte d'exercice du libre arbitre au temps de l'action.

Remarquons bien que cet article n'emploie qu'un seul mot : le mot démence ; il n'emploie pas les mots folie,

aliénation mentale, imbécillité, fureur, passions, émotions, vice, et cependant tous ces termes étaient bien connus en 1810. Le mot aliénation a une étymologie latine et, chez les Latins, un sens aussi bien que le mot démence ; c'est intentionnellement que cette dernière a été employée ; *dementia non compos mentis, non compos sui*, n'être pas maître du mens, de l'esprit, de soi ; mais avec l'aide des commentateurs et surtout des travaux scientifiques, ce mot est devenu synonyme des mots aliénation mentale, dégénérescence mentale, arriérés, et est maintenant confondu avec le vaste terme de maladies mentales. Dans le dernier projet de loi, c'est ce nom que l'on va donner aux asiles d'aliénés ; les maladies mentales, c'est tout un monde : l'erreur, les troubles du langage, les passions, les troubles de la mémoire vont pénétrer dans ces asiles ; l'oubli sera considéré comme une forme d'amnésie, et comme tout délinquant a, au moins, oublié le respect dû aux articles du Code, il verra s'ouvrir devant lui l'établissement destiné au traitement des maladies mentales. Avec l'expression de sujets arriérés, les écoles d'idiots vont devenir les succursales des établissements scolaires qui leur enverront les derniers de chaque classe ou de chaque division.

Pour éviter un tel excès de générosité, restons dans les limites du mot démence de l'article 64 et efforçons-nous de l'interpréter dans un sens plus rigoureux.

Pour cela faire, remarquons que cet article n'emploie qu'un seul mot, le mot démence ; il n'en emploie pas trois, comme dans l'article 490 du Code civil sur l'interdiction.

Article 490 du Code civil. — Le majeur qui est dans un état habituel d'imbécillité, de démence ou de fureur doit être interdit, même lorsqu'il présente des intervalles lucides.

Prenons ces deux textes d'articles 64 et 490 en main pour comparer la valeur différentielle des termes qui y sont contenus. On peut ainsi s'assurer que le mot démence de l'article 64 n'a pas le sens large qu'on a bien voulu lui attribuer, il ne comprend pas les deux termes : imbécillité et fureur ; l'irresponsabilité est circonscrite dans des limites plus étroites que l'interdiction, elle ne s'étend pas à la fureur ni à l'imbécillité ; le législateur

a bien compris qu'un individu pourrait être incapable de diriger sa fortune ou celle de sa famille et néanmoins être capable de tuer volontairement son tuteur, son conseil, ou de commettre en connaissance de cause quelque autre délit ; le législateur a cependant préservé l'imbécile et le furieux au temps du délit, mais à la condition qu'ils soient en démence en ce temps. Si dans la pensée du législateur, les trois termes démence, imbécillité ou fureur étaient synonymes, il n'en aurait employé qu'un seul dans l'article 490, tandis qu'il les a énumérés tous les trois et s'il n'en a employé qu'un seul dans l'article 64, c'était pour bien distinguer la démence des deux autres états qu'il ne mentionne pas ; pour lui ces deux états : fureur et imbécillité, ne devaient pas en toutes circonstances entraîner l'irresponsabilité. Bref, le furieux et l'imbécile étaient responsables lorsqu'ils ne se trouvaient pas en état de démence au temps du délit.

Si nous avons quelque peu insisté sur cette distinction, c'est qu'il est possible d'en inférer que le même article 64 n'a pas voulu non plus confondre la démence avec l'aliénation mentale. En effet, l'aliénation mentale ne comprend pas seulement la démence au sens juridique du mot, mais aussi l'imbécillité, la fureur et beaucoup de troubles psychiques.

L'aliénation mentale, dont le terme vulgaire est le mot folie, a un sens plus compréhensif que le mot démence ; la démence juridique est une partie d'un tout appelé aliénation mentale ; elle peut même, fait important, fait capital, constituer un état particulier, isolé, chez un individu qui n'a jamais présenté antérieurement et pourra ne jamais plus présenter aucun autre trouble mental.

L'article 64 n'a donc pas dit que tous les aliénés, tous les fous étaient irresponsables ; il a excepté ceux qui n'étaient pas en démence au temps de l'action. S'il a choisi le terme démence, c'était pour faire bénéficier de l'irresponsabilité des individus qui n'avaient jamais été ni aliénés, ni fous, qui pouvaient ne jamais le devenir, mais qui, sous l'influence de circonstances particulières, émotions, insolation, passions, etc., pouvaient avoir perdu leur libre arbitre au temps de l'action, pouvaient être en état de démence au temps du délit ; il avait

prévu que cet individu pouvait être un sujet jusque-là sain d'esprit, d'une condnité honorable, exempt de vices de caractère et capable de perdre son libre arbitre pour un moment et de ne plus le perdre désormais ; de cet individu, il faisait un irresponsable, mais il n'en faisait pas un aliéné et il ne l'envoyait pas dans une maison de fous ; il ne confondait pas les aliénés ni les fous avec les irresponsables, l'irresponsabilité n'était pas synonyme de folie.

Enfin, il ne faut pas oublier, et c'est ce que nous disions en 1893, au Congrès de la Rochelle, que cet article du Code fut promulgué en 1810, c'est-à-dire à une époque où la nation française n'avait que trop cruellement éprouvé ce que peuvent produire l'imbécillité et la fureur pour attirer la tendresse du législateur à l'égard des imbéciles et des furieux.

Les déclarer irresponsables en cas de démence au temps de l'action était le maximum de générosité qu'il pouvait leur accorder. Il est vrai que notre époque s'éloigne de ces années, mais il est toujours prudent de s'en souvenir et surtout d'y penser.

Nous résumerons cette première partie en disant : 1^o la démence de l'article 64 du Code pénal n'est pas synonyme d'aliénation mentale ; 2^o le libre arbitre est autre chose qu'une convention destinée à faciliter le langage ; 3^o la responsabilité, en l'état actuel, ne doit pas être considérée comme une notion vague et hypothétique.

II. — Tendance des travaux scientifiques à étendre l'irresponsabilité. — Nécessité de limiter cette tendance. — Aliénés responsables. — Aliénés aux séquestrations multiples ; folies de caractère ; fous moraux ; aliénés persécuteurs ; manie raisonnable ; ivrognerie. — Mélancolie des délinquants.

Si notre interprétation du terme juridique démence est fondée, si réellement il y a des imbéciles, des furieux, des aliénés, des pseudo irresponsables, on entrevoit déjà la possibilité des prévenus irresponsables. On entrevoit la possibilité, dans les asiles d'aliénés, d'individus qui ne devraient pas y être placés, la possibilité de sujets qui prétendent ou que l'on prétend être séquestrés arbitrairement, mais qui évitent d'ajouter dans leurs plaintes qu'ils méritaient d'être condamnés.

Or, si on songe que tous les nouveaux projets de loi tendant à modifier celle de 1838, ont leur inspiration première dans les soupçons de séquestration arbitraire portés contre cette loi, il suffirait que désormais ces individus fussent considérés comme responsables pour que des accusations analogues n'aient plus le moindre prétexte et pour que les nouvelles modifications de la loi, du moins en ce qui les concerne, n'aient plus leurs raisons d'être.

Si le mot juridique démence a pris un sens plus large, une part en revient aux commentateurs du Code. Mais, nous devons le dire, pour réagir contre la tendance, une part en revient à la collaboration puissante et continue des recherches scientifiques. Hâtons-nous d'ajouter que les intentions généreuses qui guident ces recherches peuvent, dans de certaines limites, les excuser.

Aujourd'hui on invoque l'alcoolisme et ses délires ; on invoque l'ivrognerie considérée comme une maladie bien plus que comme un vice dégradant. On invoque les passions et les vices qui sont eux-mêmes transformés en stigmates psychiques d'une dégénérescence mentale. On invoque l'affaiblissement de la volonté qui est considéré comme l'attribut de l'imbécillité, de la débilité mentale et de la faiblesse intellectuelle, et pourtant, que d'imbéciles volontaires, énergiques et opiniâtres dans leur imbécillité. On considère la colère, l'empertement et la fureur comme l'effet d'une impressionnabilité exagérée du tissu cérébral ; on attribue à la disparition de la volonté certaines impulsions irrésistibles, toujours délictueuses sur certains sujets et ne tendant jamais vers le bien. Il est vrai qu'on n'a pas encore osé considérer l'héroïsme et le dévouement comme des impulsions irrésistibles.

C'est ainsi que nous voyons de jour en jour augmenter le nombre des délinquants dits irresponsables ; il en est résulté que le mot aliéné est devenu synonyme d'irresponsable, et que c'est passer pour téméraire que de venir soutenir aujourd'hui qu'il y a des aliénés responsables. Une telle opinion s'expose à être considérée comme un paradoxe, tandis qu'en réalité ce n'est qu'une vérité paradoxale.

Il nous faut par conséquent ne pas craindre de remonter le courant puissant déterminé par les nombreuses recherches scientifiques sur les formes larvées de l'épilepsie, sur les folies d'origine traumatique, sur les folies héréditaires, sur les dégénérescences mentales et sur les hystériques.

Oui, il est juste et il est bon, il est généreux de reconnaître et d'affirmer que beaucoup d'épileptiques et beaucoup d'hystériques sont en état de démence au temps du délit, au temps de l'action ; oui, le fait est souvent vrai pour beaucoup d'alcooliques, d'ivrognes, d'héréditaires, de furieux, d'imbéciles et de ceux qu'on est convenu de désigner sous le nom de dégénérés.

Mais encore est-il, ce qu'on oublie sans cesse pour la tranquillité de nos asiles et pour la notion de la responsabilité, que beaucoup de ces mêmes sujets ne sont pas en démence au temps de l'action. Ce n'est qu'en attribuant aux recherches scientifiques un caractère de généralité que celles-ci, d'ailleurs, n'ont jamais eu, ni pu avoir la prétention d'établir, que l'on a formulé des présomptions sur la possibilité de l'état de démence au temps du délit. Et pourtant l'article 64 ne parle pas de présomption ; il ne dit pas « était présumé en état de démence », mais bien « était en état de démence ».

S'il est vrai qu'en médecine légale, tout est une question d'espèce, c'est une raison pour faire flétrir parfois les règles générales sous l'espèce, mais non pour toujours établir l'espèce uniquement d'après les règles générales.

Ce que le magistrat doit demander au médecin, c'est non pas tant de dire si l'inculpé possédait ou non son libre arbitre au temps de l'action, car pour cela le magistrat est aussi compétent et même plus de par son expérience que le médecin, mais c'est de déclarer si une maladie du cerveau avait, au temps de l'action, enlevé le libre arbitre, déterminé l'état de démence. C'est aussi au médecin qu'il appartient de dire si un désordre fonctionnel du cerveau, causé par une maladie quelconque, mais retentissant sur le cerveau, avait déterminé le même état. Le médecin peut encore dire que le désordre fonctionnel du cerveau ne reconnaît aucune cause morbide appréciable ; dans ce cas, le désordre du cerveau

n'est que l'effet du désordre de l'esprit, et le désordre de l'esprit échappe au médecin et revient au magistrat chargé, lui, de l'apprécier (erreur, vice, passion, faux jugement); ici le médecin n'a plus à intervenir.

Enfin, la présence des troubles morbides dans les antécédents de la famille, les mêmes troubles sur l'inculpé, à la condition qu'ils soient disparus depuis longtemps, les vices et l'immoralité ne peuvent être érigés en signes suffisants, même pour faire présumer l'état de démence au temps de l'action.

Ces éléments de présomption devraient être réduits à leur juste valeur, c'est-à-dire à leur minime valeur. Ainsi, nous ne verrions plus dans nos services ces sujets qui s'empressent de guérir dès qu'ils sont entrés, et avec une rapidité trop surprenante, des troubles hystériques, épileptiques qu'ils avaient présentés. Nous ne verrions plus ceux qui, si prolongés que soit leur séjour à l'hospice, ne présentent jamais les stigmates psychiques qui ont motivé leur placement; car c'est avec les stigmates psychiques qu'on présume la dégénérescence mentale, puis c'est avec la dégénérescence mentale ainsi présumée, qu'on présume la démence possible au temps de l'action, et enfin l'irresponsabilité.

Certes, nous sommes loin de blâmer les intentions généreuses quand nous sommes en présence d'hommes qui n'ont subi antérieurement aucune tare judiciaire, dont la conduite avait été honorable et dont le caractère avait toujours été à peu près normal. Ce dont nous nous plaignons, c'est d'être ou de paraître en contradiction avec nos collègues en cas de certificats de sortie; d'ailleurs ces certificats devraient toujours leur être communiqués en cas de récidive de délits. Ce dont nous nous plaignons surtout, c'est d'être obligé de reconnaître dans ces sujets, des simulateurs ou des ivrognes, des gens violents, emportés, coléreux ou des capables de tout et bons à rien, des vicieux et surtout des paresseux, mais non des malades.

Nous ne parlons pas de ceux dont nous pressentons l'arrivée prochaine dans nos services, toujours au nom des recherches scientifiques. Tels les vagabonds aux pérégrinations irrésistibles et les mendians dont la main tremblante s'étendra vers le passant involontaire-

ment ou convulsivement. Avec des mouvements tremblés, involontaires ou convulsifs d'un membre, le domaine pathologique est ouvert et aussi l'irresponsabilité.

Nous venons de parler des simulateurs. Rien n'est aussi facile aux paresseux que d'imiter, non pas l'épilepsie ou n'importe quelle forme de maladie mentale, ce qui leur donnerait trop de fatigue, mais bien l'imbecillité, la débilité mentale ou la faiblesse intellectuelle. Ils y réussissent si bien que magistrats et médecins s'y trompent; seul, s'y trompe moins, et encore, le médecin traitant qui les voit souvent et longtemps. Faiblesse intellectuelle ou débilité mentale, et avec cela l'état de démence au temps de l'action est facile à prêsumer et les poursuites sont arrêtées. La paresse et la faiblesse intellectuelle de ces sujets ne les empêchaient pourtant pas de vivre libres avant la constatation des délits; il est vrai qu'ils vivaient en commettant des délits non constatés; quand ils sont dans l'asile, l'absence de cette liberté, si nécessaire pour satisfaire leurs vices, stimule cette paresse de corps et d'esprit; celle-ci disparaît rapidement, surtout s'ils entrevoient, avec sa disparition, la bonne fortune de pouvoir être mis en liberté.

Nous avons, d'ailleurs, exposé tout cela, en 1892, dans notre communication sur les aliénés aux séquestrations multiples. Détail important, si le fait est encore vrai, quand ces sujets quittent nos asiles, leur sortie ne serait pas toujours signalée au parquet. Nous venons précisément de recevoir ce mois-ci un sujet qui, d'après le dossier, en est à sa trente-deuxième séquestration. L'on n'est pas trente-deux fois fou, surtout avec coïncidence de délits.

Nous rappellerons que dans notre travail nous avons évité de confondre de tels sujets avec les infortunés dont les accès de folie chaque fois bien constatés dans notre service et guéris ont néanmoins nécessité, par leur répétition, le retour de ces malades à l'hospice.

A côté de ces individus qui, nous devons le dire, encombrent moins notre service depuis que nous avons pris soin de les décrire, il y a toute une autre classe de pseudo-irresponsables.

Ce sont les sujets que, faute d'une autre dénomina-

tion, nous avons étudié, en 1892, sous le nom de folies du caractère (folie morale, manie raisonnante, aliénés persécuteurs non hallucinés).

L'instabilité, la perte des sentiments affectueux, du sentiment du bien, l'anéantissement des notions de famille, de propriété, de respect de soi-même, le désir de satisfaire immédiatement les moindres penchants, les impulsions dites à tort irrésistibles, la conservation et parfois l'énergie de la volonté, la vanité, l'orgueil, l'envie, la colère, la haine, les tentatives fréquentes d'évasion, leurs sorties constantes des asiles, car ils n'y meurent pas, les erreurs de jugement, la fausseté des raisonnements, l'absence d'autopsies pouvant démontrer un état pathologique de leurs cerveaux, si tout cela prouve le désordre de leur esprit, rien ne démontre une maladie cérébrale, ni une maladie quelconque.

La perte de sens moral est une faute de langage, car il n'y a pas d'organe du sens moral, on a confondu un sens et un sentiment. Ces sujets se rendent compte des actes qu'ils commettent, de leur gravité, de leurs conséquences; ils peuvent y résister, ils commettent librement le délit, car beaucoup, loin de le nier, s'en vantent et le considèrent comme un droit, comme une revendication ou comme un acte méritoire. On a soutenu que la volonté de ces sujets n'était pas libre et ils la sentent libre; qu'elle était asservie par leurs sentiments; mais on oublie toujours que la part de volonté est bien plus prépondérante, dans la culture d'un sentiment que dans l'épreuve d'une simple sensation. Ces sujets raisonnent faux, jugent faux parce que leur point de départ, leurs sentiments sont faux, mais leur faculté syllogistique, pour employer l'expression de Delasiauve, est conservée; ils ont une finesse d'observation, une perspicacité, une mémoire, une énergie qui, souvent, font envie; ils sont égoïstes à l'excès, mais ils n'ignorent pas les sentiments altruistes, car ils excellent à les exploiter chez autrui.

Nous avons pris soin, dans notre travail, de distinguer ces sujets d'avec ceux qui présentent plusieurs de ces désordres de l'esprit, mais associés à des lésions cérébrales ou à d'autres maladies. Ceux-ci sont de vrais malades.

Si la folie est un trouble de l'esprit qui consiste à penser et à agir autrement que les autres hommes, nos sujets sont des fous, des aliénés ; mais tout homme est libre de penser et d'agir autrement que les autres ; ce sont donc des fous avec liberté d'esprit, et dans ce sens le terme démence ne peut leur être appliqué ; ils sont responsables.

Mais, si la folie, dans ces cas, est considérée comme un trouble de l'esprit, on ne peut pas la considérer comme une maladie de l'esprit; car le mot maladie ne s'applique qu'à des organes, des tissus ou des cellules et il n'y a rien de tout cela dans l'esprit. L'esprit n'est même pas un agrégat de molécules; c'est pour cela, nous poysons le dire en passant, que l'esprit ne peut pas se désagréger.

La désagrégation de l'esprit est un mot creux. Il ne peut donc pas y avoir, il n'y a pas de maladie de l'esprit, et c'est pour les mêmes motifs qu'il n'y a pas de maladies mentales, à moins que sous ce nom on ne désigne les maladies cérébrales ; dans ce cas l'expression maladie mentale est une expression impropre qu'il est plus que temps de délaisser. Il n'y a pas plus de maladie de l'esprit qu'il n'y a de maladie de l'âme, quelles que soient les notions que l'on ait de l'existence ou de la non-existence de l'âme ou de l'esprit; car si l'âme et l'esprit n'existent pas, on ne peut pas parler de leurs maladies et si leur existence est réelle, on ne peut pas dire que l'esprit et l'âme sont malades, parce que l'expression maladie est un terme médical scientifique qui ne s'applique qu'à des organes, des tissus et des cellules, et qu'il n'y a rien de tout cela dans l'âme et dans l'esprit.

En admettant même que l'esprit fût un produit de l'esprit, il ne serait pas plus scientifique de dire maladies mentales ou maladies de l'esprit que de dire maladies salivaires ou maladies des urines. Les bonnes gens du monde peuvent parler de maladies des urines ; elles sont excusables de parler ainsi, parce qu'elles ne se rendent pas compte de ce qu'elles disent. Mais nous, aliénistes, nous n'avons pas cette excuse. Nous sommes heureux de constater que M. Férey a déjà, dans sa pathologie des émotions, critiqué cette expression.

Si, au contraire et nous nous rangeons à cette opinion,

la folie est une maladie du cerveau qui empêche de penser et d'agir comme les autres, ce n'est pas le fait de penser et d'agir comme les autres qui suffira pour établir la maladie du cerveau ; car un tel raisonnement n'est plus une démonstration, c'est un sophisme et comme rien autre ne démontre que chez nos sujets le cerveau soit malade, ils ne méritent donc pas d'être considérés scientifiquement comme atteints de folie. On peut continuer dans le langage de la conversation à les appeler des fous, pour les distinguer des gens qui pensent et agissent comme tout le monde, et dont ils diffèrent autant qu'ils diffèrent des véritables fous de nos asiles ; mais ce n'est pas une raison pour les considérer comme des irresponsables, en leur appliquant le terme de démence, surtout quand leurs souvenirs, leurs affirmations et leurs récits prouvent qu'ils jouissaient de leur libre arbitre au temps du délit. Ils sont donc responsables et leur place n'est pas dans l'asile-prison de notre collègue, M. Ballet, mais dans la prison qui doit leur servir d'Asile et leur offrir un séjour plus ou moins prolongé.

Certes, ces sujets sont des imbéciles ; aussi le législateur ne les a-t-il pas oubliés dans l'article 490 du Code civil, puisqu'il fait figurer l'imbécillité comme motif d'interdiction. Cependant il n'a pas jugé utile ni sage de leur appliquer l'irresponsabilité aussi généreusement que l'interdiction, puisqu'il a limité cette irresponsabilité aux seuls cas de démence au temps de l'action.

Nous appliquerons les mêmes réflexions aux ivrognes. C'est une contradiction que de leur refuser de l'intelligence, de la volonté et de la liberté d'esprit en cas de délits, tandis qu'ils prouvent cette capacité pour se procurer n'importe comment les moyens de boire. C'est un tort de confondre un vice avec une maladie, sous prétexte que ce vice peut engendrer une maladie, ou qu'une maladie peut avoir contribué à développer ce vice.

On arriverait ainsi à considérer l'immoralité comme un motif de démence et une source d'irresponsabilité. Une idée aussi fausse, ainsi répandue et acceptée, causerait à la sécurité sociale, dont elle altérerait la moralité, un dommage plus grave que celui pouvant résulter des délits des ivrognes.

Un mot sur l'appoint émotionnel, comme élément de l'ivresse, pour faire pendant à l'appoint alcoolique autrefois invoqué par M. Motet comme élément des délits.

L'émotion qui dégrise les uns, grise les autres. Un individu en légère excitation alcoolique, mais en état d'ivresse, commet un délit intentionnellement et certain de la sécurité. Néanmoins, il est surpris et arrêté ; l'émotion qui résulte de son arrestation peut augmenter les effets cérébraux de l'alcool, en apportant son appoint excitateur ; l'individu pourra devenir complètement ivre et, si l'émotion grandit et accroît ses effets, un véritable délire pourra se produire. Nul médecin ne pourra faire la part de l'alcool et celle de l'émotion chez ce véritable délirant. Et cependant il aura commis le délit sans ivresse, sans émotion. Au contraire, le médecin traitant, qui sait capter leur confiance et s'en servir, obtient, quand le délire est complètement passé, des aveux significatifs mais devenus sans utilité. Voilà encore une série de pseudo-irresponsables.

Enfin, rappelons encore cette mélancolie spéciale aux délinquants que nous avons décrite en 1891, à laquelle nous pourrions ajouter des formes de confusion mentale prises pour de l'imbécillité.

Son caractère spécial est de disparaître, aussitôt que le prévenu est sûr de ne pas voir se continuer les poursuites. Dans le cas de placement dans l'asile, elle oscille vers la guérison ou l'aggravation, selon que le sujet devine que le médecin traitant a confiance ou non dans la sincérité de cet état mélancolique.

Etant donnés les groupes que nous venons de décrire, on conçoit quelle ventilation favorable serait apportée au sein de la population si dense des asiles, si la responsabilité leur était appliquée avec moins d'économie et plus de générosité.

On conçoit combien les causes de désordre diminueraient dans nos services, combien heureusement le traitement des vrais aliénés s'en ressentirait, combien les accusations de prétendues séquestrations arbitraires trouveraient moins de prétexte et combien les nouveaux articles de loi invoqués par M. Ballet, en ce qui les concerne, perdraient de leur application.

III. — Intervention judiciaire à propos des délinquants irresponsables pour leur placement et leur sortie. — Les asiles-prisons. — Conclusions : La loi de 1838 n'est pas insuffisante ; elle est insuffisamment appliquée.

Si les groupes que nous venons de vous présenter et auxquels il serait facile d'ajouter de nombreuses espèces empruntées à d'autres vices psychologiques sont réellement des responsables, ils cessent de ressortir à la loi de 1838 et aussi aux projets de révision de cette loi.

Du moment qu'ils cessent de relever de l'aliénation mentale, nous nous rallions à la notion de sécurité sociale invoquée par M. Ballet, mais à condition que cette notion de sécurité sociale soit déduite de la notion de responsabilité, mais ne cherche pas à s'y substituer.

Mais que peut, au nom de la sécurité sociale, la justice contre la science, qui peu à peu lui enlève et finira par lui enlever tous ses délinquants ? Que peut la justice contre la science qui, plus tard, déclare ces délinquants guéris et propose leur mise en liberté ?

Ce n'est plus quand ils sont guéris qu'elle peut les regarder comme responsables et leur appliquer des mesures déduites de la sécurité sociale.

Que si, au contraire, la science de l'aliénation considérait froidement et impartialément le fruit de ses conquêtes en médecine légale, si elle appréciait exactement la vilaine et inutile récolte qu'elle entasse ainsi dans ses asiles, peut-être serait-elle tentée de moins estimer ses résultats et de restituer à la justice ce qui, en définitive, lui appartient, c'est-à-dire nos délinquants pseudo irresponsables.

Quant aux autres, les vrais irresponsables, ils se divisent en deux classes, ainsi que M. Ballet l'a bien montré : ceux qui, au moment de l'arrêt, de l'ordonnance de non-lieu, du verdict de non-culpabilité sont encore fous et ceux qui ne le sont plus.

Les premiers sont toujours placés dans les asiles en vertu de la loi de 1838 ; s'ils ne le sont pas, ils devraient l'être si celle-ci était strictement appliquée. L'article 27 de la nouvelle loi, qui propose de faire statuer par le tribunal en chambre du conseil, devant lequel sera ren-

voyé le délinquant irresponsable, pourra également ne pas placer ledit sujet dans un asile s'il statue dans ce sens ; car, du moment qu'il est institué pour statuer, il est libre de varier sa décision ; ce tribunal sera donc dans la même situation que l'administration à laquelle la loi de 1838 remet l'irresponsable pour le placer s'il y a lieu.

Restent ceux qui ne sont plus fous ; si les médecins ont affirmé que le sujet n'est plus fou, il ne doit pas être placé dans les asiles d'aliénés qui ne doivent contenir que des aliénés. La notion de sécurité sociale pourra être invoquée pour le placer où l'on voudra, mais elle ne peut pas être invoquée pour placer dans un asile d'aliénés un sujet qui ne l'est plus, sous prétexte qu'il pourra le redevenir. Quand un criminel non aliéné, un criminel professionnel a expié sa peine, ira-t-on, pour l'empêcher de recommencer, le placer dans un asile quelconque ? Non ; pourquoi être plus rigoureux avec celui-là qu'avec celui-ci ? Instituez pour de tels irresponsables des sociétés de patronage qui, *mutatis mutandis*, rempliront vis-à-vis d'eux des devoirs de surveillance, sans y attacher le mauvais sens du mot, quand il s'applique aux délinquants professionnels.

Il est juste de faire tous les efforts pour éviter même les soupçons de séquestration arbitraire, sauf de créer des articles de loi susceptibles de la même qualification.

S'il s'agit de réclamer l'intervention judiciaire pour le placement des délinquants irresponsables, l'argument invoqué par Gambetta, dans son rapport déposé en 1870, reste toujours vrai : « C'est un principe fondamental du droit français qu'un homme ne peut être atteint dans sa capacité civile ou amoindri dans son état social qu'en vertu d'une décision judiciaire. »

Mais l'ordonnance, le jugement ou larrêt de non-lieu sont déjà des décisions judiciaires ; et la visite du procureur de la République, lors du placement prévu par la loi de 1838, est susceptible aussi de motiver une décision judiciaire.

Un mot sur l'article 39 concernant la mise en liberté de ces délinquants : nous n'y voyons aucun avantage par rapport à la loi de 1838, nous y voyons toujours le même

inconvénient que l'on n'a pas assez fait ressortir. C'est le cas où le tribunal, en chambre du conseil, s'oppose à la sortie du sujet, quoique le médecin traitant de l'asile le considère guéri. Dans ces conditions, toutes les fois que cela serait possible, le sujet, objet de contradiction, devrait être élevé au médecin qui le traite, puisque celui-ci le considère guéri et devrait être placé dans un autre service. Il n'est pas admissible qu'un sujet considéré comme guéri par le médecin traitant, continue à rester comme malade dans le service de ce médecin. Toutes les objections tendant à faire prévaloir la crainte d'une rechute et le retour de la production de délits peuvent conduire à chercher des moyens pour empêcher la rechute ou le retour des délits; mais le moyen qui consiste à maintenir le sujet guéri dans l'asile, quand le médecin traitant, au nom de la guérison, réclame sa sortie, est le seul qui ne doive pas être employé.

Terminons par les asiles-prisons. Nous avons déjà eu l'occasion, au Congrès d'anthropologie criminelle de Bruxelles, de manifester notre opinion à leur égard.

Si ces asiles-prisons ne doivent contenir que les criminels devenus aliénés, nous n'y voyons d'autres inconvénients que des frais bien onéreux de construction pour le petit nombre de ces sujets. Des annexes à des établissements pénitentiaires, sur le modèle de Gaillon, nous paraissent bien suffisants.

Si ces asiles-prisons sont destinés à contenir les aliénés dangereux dans nos asiles, nous ferons remarquer que la plupart de ces dangereux se recrutent parmi nos pseudo-irresponsables. Des annexes dans le plus grand nombre possible d'asiles, sur le modèle de la Sûreté de Bicêtre, mais perfectionnées en raison des progrès de l'hygiène et de la civilisation, seront toujours, ainsi que nous l'avons proposé à la Société d'hygiène publique, préférables. La proximité évitera la difficulté des transports ; quinze jours, un mois de séjour à la sûreté suffiront pour obtenir un calme provisoire pour un mois ou deux ; beaucoup se calment dès le lendemain du jour où ils sont ainsi transférés ; à quoi bon les transporter plus loin, et dans des conditions plus onéreuses ?

Si ces asiles-prisons sont destinés à recevoir les pseudo-irresponsables, en tant qu'aliénistes, nous devons

nous désintéresser de la question, puisque ce ne sont pas des aliénés.

De tels établissements peuvent leur convenir, mais à la condition que ces sujets ne soient pas considérés comme des aliénés, c'est-à-dire comme des malades. En général, ils n'aiment pas les punitions, mais celles-ci, au contraire, leur sont utiles ; il sera donc prudent de leur servir ce qu'ils n'aiment pas ; d'ailleurs M. Ballet parle d'imposer du travail à ces sujets et d'éviter de les punir ; mais s'ils envisagent le travail comme une punition, comment la leur éviter ; et surtout comment éviter les punitions s'ils refusent de travailler ? Nous le répétons, ainsi réduite aux pseudo-irresponsables, la question des asiles-prisons n'est plus une question d'aliénation mentale, c'est une mesure exclusivement pénitentiaire.

Tout ce que les médecins aliénistes peuvent faire pour ces sujets-là, c'est de bien persuader les magistrats et les administrateurs que ce ne sont pas des aliénés.

Faut-il consacrer ces établissements à ceux qui ne sont plus fous après le délit commis, quoique considérés comme irresponsables au temps du délit ?

Une statistique bien établie des récidives de délits dans ces conditions pourrait seule, par le nombre imposant, nous émouvoir. Et encore nous nous demanderions combien de pseudo-irresponsables n'y aurait-il pas à défalquer parmi eux, et si, en réalité, le nombre devenait par trop minime, à quoi bon une mesure de sécurité aussi rigoureuse ?

De nos remarques sur ces asiles-prisons, nous conclurons que si ces établissements ressemblent aux établissements pénitentiaires et sont appliqués à nos seuls pseudo-irresponsables, ils peuvent trouver leur raison d'être au nom de la sécurité sociale, mais nullement au nom de l'aliénation mentale, non plus que de la loi de 1838, et non plus que des projets de loi tendant à sa révision.

En résumé, en ce qui concerne les délinquants irresponsables, il n'est pas exact de dire que la loi de 1838 est insuffisante ; il vaudrait mieux reconnaître qu'elle est insuffisamment appliquée. Le rapport de M. Roussel a été déposé en 1884 ; c'est le travail le plus docu-

menté sur cette question et il laisse bien derrière lui tous les projets qui ont été présentés avant ou après. Onze ans se sont écoulés.

Si, depuis onze ans, on avait tenté d'appliquer rigoureusement la loi de 1838 et qu'on n'y fût point parvenu, on pourrait reconnaître son insuffisance, mais aucun effort dans ce sens n'a été tenté ; rien ne nous autorise à croire que les nouveaux projets de loi, s'ils sont promulgués, ne seront pas eux non plus insuffisamment appliqués.

Les asiles-prisons peuvent faire l'objet d'une loi de sécurité sociale. Les considérations déduites de l'aliénation mentale ne suffisent pas pour les motiver et elles doivent rester étrangères à leur création.

M. BALLET. — Je ne puis reprendre point par point les arguments de M. Charpentier ; cela m'est impossible au pied levé, et me serait également impossible après avoir relu sa communication, car M. Charpentier et moi, nous ne nous plaçons pas absolument sur le même terrain. En l'écoutant, je croyais entendre un magistrat ou un philosophe. M. Charpentier n'envisage que le côté métaphysique de la responsabilité et de l'irresponsabilité ; pour moi, la question peut se résumer ainsi : un délinquant est déclaré irresponsable ou partiellement responsable ; que vont faire de lui ceux qui sont chargés d'appliquer la loi ?

M. Charpentier paraît protestez contre l'intervention de la magistrature, et considère la loi de 1838 comme suffisante. Mais cette loi ne dit pas que le délinquant déclaré irresponsable sera interné dans un asile d'aliénés ; elle le confie simplement à l'autorité administrative. Pour moi, c'est à l'autorité judiciaire qu'il appartient de priver un individu de sa liberté ; c'est à elle seule que doit incomber la responsabilité.

M. Charpentier n'admet pas la responsabilité partielle. Je ne prétends pas défendre le terme ; mais je prierai M. Charpentier de se placer en face de la réalité clinique. Un alcoolique a commis un crime, il paraît en justice ; si l'on remonte dans son passé, on reconnaît que c'est un héréditaire ; toute sa vie il a été un déséquilibré ; il a présenté des troubles hystériques accusés, il a vagabondé. Que faire de cet homme ? Quelles me-

sures prendre à son égard ? Parfois on le déclare, bien que déséquilibré, entièrement responsable ; d'autres fois on ne lui reconnaît qu'une responsabilité partielle, et il est tantôt acquitté, tantôt condamné à une peine limitée. Ces deux solutions sont également déplorables, et nous demandons pour lui l'asile-prison.

M. CHARPENTIER. — M. Ballet me demande ce que je compte faire de cet individu. Je le garderai interné dans un asile. Mais ceux que j'ai présentés dans ma communication, je ne les considère pas comme des malades. On peut fort bien présenter certains désordres nerveux, et ne pas être un aliéné. Je désire que les asiles-prisons ne soient établis qu'en vertu d'une loi de sécurité sociale, et pas au nom de la science mentale.

M. COLLIN partage l'avis de M. Ballet ; ces individus ne doivent pas rester dans une prison.

La séance est levée à six heures.

RENÉ SEMELAIGNE.

SÉANCE DU 27 JANVIER 1896.

Présidence de MM. MOREAU (de Tours) et CHARPENTIER.

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

Installation du bureau.

M. MOREAU (de Tours). — Messieurs et chers collègues, avant de quitter le fauteuil de la présidence, je dois, suivant les usages établis, vous rendre compte des principaux faits qui ont signalé l'année qui vient de s'écouler. Mon premier devoir est de donner un souvenir à ceux que nous avons perdus.

Calmeil s'est éteint à quatre-vingt-dix-sept ans à Fontenay-sous-Bois, où il s'était retiré depuis de longues années. Elève d'Esquirol, il commença sous ce maître incomparable l'étude si attachante de l'aliénation et dans la fréquentation journalière du savant médecin, il s'imprégna de cet esprit d'observation qu'on retrouve par la suite dans ses travaux. Travailleur infatigable, notre vénéré maître a laissé un grand nombre

d'ouvrages qui sont restés classiques et qui sont présents à la mémoire de tous. Calmeil parcourut avec éclat la carrière qu'il avait embrassée. Successivement nommé inspecteur pour le service médical, puis médecin-adjoint de la maison de Charenton, il en est devenu le médecin en chef et y resta jusqu'à l'âge de soixante-quatorze ans. Son nom est écrit en lettres d'or dans les annales de la Société médico-psychologique.

Nous avons aussi à regretter la perte d'un de nos jeunes collègues, Rouillard, qui a succombé après quelques mois de maladie. Plein d'avenir, sa mort laisse un vide parmi nous.

La Société a encore perdu MM. Solaville et Bournet, M. Coutagne, de Lyon, bien connu comme médecin légiste et qui avait professé un cours des maladies mentales à la Faculté de droit de cette ville, membres correspondants et M. Hack Tuke, membre associé étranger. C'est une perte pour la science et qui sera ressentie de tous ceux qui de près ou de loin l'ont connu.

Ces vides ont été comblés par de nombreuses recrues, ce qui prouve une fois de plus en quelle estime est tenue notre Société, non seulement en France, mais encore à l'étranger :

Trois membres titulaires : MM. Pierre Janet, Blin et Roubinowitch. Trois membres correspondants : MM. Le Filliatre, Tissié et Trénel. Cinq membres associés étrangers : MM. Edward Cowles, de Boston (Massachusetts); Pierson, de Lindenhof, près Dresde; Percy Smith, de l'hôpital de Bethléem, de Londres; Vriman, privat-docent à Chicago (Etats-Unis), et Mingazzini, privat-docent de psychiatrie à l'Université de Rome.

Les travaux soumis à votre discussion ont été nombreux et importants :

M. Le Filliatre, au nom de M. Paul Garnier et au sien, vous a communiqué une très curieuse observation d'un malade qui, pour se protéger des influences extérieures, s'était fabriqué une sorte d'armure des plus bizarres, du poids énorme de 30 kilogrammes. Le malade vous a été présenté et a revêtu devant vous sa cuirasse. C'était un déséquilibré, avec idées de persécution, idées de grandeur, troubles de la sensibilité générale et dont le délire ne présentait pas d'évolution systématique.

M. Christian vous a entretenu des attaques épileptiformes et apoplectiformes dans la paralysie générale. Pour lui, des troubles purement fonctionnels peuvent amener les mêmes symptômes que les lésions matérielles.

La séquestration et la sortie d'aliénés ordonnées par la justice a donné lieu à d'intéressantes discussions, qui eurent pour point de départ les communications de MM. Febvré, Legrain, Marandon de Montyel. Diverses opinions ont été émises et brillamment défendues par leurs promoteurs. La question reste à l'ordre du jour : elle est loin d'être épuisée.

M. Roubinovitch a lu un travail : « A propos des phobies dans un cas d'insuffisance mitrale ». Pour lui, les affections cardiaques mettent le cerveau dans des conditions de circulation et de nutrition défectueuses. L'étude de ces conditions susceptibles d'entretenir et même d'exaspérer des troubles mentaux préexistants est des plus importantes. Toutefois, il ne faudrait pas oublier que ces cardiopathies n'entretiennent ces accidents intellectuels que dans des cerveaux usés, prédisposés par une faiblesse congénitale ou par un état morbide antérieur; mais dans les cerveaux réellement valides, ne portant aucune tare, elles n'arrivent pas à faire éclore des manifestations psychopathiques.

« De la valeur respective de la prédisposition et des causes dites occasionnelles dans l'étiologie des maladies mentales. » Tel est le titre d'un travail que M. Toulouse nous a présenté. L'auteur, tout en admettant la prédisposition héréditaire comme une des conditions étiologiques les plus favorables à l'éclosion des délires, voudrait qu'on cherchât à la préciser, à montrer ce qu'elle est, par exemple anatomiquement et embryologiquement, à la faire sortir du domaine des généralités pour celui des faits particuliers et montrer que telles tares héréditaires ou telles lésions acquises sont les conditions habituelles d'un groupe d'états morbides. Il serait à souhaiter aussi, dit M. Toulouse, que les processus pathologiques qui représentent les causes occasionnelles fussent dégagés de leurs étiquettes grossières. Les dissocier dans chaque maladie pour les réunir dans un autre groupement pathologique, voilà ce qu'il

faut tenter. Quand on saura ce qui correspond dans la vie intime de nos cellules à une intoxication, à une infection, à une émotion forte, à un traumatisme, on saura peut-être pourquoi l'individu qui a subi l'une de ces atteintes est excité, déprimé, halluciné. Tout cela, il faut le craindre, n'expliquera pas encore tout !

M. Vallon nous a communiqué un rapport médico-légal sur un cas type d'obsession consciente. Il s'agissait d'un jeune homme de dix-neuf ans, héréditaire et déséquilibré, qui commit une tentative de meurtre sous l'empire d'obsession. Deux ans avant, ce garçon en proie aux mêmes idées avait fait une tentative de suicide qui, par suite de circonstances indépendantes de sa volonté, avait échoué. A la suite du rapport de notre collègue, une ordonnance de non-lien avait été rendue.

Ce rapport a donné lieu à une discussion des plus intéressantes, à laquelle prirent part MM. Ballet, Christian, Charpentier, Garnier, Briand et Arnaud, sur le rôle que devrait prendre l'autorité judiciaire dans les cas où, une ordonnance de non-lien étant rendue, l'inculpé étant considéré comme ayant agi sous l'empire de l'aliénation, il était remis à un établissement destiné au traitement des maladies mentales.

Enfin, Messieurs, je ne rappellerai que pour mémoire la discussion encore inscrite à notre ordre du jour sur la « séquestration et sortie d'aliénés ordonnées par la justice ». Si, au fond, on est d'accord sur les desiderata, grande est la divergence d'opinion sur les moyens de les appliquer ; jusqu'à ce que cette discussion soit close, il est impossible d'en esquisser à présent les grandes lignes. Ce soin incombera à mes successeurs.

Enfin, M. Charpentier a fait une communication des plus intéressantes sur « les délinquants dits irresponsables ». Notre collègue pense que, parmi les délinquants dits irresponsables, il se trouve des sujets qu'il appelle des *pseudo irresponsables*. Ces individus se rencontrent surtout parmi les aliénés aux séquestrations nombreuses, parmi les aliénés persécutés, les fous moraux..., etc. C'est par un abus de l'interprétation de l'article 64 du Code pénal que l'irresponsabilité a été accordée à ces sujets et il y aurait nécessité de limiter les tendances scientifiques à agrandir le champ de l'ir-

responsabilité. M. Charpentier estime qu'il n'y a pas lieu de substituer la notion de sécurité sociale à celle de responsabilité, et conclut en disant que si des asiles-prisons peuvent être créés pour ces pseudo-irresponsables, ils ne doivent pas l'être, en vertu d'une loi sur le régime des aliénés. D'ailleurs, la loi de 1838, en ce qui concerne les délinquants dits irresponsables, n'est pas insuffisante, mais insuffisamment appliquée.

Telles sont, Messieurs, dans leurs grandes lignes, les principales discussions qui ont occupé vos séances en l'année 1895. Bien des questions ont été posées, mais peu ont été résolues, et il ne pouvait en être autrement étant donnée leur importance. Quand j'aurai rappelé l'éclat avec lequel la Société médico-psychologique a été représentée au Congrès de Bordeaux, par MM. Joffroy, Ritti, Ballet et un grand nombre de mes collègues, j'aurai tout dit.

Il ne me reste plus qu'un devoir à remplir, le plus agréable sans contredit, celui de vous remercier de l'appui bienveillant que vous m'avez témoigné et de la bonne confraternité qui a régné parmi nous, ce qui a singulièrement facilité ma tâche. En adressant tous mes remerciements à notre cher et infatigable secrétaire général, M. Ritti, je suis sûr d'être l'interprète des sentiments unanimes de la Société.

En terminant, Messieurs et chers collègues, je vous remercie à nouveau de l'honneur que vous m'avez fait et dont je me souviendrai toujours.

Je prie de prendre place au bureau : M. le Dr Charpentier, *président*; M. le Dr Garnier, *vice-président*; élus pour l'année 1896.

M. CHARPENTIER. — Messieurs, vos suffrages m'ont élevé à la présidence. C'est un grand honneur que j'ai reçu de vous. Je vous en témoigne ici toute ma profonde et respectueuse reconnaissance. C'est aussi un grand bonheur ; je l'éprouve en ce moment où il m'est permis d'adresser au fils d'un ancien maître vénéré, à notre président sortant, M. Paul Moreau (de Tours), au nom de la Société médico-psychologique tout entière, nos félicitations et nos remerciements pour le zèle, la courtoisie et le tact qu'il n'a cessé de déployer pendant le cours de l'année qui vient de s'écouler.

Son exemple trace mon devoir : il consiste à tenter de l'imiter en me conformant, comme il l'a fait lui-même, aux traditions transmises par tous les savants maîtres qui nous ont précédés ici au fauteuil présidentiel.

Ma tâche sera aisée et facile grâce à ce sentiment de franche cordialité qui a toujours régné entre nous, et que n'ont jamais pu entamer nos différends scientifiques. Ceux-ci s'expliquent par la variété des voies suivies pour arriver au but commun : la découverte de la vérité ; ils ont leur excuse légitime dans la noblesse des sentiments qui les inspirent et dans la valeur des résultats obtenus quand ceux-ci se confondent avec le but poursuivi.

Nos différends ont en un singulier privilège, bien rare dans les Sociétés, c'est d'avoir toujours évité à la nôtre l'occasion de voter des conclusions, du moins dans les questions scientifiques. C'est à cette absence heureuse et sage de conclusions qu'il nous est permis de voir reparaître à l'ordre du jour de nos séances les mêmes questions, les mêmes sujets déjà tant de fois étudiés, débattus, disputés, controversés, jamais résolus ni conclus.

Certes, les anciens maîtres ont disparu ; c'est le sort fatal ; mais la Société médico-psychologique demeure toujours debout ; leur enseignement reste. Des esprits nouveaux apparaissent pour succéder aux anciens et encore les anciennes questions sont encore abordées ici, à la lumière des idées ambiantes nouvelles ; quelquefois, il faut l'avouer, sous un jour plus obscur ou pour être plus précis, moins favorable.

L'intensité et la persistance de la vitalité de la Société médico-psychologique résultent donc de ce fait que quoique multipliés et variés, ses objets d'études sont toujours restés les mêmes ; elles s'expliquent par ce point important capital que notre Société s'est toujours fait un devoir qu'elle n'a jamais oublié, consistant à ne jamais étendre en dehors de ses objets d'étude le domaine de ses investigations.

En effet, longtemps la Société médico-psychologique a compté dans son sein des psychologues et toujours ceux-ci n'ont abordé de la psychologie que ce qui avait

trait essentiellement à la folie. Longtemps aussi elle a compté des neuro-pathologistes et elle en compte encore aujourd'hui, et des plus brillants ; mais les questions de neuro-pathologie n'ont été étudiées ici, que lorsqu'elles avaient un point de contact direct, intime, immédiat avec l'aliénation mentale.

Cette tradition toujours conservée dans le sein de notre Société a été transportée dans les Congrès internationaux de médecine mentale, que notre Société a eu la gloire de créer à Paris. Elle a été adoptée et conservée dans nos premiers grands Congrès des médecins aliénistes français qui en sont résultats. Heureux seront nos Congrès futurs s'ils consentent encore à respecter cette tradition. Nous avons néanmoins l'intime conviction que l'esprit si fin, si pénétrant, si perspicace du président du Congrès de Nancy lui permettra d'apprécier dans toute sa valeur l'importance de cette tradition en quelque sorte sacrée, il saura lui constituer un devoir de maintenir à l'aliénation mentale le nombre et l'intégrité des séances qui lui ont été dévolues au Congrès de la Rochelle sous la présidence du dernier président représentant de la Société médico-psychologique de Paris, M. le Dr Christian.

Ici, Messieurs, le devoir de votre président se bornera à continuer d'observer le même respect.

Comme je vous le disais ma tâche sera aisée et facile, allégée qu'elle se trouve du poids des lourdes charges qui incombent d'ordinaire à la présidence, à l'aide d'un dévouement toujours constant, bien que discret, modeste et trop souvent effacé. Ce dévouement se maintient depuis bientôt quinze ans ; il a été de toutes les minutes, de tous les instants, au dedans de nos séances comme à l'extérieur ; il s'est manifesté dans les circonstances les plus minimes aussi bien que dans les situations les plus délicates. Ce dévouement vous le connaissez tous, Messieurs, c'est celui de notre secrétaire général, à qui je me fais un sensible plaisir de transmettre nos sentiments de gratitude.

Ce dévouement dans le Secrétariat général est lui aussi une tradition de notre Société ; elle a été transmise par M. Motet qui, ici, dans les mêmes conditions, pendant de longues années n'a cessé de prodiguer à notre

Société le fruit de sa haute expérience et l'appui de son concours précieux.

Le zèle qu'ont montré les années précédentes nos secrétaires annuels, MM. Semelaigne et Sollier, nous prouve et nous assure l'importance de leur collaboration cette année.

Il me suffit de vous rappeler le nom de notre trésorier-archiviste, M. Voisin, pour que nous soyons sûrs qu'il ne nous refusera jamais ses services. Nous avons dans notre Société des noms de famille qui sont devenus les synonymes de services rendus.

Enfin, Messieurs, l'unanimité de vos suffrages est venu conférer au Bureau de 1896 un éclat tout nouveau en appelant à la vice-présidence notre sympathique collègue M. Garnier, à qui je suis heureux de souhaiter une chaleureuse et cordiale bienvenue.

Tant de circonstances aussi heureusement réunies nous permettent, Messieurs, d'espérer que l'année 1896 sera aussi fructueuse que les années précédentes ; grâce à votre précieux concours que vous nous apporterez sans cesse, elle viendra ajouter encore aux nombreuses richesses accumulées depuis si longtemps déjà par la Société médico-psychologique de Paris.

Ce souhait sera, Messieurs, la péroration et, si vous le permettez, l'excuse du trop long discours d'un président reconnaissant et dévoué.

M. PAUL GARNIER remercie ses collègues de l'avoir élu vice-président.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1^o Une lettre de remerciements de M. Le Filliatre, nommé membre correspondant ;

2^o Des lettres de remerciements de MM. Kiernan, de Chicago, et Mingazzini, de Rome, nommés membres associés étrangers ;

3^o Une lettre de M. Godfernaux, sollicitant le titre de membre correspondant. M. Godfernaux envoie à l'appui de sa candidature un ouvrage intitulé : *Le sentiment et la pensée*. — Commission : MM. Joffroy, Magnan et Séglas, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

Le rapport du *Committe of Lunacy*, de Pensylvanie. La candidature de M. Taguet, comme membre titulaire, est soumise à une commission composée de MM. Semelaigne, Vallon et Sérieux, rapporteur ; celle de M. Toulouse, à une commission composée de MM. Briand, Joffroy et Roubinowitch, rapporteur.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL adresse les félicitations de la Société à M. Briand, nommé chevalier de la Légion d'honneur, et à M. Klippel, reçu le premier au concours de médecins des hôpitaux.

Mémoires envoyés pour les prix à décerner en 1896.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL énumère les mémoires envoyés à la Société pour les prix à décerner dans la séance solennelle d'avril 1896 :

PRIX AUBANEL. — 2,400 francs. — Question : *Des variétés cliniques du délire de persécution.*

Un seul mémoire a été envoyé, qui a pour auteurs MM. Th. Taty et J. Toy, chefs de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Lyon.

PRIX ESQUIROL. — 200 francs, plus les œuvres d'Esquirol.

Un seul mémoire nous est parvenu ; il est intitulé : *Contribution à l'étude du délire de jalouse dans l'alcoolisme*, et a pour épigraphe : « Ceci est un bouquet de fleurs étrangères et n'ai fourni du mien que le filet à les lier. »

Nomination des Commissions de prix.

PRIX AUBANEL. — MM. Arnaud, Briand, Christian, Falret, Garnier.

PRIX ESQUIROL. — MM. Bouchereau, Mitivié, Pac-tet, Ritti, Aug. Voisin.

Un extrait de l'éloge de Gubler par M. Bergeron.

M. MOTET. — Messieurs, j'ai l'honneur d'apporter à la Société médico-psychologique, une page de l'éloge de Gubler lu à la séance solennelle de l'Académie de médecine par M. le Secrétaire perpétuel.

Permettez-moi de vous en donner lecture :

Dès ses premières années d'études médicales, M. Gubler dans tous ses concours, à la Faculté, à l'Ecole pratique et dans les hôpitaux, s'était placé en tête de ses compétiteurs, il avait même poussé assez loin l'étude de la chimie et de l'histoire naturelle, pour faire avec succès, sur ces matières, des cours dont le produit augmentait ses ressources et l'aidait à vivre.

En 1844, il était, comme externe, attaché au service de M. Troussseau, lorsque M. Baudelocque vint demander à son collègue de lui indiquer un élève intelligent et instruit, qui pût accompagner en voyage un jeune homme d'humeur mélancolique qu'il s'agissait de distraire et de dépayser.

M. Troussseau qui avait pu déjà apprécier son élève et avait même mis à contribution ses connaissances approfondies en botanique, pour se remettre lui-même au courant de cette science, vit dans la demande de M. Baudelocque, une occasion, pour un étudiant peu fortuné, de gagner quelque argent et proposa M. Gubler qui fut agréé et partit pour la Suisse avec le jeune mélancolique et un ami de celui-ci.

Pendant la première partie du voyage, aucun incident ne se produisit ; les trois jeunes gens s'étaient liés et, avec la facilité si ordinaire à leur âge, avaient pris l'habitude de se tutoyer.

On venait de quitter la Suisse pour descendre en Italie et depuis quelques jours M. Gubler avait remarqué que son compagnon devenait, par moments, plus sombre, inquiet ; il prétendait avoir reconnu un ennemi acharné à sa poursuite et chargea même M. Gubler d'acheter deux pistolets et un couteau catalan, afin d'être en mesure de le défendre en cas d'attaque.

Le soir même de leur arrivée à Milan, dans un moment où l'ami était absent, M. Gubler, qui occupait la même chambre que son compagnon, après l'avoir vu se mettre au lit, allait en faire autant lui-même, lorsqu'un coup de feu retentit : « Que fais-tu, dit M. Gubler, tu tires donc à la poupée ? » Mais au même instant, un second coup part, mieux dirigé cette fois et M. Gubler tombe atteint d'une balle en pleine poitrine ; aussitôt son compagnon va saisir le couteau et sans se laisser attendrir par les cris de sa victime, lui laboure la tête, le cou et la poitrine de profondes blessures et avec une telle violence que la pointe du couteau se brise sur une vertèbre.

On accourt, on saisit le meurtrier et on transporte le malheureux blessé à l'hôpital.

Le jeune mélancolique qui, disait-on, n'avait besoin que de distraction, était un type, méconnu ou dissimulé, de la plus dangereuse forme d'aliénation. C'était un halluciné persécuté, et plus d'un médecin-aliéniste a été victime d'un de ces malheureux qui, par périodes parfois très longues, raisonnent et

agissent avec une lucidité et un calme si parfaits que leur folie semble complètement guérie, et qui, tout à coup assaillis par les plus terribles hallucinations, entendent des menaces, voient partout des ennemis et frappent au hasard le premier individu qui se présente à eux et le médecin même qui vient leur porter secours.

A l'hôpital, le médecin est aux prises avec les maladies contagieuses ; à l'asile, le médecin est aux mains de l'aliéné ; le terrain de la lutte est différent, mais le péril est le même, et c'est avec un même dévouement et un même mépris de la mort que l'un et l'autre s'y exposent et le bravent.

Ces paroles m'ont profondément touché, et je ne doute pas, mes chers collègues, que vous ne partagiez mes sentiments de respectueuse reconnaissance pour l'homme qui les a prononcées.

Venues de haut, elles sont pour nous tous qui vivons au milieu des aliénés, une récompense, un encouragement. Elles nous font oublier les mesquines attaques dont nous sommes quelquefois l'objet ; elles sont un hommage rendu au dévouement, à l'abnégation des médecins des asiles, aux victimes du devoir dont les noms illustrent notre martyrologe.

La Société vote des remerciements à M. le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, et charge M. le secrétaire général de les lui transmettre.

Rapport de la Commission des finances.

M. CHRISTIAN. — Messieurs, votre Commission des finances, que vous avez chargée de vérifier les comptes de l'année 1895, a l'honneur de vous présenter son rapport.

Voici les chiffres qui représentent le mouvement de la caisse :

Avoir.

Au 31 décembre 1894, argent. . . .	Fr.	5,011 10
Recettes en 1895		2,726 25
Produits et ventes (1).		3,705 10
		11,442 45

(1) Vente des titres russes et danois pour acheter en échange du 3 p. 100 français.

Report. 11,442 45

Débit.

Dépenses diverses.	2,091 35
Achat de 130 fr. 3 %.	4,476 90
Achat de 30 fr. 3 %.	1,038 10
	7,606 35

Fr. 7,606 35 Excédent. 3,836 10

Nos différentes caisses entrent dans ce total pour les sommes suivantes :

Caisse Aubanel	Fr. 2,594 45
— Belhomme.	1,135 »
— Moreau (de Tours)	275 »
	4,004 45

On voit qu'en comparant ce chiffre de 4,004 fr. 45 à celui de l'excédent réel qui n'est que 3,836 fr. 10, il y a un déficit de 168 fr. 35.

Mais ce déficit n'est qu'apparent ; il tient à ce que l'achat des rentes a dépassé quelque peu les disponibilités, mais il sera facilement comblé par la rentrée des coupons.

Votre Commission, d'accord avec le trésorier, pense d'ailleurs que ces trois caisses doivent non seulement rester tout à fait indépendantes l'une de l'autre, mais encore indépendantes de la caisse de la Société.

Nous avons encore à appeler votre attention sur quelques membres dont les cotisations sont en retard, et restent en retard malgré les avertissements réitérés de M. le trésorier : nous pensons qu'il n'y a qu'une chose à faire, c'est d'appliquer strictement le règlement.

Telles sont, Messieurs, les courtes observations que nous avons à faire sur les comptes qui nous ont été soumis, et dont nous avons pu constater la parfaite régularité. Il ne nous reste qu'à vous demander des remerciements bien mérités, pour notre excellent collègue, M. Jules Voisin.

Conformément à ces conclusions, des remerciements sont votés à M. le trésorier.

Rapport de candidature.

M. PAUL SÉRIEUX. — Vous avez nommé une Commission composée de MM. Magnan, Ritti et P. Sérieux, à l'effet de rédiger un rapport sur la candidature de M. le Dr Buffet, au titre de membre associé étranger. M. Buffet a adressé à la Société, à l'appui de sa candidature, une série de travaux dont voici la liste :

1^o *A propos d'une épidémie de dysenterie dans la commune d'Asselborn*, février 1869;

2^o *Trois cas d'éléphantiasis Arabum* observés dans le grand-duché de Luxembourg, juin 1874;

3^o *Considérations sur l'action thérapeutique de l'hydrate de chloral à propos de la guérison, par ce médicament, de deux cas de tétanos traumatique*;

4^o *Rapport adressé à M. le Directeur général de la justice*, novembre 1876;

5^o *Absence congénitale de l'hymen avec hématocolpos, hématomètre et hématosalpinx*, décembre 1876;

6^o *Assistance des infirmes indigents, régime hospitalier et légal des aliénés*, 1815-1889;

7^o *Contribution à l'étude des localisations cérébrales* (Zur Lehre von den Localisationen in Grosshirn);

8^o *A travers asiles*. Notes et souvenirs d'un étudiant en psychiatrie, mai 1888;

9^o *Nicolas Metzler*. Luxembourg, 1895.

L'étude historique et statistique consacrée par M. Buffet à l'assistance des aliénés dans le Grand-Duché de Luxembourg est un document intéressant. La situation des aliénés dans ce pays laissait encore beaucoup à désirer il y a une trentaine d'années. M. Buffet nous montre ces malades entassés dans une renfermerie, parqués comme des fauves, exposés aux risées, aux provocations et aux taquineries des passants. Certains avaient les pieds et les poings rivés ensemble, au moyen de chaînes grossières. Ce n'est qu'en 1867, que les aliénés hommes furent internés dans un quartier approprié, construit à la suite d'un concours ouvert en 1855 par le gouvernement. Le quartier des femmes fut inauguré en 1875. En juillet 1880, fut promulguée la loi luxem-

bourgeoise sur les aliénés. Cette loi, inspirée par la législation belge de 1850, place sous la tutelle immédiate de l'autorité judiciaire toutes les mesures concernant les aliénés, ainsi que les intérêts de ces derniers. Au 1^{er} janvier 1889, l'hospice d'Ettelbrück comptait 314 aliénés (155 H. et 159 F.). Le recensement des aliénés idiots et épileptiques, internés ou non, donnait à la même date, dans le Grand-Duché de Luxembourg, le chiffre de 1,427 (714 H. et 713 F.), soit une proportion moyenne de 7,24 par 1,000 habitants.

Les entrées à l'asile dans le cours de l'année 1888 ont été de 88 ; les sorties de 65. Le prix de la journée d'entretien est de 1 fr. 15 pour les aliénés du régime ordinaire.

L'observation, publiée par M. Buffet, comme contribution à l'étude des localisations cérébrales, et les considérations dont elle est suivie, sont des plus instructives. À propos de l'histoire des localisations, M. Buffet fait remarquer, avec Strümpell, que c'est à tort qu'on fait débuter cette doctrine en 1870 avec Fritsch et Hitzig : c'est, en effet, à des médecins français, c'est à Bouillaud (1825), à Dax (1836), et surtout à Broca (1861), que l'on doit la découverte des localisations cérébrales. Dans l'observation de M. Buffet, il s'agit d'un homme de soixante-quatre ans, buveur, qui, à la suite de coups sur la tête ayant déterminé au niveau du pariétal gauche une plaie contuse du cuir chevelu, fut pris de convulsions plusieurs mois après l'accident. Ces convulsions, localisées d'abord dans le domaine du facial droit, gagnèrent ensuite la langue, les membres du côté droit, et augmentèrent progressivement d'intensité, sans cependant s'accompagner de perte de connaissance. À l'examen, on constatait un certain degré de parésie du facial inférieur et de l'hypoglosse droit, un léger trouble de la parole et de l'hémiplégie du côté droit du corps, avec exagération des réflexes cutanés.

Les accès d'épilepsie jacksonienne allèrent en augmentant de fréquence, en même temps que s'accentnait l'hémiplégie droite et que se produisait une diminution de la sensibilité du même côté. À l'autopsie, on trouva un ramollissement des circonvolutions rolandiques gauches qui expliquait les troubles sensitivo-moteurs de la moitié droite du corps, et un foyer hémorragique au-

dessous de l'extrémité inférieure du sillon de Rolando (centres de l'hypoglosse, du facial inférieur, etc.).

Signalons encore la très intéressante description donnée par M. Buffet d'un certain nombre d'asiles allemands où d'importants progrès ont été réalisés (*A travers asiles*). L'auteur a visité la colonie de Gheel, les asiles d'Andernach, de Marbourg, de Leipzig, d'Alt-Scherbitz. Il donne de ces établissements, dont quelques-uns sont construits sur un plan tout nouveau, une description très détaillée qui sera lue par ceux qui s'intéressent à l'assistance des aliénés.

Cette brève analyse de quelques-uns des travaux de M. Buffet suffit pour vous en montrer la valeur. Notre distingué confrère ne s'est d'ailleurs pas contenté de témoigner par ses recherches scientifiques, de l'intérêt qu'il porte aux maladies mentales. Si l'assistance des aliénés, récemment encore rudimentaire dans le Luxembourg, a, dans ces derniers temps, subi une transformation profonde, c'est à M. le Dr Buffet qu'on le doit, et nous savons ce qu'une pareille tâche exige de persévérente énergie, quand on a, coalisés contre soi, les préjugés des uns et la routine des autres. M. Buffet, actuellement médecin-directeur de l'asile d'aliénés du Luxembourg, n'estime pas, malgré les importantes réformes qu'il a pu obtenir, que son rôle soit terminé ; il poursuit, avec un zèle infatigable, l'achèvement du devoir qu'il s'est imposé. En présence de titres aussi sérieux, votre Commission vous propose, Messieurs, d'accueillir favorablement la demande de M. le Dr Buffet.

Ces conclusions sont adoptées et M. Buffet est, à l'unanimité, nommé membre associé étranger.

La séance est levée à cinq heures et demie.

PAUL SOLLIER.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX FRANÇAIS

ANNÉE 1892.

Archives de neurologie.

I. — *Étude anatomique sur les vaisseaux sanguins des nerfs*; par MM. Quénou et Lejars (numéro de janvier). — Jusqu'ici l'histoire précise des *vasa nervorum* n'avait pas été faite; pourtant, au point de vue de la physiologie et au point de vue de la pathologie, cette étude est d'un intérêt majeur. Les auteurs ont comblé cette lacune, ils ont étudié successivement les *vasa nervorum* artériels et les *vasa nervorum* veineux. Ils sont arrivés, au moyen de nombreuses dissections et de patientes recherches, à pouvoir établir les données suivantes :

1^o *Vasa nervorum artériels*. Les nerfs superficiels sont tous accompagnés, sur toute leur longueur, d'une artériole qui leur reste accolée et qui se prolonge grâce à une série d'arcades. Chaque tronc nerveux reçoit ses artères d'origines constantes, d'où des connexions morbides et physiologiques de grande importance. Un tronc nerveux ne reçoit jamais ses artères d'un seul tronc artériel, d'où la multiplicité des suppléances. On retrouve dans les nerfs les mêmes conditions qui, dans les centres nerveux, empêchent l'afflux direct et brusque du sang, ainsi les artères n'abordent les nerfs que sous un angle très aigu, ou après un trajet récurrent, ainsi, avant de plonger dans le nerf, l'artère rampe à sa surface;

2^o *Vasa nervorum veineux*. Les veines des nerfs superficiels se jettent toutes dans les veines profondes, elles peuvent communiquer avec des veines superficielles par des anastomoses de petit calibre, mais l'aboutissant profond n'en existe pas moins. Les veines des nerfs satellites d'un paquet artério-veineux se rendent, soit à la grosse veine voisine, soit au réseau des *vasa vasorum* de l'artère, soit aux collatérales musculaires, mais la plupart gagnent les veines profondes. Les veines des plexus se

rendent aux canaux collatéraux qui ont une origine musculaire. Le mode d'émergence, de division, des veines des nerfs est le même que celui des artères.

Enfin, on voit qu'il existe une série d'analogies entre la circulation des nerfs périphériques et celle des centres nerveux. A noter aussi le rôle dévolu au jeu musculaire dans la marche du sang veineux.

II. — *Des idées de grandeur chez les persécutés*; par M. le Dr Christian, médecin de la maison nationale de Charenton (numéro de janvier). — La première partie du mémoire de M. Christian a été publiée dans le numéro de novembre 1891.

L'auteur donne dans ce travail une preuve exemplaire de sa bonne foi scientifique. « A l'époque de la fameuse discussion à la Société médico-psychologique, dit-il, j'étais persuadé que les idées ambitieuses ne surviennent qu'exceptionnellement. J'étais dans l'erreur, c'est le contraire qui semble être la vérité. Sur les quarante persécutés dont je viens de réunir les observations, j'en trouve trente et un avec des idées de grandeur plus ou moins développées. »

M. Christian commence par esquisser rapidement les différentes phases du délire de persécution, et il expose ensuite son opinion sur les modifications que subissent les idées délirantes dans cette psychose :

Chez tous les persécutés le fond délirant reste le même, les variétés ne peuvent être établies que d'après la prédominance de tel ou tel ordre de symptômes. En se plaçant au point de vue de l'apparition des idées de grandeur, on peut établir quatre variétés : 1^o les idées de grandeur deviennent prédominantes et constituent une véritable mégalomanie ; 2^o elles n'apparaissent que d'une façon accessoire ; 3^o elles se montrent seulement parfois sous une forme vague d'orgueil, d'infatuation, de haute idée de soi-même ; 4^o elles peuvent enfin manquer absolument.

A l'appui de cette manière de voir, l'auteur donne un certain nombre d'observations plus ou moins détaillées, dont chacune peut servir de type à l'une ou à l'autre des quatre variétés.

En somme, pour M. Christian, l'apparition des idées mégalomaniaques à un moment donné de l'évolution de leur affection est la règle chez les persécutés ; mais il restera toujours un certain nombre de ces malades qui paraissent réfractaires au délire ambitieux, et, parmi eux, les *persécutés génitaux* sont en majorité.

III. — *Toux et bruits laryngés chez les hystériques, les choréiques, les tiqueux et dans quelques autres maladies des centres nerveux.* Clinique de M. Charcot. Hospice de la Salpêtrière (numéro de janvier). — Quelle que soit la forme qu'affectent les bruits laryngés chez les hystériques, ils présentent plusieurs caractères communs : 1^o ils se présentent souvent sous forme d'accès ; 2^o les secousses de toux ou les bruits restent isolés, ou bien ils se groupent en se répétant successivement au nombre de trois ou quatre ; 3^o malgré la fréquence ou l'intensité de ces bruits, les malades ne souffrent pas de dyspnée, il n'y a pas de sécrétion laryngée ou bronchique ; 4^o ces bruits ne se développent pas après vingt-cinq ans ; 5^o ils sont particulièrement des phénomènes d'hystérie locale, c'est-à-dire qu'ils ont une tendance spéciale à subsister chez l'hystérique à l'état d'isolement, sans s'accompagner d'autre stigmate ; 6^o noter que des bruits plus ou moins analogues à ceux de l'hystérie peuvent se manifester dans la chorée de Sydenham, la maladie des tics, etc. ; 7^o ils se développent ordinairement tout à coup, inopinément et peuvent cesser brusquement, spontanément ou à la suite d'une attaque d'hystérie. Le plus souvent c'est une affection très tenace.

IV. — *Astasie-abasie à type choréique. Arrêt instantané de l'astasie-abasie par la pression de certaines régions;* par le D^r Weill, médecin des hôpitaux, agrégé à la Faculté de Lyon (numéro de janvier). — Les régions sur lesquelles la pression suffit pour suspendre les phénomènes d'astasie et d'abasie sont les épaules, la partie postérieure du tronc et les régions fessières. L'effet est instantané.

V. — *Sur un cas de paralysie générale progressive à début très précoce;* par MM. J.-M. Charcot et G. Dutil (numéro de mars). — Paralysie générale progressive ayant débuté à l'âge de quatorze ans chez un jeune garçon âgé actuellement de seize ans. Signes somatiques bien caractérisés. Démence simple, pas de conceptions délirantes. Pas d'antécédents pathologiques personnels. Plusieurs cérébraux dans la ligne paternelle. Le père aurait eu du délire alcoolique alors que le malade était en bas âge.

VI. — *Note sur un aliéné homicide;* par le D^r Camuset, médecin-directeur de l'asile de Bonneval (numéros de mars et de mai). — Il s'agit d'un homme exempt de toute tare héréditaire, non intoxiqué, et qui, atteint brusquement d'un accès de mélancolie, tue, au début de l'accès, quatre personnes successi-

vement. Quelques considérations sémiologiques sur l'homicide dans la folie.

VII. — *Association du tabes avec le diabète sucré (travail de la clinique de M. le Dr Charcot)*; par MM. Guinon, chef de clinique, et Souques, interne des hôpitaux (numéro de novembre 1891 et numéros de janvier et de mars 1892). — Après avoir analysé une série d'observations les auteurs posent les conclusions suivantes :

1^o Il existe des cas d'association du tabes vrai avec le véritable diabète sucré ;

2^o Cette association, chez un même individu ou dans une même famille, n'est pas une coïncidence fortuite. Elle résulte des liens de parenté qui unissent les deux grandes familles arthritique et névropathique, et en particulier le diabète et le tabes ;

3^o Pour diagnostiquer ces cas d'association et les séparer du pseudo-tabes diabétique et de la glycosurie tabétique, il faut procéder de la manière suivante : si le traitement antidiabétique amende les signes nerveux tabétiques, il y a pseudo-tabes. Dans le cas contraire, présomption en faveur du tabes, et l'on verra sans doute plus tard survenir les symptômes certains de l'ataxie. S'il s'agit d'un tabétique avéré ayant de la glycosurie, si cette glycosurie s'accompagne de crises laryngées, d'anesthésie dans le domaine de la cinquième paire, de tachycardie, elle est sous l'influence du tabes ; si ces signes manquent, il y aura forte probabilité en faveur de l'origine tabétique de cette glycosurie. Il y aura sans doute alors tabes vrai associé au diabète sucré véritable.

VIII. — *Sur les hallucinations et en particulier les hallucinations verbales psycho-motrices dans la mélancolie*; par MM. Séglas et P. Londe (numéros de mars et mai). — M. Séglas présente plusieurs observations de mélancoliques, en insistant particulièrement sur la physiologie cérébrale pathologique. Ce sont en réalité des analyses psychologiques remarquables et qui portent bien la marque de leur auteur. Je ne peux que les signaler ici, il est impossible de résumer en quelques phrases de semblables études. Le développement des hallucinations psycho-motrices, leur mode d'influence sur l'apparition consécutive d'hallucinations auditives ordinaires, les troubles qui en résultent et qui peuvent se manifester sous forme de dédoublement de la personnalité, etc. Ces phénomènes psychiques étudiés en eux-mêmes et sous le rapport de leur

influence réciproque, forment une étude psychologique que les aliénistes et les psychologues liront avec un grand intérêt, mais qui se refuse à l'analyse.

Je donnerai donc seulement les conclusions de ce travail :

Les hallucinations verbales psycho-motrices existent chez les mélancoliques, elles semblent être très fréquentes chez eux et constituer un des caractères importants de leur état mental. — Elles peuvent être prises, à un examen superficiel, pour des hallucinations auditives, ces dernières sont sans doute plus rares qu'on ne pense en général. — L'état mental du mélancolique n'est pas propre au développement de l'hallucination verbale auditive ; quand celle-ci existe, il y a lieu de rechercher si la mélancolie n'est pas associée à une autre maladie mentale. L'étude des hallucinations psycho-sensorielles chez les mélancoliques conduirait peut-être à rejeter du groupe des mélancolies pures celles qui sont accompagnées d'hallucinations.

IX. — *Somnambulisme spontané dans ses rapports avec l'hystérie* ; par le Dr Mesnet, membre de l'Académie de médecine, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu (numéro de mai). — Après avoir relaté une observation qui remonte à 1872, observation de somnambulisme spontané qui se produit constamment entre deux crises léthargiques, et en avoir rappelé une autre analogue, M. Mesnet soutient que les faits de ce genre établissent un trait d'union, un lien de famille qui conduit à l'unité de ces manifestations multiples, d'allures si différentes. — Tous ces phénomènes extatiques, cataleptiques, syncopaux, léthargiques, somnambuliques, tous sont les expressions variées de la grande névrose, de l'hystérie.

X. — *De l'anesthésie hystérique*. — Conférence faite à la Salpêtrière par M. P. Janet, professeur agrégé de philosophie, docteur ès lettres, élève du service du Dr Charcot (numéro de mai). — Très intéressante conférence dans laquelle on retrouve beaucoup des données du livre du conférencier : *L'automatisme psychologique*.

La conclusion ultime de M. P. Janet est celle-ci : L'anesthésie hystérique est une maladie de la personnalité. Après avoir démontré que les anesthésies hystériques ne sont pas exactement semblables aux anesthésies à cause matérielle, parce que les malades n'en ont pas conscience, parce que les régions anesthésiées ne répondent pas à des territoires innervés par une même branche nerveuse, parce que dans certaines expériences il est évident que l'anesthésie n'est pas

réelle, ainsi quand une hystérique naïve à laquelle on a commandé de dire « oui » quand elle sentait la piqûre, et « non » quand elle ne la sentait pas, accepte cette convention et ne se trompe jamais ; pour toutes ces causes et pour d'autres nombreuses encore qu'il serait trop long d'énumérer, l'anesthésie hystérique est une anesthésie *sui generis*.

Eh bien, pour l'expliquer, M. P. Janet propose l'hypothèse suivante : la sensation consciente est en réalité produite en deux temps. Dans le premier temps, les excitations sensorielles sont transmises aux cellules corticales, lesquelles sont impressionnées. C'est là la *sensation subconsciente* de l'auteur. Maine de Biran appelait ce phénomène : *état affectif*. — Dans le second temps le complexus excessivement complexe qui est le Moi, la personnalité consciente, s'assimile plus ou moins de ces sensations subconscientes. C'est ce que l'auteur appelle : *la perception personnelle*. C'est le : *Je sens* de certains philosophes.

Or, toutes les sensations élémentaires ne sont pas assimilées par la personnalité, plusieurs y échappent. Le moi conscient ne les possédant pas, les ignorant, il en résulte des anesthésies. Mais les sensations subconscientes quoique non absorbées par le moi n'en existent pas moins, on les rend évidentes par plusieurs expériences concluantes.

Telle est l'anesthésie hystérique, dans laquelle les sensations élémentaires, subconscientes, existent toujours. — Et toute hypothèse devant être vérifiée dans ses conséquences, on voit qu'en effet, dans l'anesthésie hystérique, les réflexes persistent presque toujours ; dans l'anesthésie hystérique, enfin, les sensations non senties amènent régulièrement les mouvements qui les suivraient dans les conditions normales.

On voit donc, en somme, que la conclusion de M. P. Janet est légitime, l'anesthésie hystérique est une maladie de la personnalité.

XI. — *Recherches sur l'albuminurie post-paroxystique chez les épileptiques* ; par MM. Jules Voisin et A. Peson, interne des hôpitaux (numéro de mai). — De leurs recherches, les auteurs tirent les conclusions suivantes :

L'albuminurie post-paroxystique se trouve dans la moitié des cas des épileptiques. Elle se rencontre dans tous les modes de l'épilepsie, aussi bien après les accès rares qu'après les séries d'accès, elle paraît se manifester aussi après les vertiges et le délire. L'état de mal épileptique paraît être toujours

accompagné d'albuminurie (cause d'erreur dans le diagnostic avec l'éclampsie). L'albuminurie est constante chez le même malade. Mais elle est très fugace et très variable en quantité. Elle se montre surtout dans les deux premières heures qui suivent l'accès, elle paraît avoir un rapport constant avec la congestion de la face (parce que, quand il n'y a pas congestion de la face, il n'y a pas non plus congestion des autres parties de l'organisme, et du rein par conséquent).

XII. — *De l'onomatomanie*; par MM. Charcot et Magnan (numéros de juillet, de septembre et de novembre). — La première partie de ce travail a paru dans les *Archives de neurologie*, en septembre 1885, p. 157.

Le syndrome, l'*onomatomanie*, peut affecter plusieurs formes. Ainsi on observe la recherche angoissante du mot. Dans ce cas le mot, le nom, doit être recherché plus ou moins longtemps et l'angoisse cesse quand il est trouvé. On observe encore cette autre variété : le mot est toujours présent à la conscience et par intervalle le sujet est obligé de l'énoncer. Il arrive que le malade lutte, qu'il le retienne, mais c'est au prix d'une douleur angoissante toujours croissante, et il finit toujours par le projeter au dehors. Ces mots, ces noms, parfois même les phrases, sont ordinairement des expressions grossières et ordurières (*coprolalie*).

L'*onomatomanie* se traduit encore par d'autres symptômes, mais le fond ne change pas, il y a toujours angoisse et impulsion en rapport avec un mot, une phrase. Ainsi des malades attachent à certains mots (pensés, prononcés, lus, écrits) une signification particulièrement funeste, pour eux certains mots sont compromettants. Il est à noter que beaucoup de ces malades ne sont nullement superstitieux. Enfin, il en est pour qui des mots ou des phrases ont une vertu préservatrice particulière.

De nombreuses observations sont fournies comme exemples de ces différents types d'*onomatomanie*. Dans presque toutes, on voit que le syndrome étudié ici d'une façon spéciale est plus ou moins combiné aux autres syndromes de dégénérescence : la folie du doute, le délire du toucher, l'agoraphobie, etc.

XIII. — *La paralysie générale spinale diffuse subaiguë de Duchenne (de Boulogne) représente-t-elle un type clinique distinct de myélite diffuse?* par le Dr Leroy, professeur à la Faculté de Lille (numéro de juillet). — L'auteur répond à cette question par l'affirmative, se basant surtout sur une observation

très détaillée qu'il reproduit, dans laquelle il y a combinaison des lésions systématiques des cornes antérieures avec les altérations diffuses de la substance grise, et un ensemble de symptômes qui rappelle absolument la description de Duchenne.

XIV. — *L'amnésie hystérique*. Conférence faite à la Salpêtrière par M. Pierre Janet (numéro de juillet). — M. Pierre Janet étudie l'amnésie hystérique selon le même principe qui l'a déjà guidé dans l'étude de l'anesthésie hystérique.

Les amnésies hystériques sont très fréquentes. On peut distinguer les amnésies systématisées, partielles et générales ou continues. En réalité, ces phénomènes ne constituent pas de véritables amnésies, elles ne sont pas semblables aux amnésies de la démence. On sait qu'il en est de même pour les amnésies hystériques qui passent inaperçues des malades jusqu'à ce que le médecin les lui fasse constater. Des preuves multiples le démontrent d'une façon évidente, entre autres les expériences du réveil, du souvenir pendant l'hypnose somnambulique, ou pendant le somnambulisme spontané.

Il y a, chez les hystériques, *conservation du souvenir*, ce phénomène primordial de la mémoire, d'après les philosophes. Il y a aussi, chez ces malades, la *reproduction des images*, ce second élément essentiel de la mémoire, d'après les mêmes philosophes qui n'admettent que ces deux phénomènes élémentaires dans la mémoire. Ce qui fait défaut, c'est un troisième phénomène, celui-là même qui manque aussi dans l'anesthésie hystérique, la possibilité de la synthèse des éléments primordiaux de la mémoire avec le grand complexus de la personnalité. En d'autres termes, c'est toujours la perception personnelle incapable de rattacher tous les éléments à l'ensemble de la personnalité. La perception personnelle ne refuse que très rarement de s'assimiler toutes les images absolument ; en règle générale, elle néglige seulement certaines images, tantôt choisies au hasard, pour ainsi dire, tantôt tout un groupe d'images ayant les mêmes caractères particuliers (et c'est ce qui constitue les curieuses amnésies localisées). Quant à la raison qui détermine ces localisations particulières de l'amnésie, dans certains cas, non toujours, on les trouve dans les anesthésies qui surviennent à ce moment, et mieux dans les variations de la sensibilité consciente.

XV. — *Épilepsie ancienne d'origine traumatique (fracture du crâne)*. — *Trépanation au niveau de la cicatrice osseuse*. — *Pas de modification dans l'état du sujet* ; par les Drs Maunoury

et Camuset (numéro de juillet). — Le but des auteurs, en publiant cette observation, est de confirmer à nouveau ce fait généralement admis aujourd'hui, que l'ancienneté des attaques épileptiques et l'apparition de la démence doivent figurer sur la liste des contre-indications de l'intervention chirurgicale dans les épilepsies, même quand elles sont d'origine traumatique.

XVI. — *Automatisme ambulatoire chez un dipsomane*; par M. le Dr Souques, ancien interne (médaille d'or) des hôpitaux (numéro de juillet). — C'est une observation de dipsomanie typique : l'impulsion est intense, irrésistible, et entre les paroxysmes l'état mental est tout à fait normal. Deux fois, l'accès a été suivi de fugues impulsives conscientes, ou plutôt subconscientes, et c'est pourquoi, comme l'auteur en convient, le terme *automatique* inscrit en tête de l'observation est sujet à la critique.

XVII. — *Aphasie motrice pure avec lésion circonscrite*; par MM. Gilbert Ballet, professeur agrégé, et Boix, interne des hôpitaux (numéro de septembre). — *Observation* : Cardiopathie rhumatismale. — Embolie cérébrale. — Aphasie motrice pure isolée. — Foyer circonscrit de ramollissement sur le pied de la circonvolution de Broca. — On sait combien sont rares les observations de ce genre qui ne s'accompagnent ni de paralysie, ni d'autre aphasie que l'aphasie motrice.

XVIII. — *Des localisations cérébrales et de leurs relations avec la thérapeutique*; par M. David Ferrier (traduction par M. Dauriac, interne des hôpitaux) (numéro de septembre). — Indication de la trépanation dans les cas d'épilepsie, de tumeurs cérébrales. Pour l'épilepsie, quand l'analyse des symptômes convulsifs permet de diagnostiquer l'existence d'un monoplasme épileptogène, ouvrir la dure-mère et exciser, même si la partie du cerveau paraît saine à la vue. C'est là le point de la communication qui me semble le plus intéressant ; mais le lecteur trouvera encore, dans ce mémoire, d'autres données thérapeutiques très importantes.

XIX. — *L'ambylopie transitoire*; par le Dr A. Antonelli (numéros de septembre et de novembre). — Voici les principales conclusions de ce travail. Il faut substituer l'expression *amblyopie transitoire* aux autres dénominations, comme migraine ophthalmique, scotome scintillant, etc., puisque ce phénomène morbide se rencontre en dehors des différents syndromes sus-enumérés, puisque surtout c'est ce phénomène morbide qui a le plus de valeur quand il est associé à ces syndromes divers. —

L'amblyopie transitoire doit être rangée, dans la plupart des cas, parmi les troubles purement dynamiques, même quand elle accompagne une maladie nerveuse organique. Elle est essentiellement caractérisée par des troubles oculaires différents, l'hémiopie, l'hémiopie partielle, le scotome central, etc... Les deux yeux sont plus souvent intéressés qu'un seul. Le trouble visuel apparaît ou disparaît plus ou moins soudainement. Il s'accompagne parfois d'autres troubles oculaires, aussi du syndrome migraîneux, de l'épilepsie partielle, etc. L'amblyopie transitoire est une affection assez fréquente, l'influence du sympathique sur sa production paraît démontrée. Sa cause prédisposante est le tempérament nerveux ; parmi les causes occasionnelles, on trouve l'excès de travail, un excès quelconque, des troubles digestifs, circulatoires. Le trouble fonctionnel qui les produit siège dans l'écorce cérébrale, il semble y avoir anesthésie ou irritation des centres visuels. Le traitement doit viser aux conditions générales du malade pour prévenir le retour des accès (bromures, hydrothérapie, quinine, etc.), et à faire avorter les accès mêmes (KBr à la dose de 6 grammes au début de l'accès, camphre, alcool).

XX. — *La suggestion chez les hystériques.* Conférence de M. Pierre Janet faite à la Salpêtrière (numéro de novembre). — Toute idée bien claire est en réalité un ensemble de systèmes d'images différentes ayant chacune des propriétés spéciales. Le plus souvent, ces systèmes se reproduisent dans notre esprit d'une façon partielle et abrégée, l'image sonore ou kinesthésique du mal se reproduit seule et suffit souvent pour représenter tout le système complexe. Dans les cas de suggestion, au contraire, les systèmes de ce genre, quand ils commencent à se développer dans l'esprit, ne restent jamais incomplets, toutes les images visuelles, tactiles, kinesthésiques, réapparaissent automatiquement à leur place et reconstituent le système entier. Chaque image provoque, soit des émotions, soit des sentiments, soit des mouvements, etc. Or, on sait que les actes réels et l'objectivité apparente des objets ne tiennent qu'à la précision et à la complexité des images qui ressuscitent dans l'esprit. Voilà donc déjà un des caractères de la suggestion.

Un autre caractère, c'est l'exagération du développement automatique des images. Un homme bien portant présente bien le phénomène analogue, mais non pas le phénomène identique. Et à ce propos l'auteur est loin d'admettre avec l'école de Nancy que la suggestion soit un phénomène pour ainsi dire

physiologique. Chez l'individu bien équilibré, le développement automatique des idées est soumis à l'action de la volonté et est réglé par les faits réels. Il n'en est pas ainsi chez les hystériques. Pourquoi? Toujours pour cette même raison développée déjà par M. Janet pour expliquer l'anesthésie et l'amnésie hystériques, parce que la personnalité ne peut absorber, faire sienne, le développement automatique des images. La personnalité est rétrécie comme le champ visuel est rétréci.

C'est là le fondement de la théorie de notre auteur. On verra de quelle façon heureuse il explique tous les faits cliniques au moyen de son hypothèse, au moyen de l'aboulie. La personnalité ne peut régir, diriger, ni même englober les développements complets des images qui constituent une idée quelconque suggestionnée aux malades.

XXI. — *Syndrome hystérique simulateur de la sclérose en plaques*; par le Dr A. Cochez, ancien interne des hôpitaux (numéro de novembre). — Trois attaques d'apoplexie hystérique chez un homme de quarante-quatre ans; mutisme, amaurose, hémiplégie, tremblement intentionnel. Le diagnostic n'était guère douteux. A noter que la suggestion hypnotique a eu raison du mutisme et de l'amaurose.

Le Progrès médical.

I. — *Observation d'atrophie musculaire progressive*; par le Dr Journée, médecin-major du 101^e de ligne (n° 9). — *Observation*: Atrophie musculaire progressive à type anormal. Début brusque. Marche rapide. — Traitement par la faradisation, Arrêt du processus. Amélioration considérable.

II. — *Documents pour servir à l'histoire des somnambismes*; hospice de la Salpêtrière, service du Dr Charcot, par Georges Guinon, chef de clinique de la Salpêtrière (n° 11, 13, 19, 27, 28, 31 et 34). — L'auteur soutient l'opinion du Dr Charcot qui considère le somnambulisme comme une phase de l'attaque classique, phase plus ou moins modifiée. Il analyse les principales observations connues de dédoublement de la personnalité d'origine hystérique, auxquelles il ajoute ses observations personnelles, et il démontre que, dans ces cas aussi, il s'agit d'une des phases de la grande attaque.

L'état vigilambulique n'est qu'un morceau de l'attaque dans laquelle les phénomènes convulsifs sont relégués au second plan. L'état second n'est qu'une forme particulière de l'attaque

avec prédominance des attitudes passionnelles, modifiée elle-même dans quelques-uns de ses caractères. M. Guinon justifie cette manière de voir en examinant chacun des cas dont il a rapporté l'histoire.

Dans cette hypothèse, il y aurait donc deux modifications spéciales de la phase passionnelle de l'attaque hystérique, le somnambulisme et le vigilambulisme hystériques. Dans les cas les plus accentués, ils diffèrent notablement l'un de l'autre. En effet, toujours le somnambule hystérique délire sous l'influence des hallucinations auxquelles il est en proie, tandis que le vigilambule se conduit comme une personne normale. Mais il est des cas de somnambulisme hystérique dans lesquels les hallucinations et le délire sont relégués un peu au second plan, le sujet présente jusqu'à un certain point l'apparence d'un individu normal. Pour peu qu'avec cela son somnambulisme soit mêlé de phénomènes hypnotiques, celui-là ressemble fort au vigilambule hystérique (naturellement toutes ces propositions de M. Guinon sont étayées sur les observations renfermées dans son travail).

D'autre part, parmi les vigilambules, il en est qui sont concentrés, qui ne paraissent pas entendre ce qui se passe autour d'eux ; à part l'existence des hallucinations, ces sujets ressemblent donc fort aux somnambules.

Y aurait-il donc entre ces deux états hystériques, le somnambulisme et le vigilambulisme, des états de transition participant à la fois des caractères de l'un et de l'autre ? Le fait ne paraît pas impossible.

III. — *Parésie des membres inférieurs et de la vessie dans l'influenza*; par le Dr Ch. Liégeois, de Bainville-aux-Saules (Vosges) (n° 12). — Ces cas sont rares, l'auteur en relate un avec détail. La pathogénie de ce phénomène résiderait en une congestion de la moelle lombaire ou de sa méninge infectées par les bacilles.

IV. — *Sur un cas d'hystérie mâle atypique, avec troubles particuliers de la sensibilité*; par MM. Paul Blocq et P. Sollier (n° 18). — Relation d'une observation dans laquelle le diagnostic était rendu difficile par l'absence des convulsions et des stigmates permanents de l'hystérie. On pouvait pourtant reconnaître la névrose par ses signes extrinsèques, pour ainsi dire : la forme et l'évolution des accidents. Ainsi une hyperesthésie locale du pied ne pouvait être rapportée qu'à l'hystérie, ainsi encore la marche capricieuse des accidents.

Les troubles sensitifs étaient intéressants, ils consistaient en des sensations subjectives constantes et spontanées, *un tremblement interne*, disait le malade.

V. — *Cas de tabes à début céphalique caractérisé par la lésion des 2^e, 3^e, 4^e, 5^e et 6^e paires crâniennes*; par le Dr Chabbert (de Toulouse) (n° 20). — *Observation*: Pas d'hérédité, pas de syphilis, fièvre typhoïde dans l'enfance, rhumatismes articulaires aigus à trente-deux ans. A quarante-deux ans, début de l'affection par des douleurs par accès très vives de toute la moitié gauche de la face et des dernières molaires. Anesthésie et analgésie des mêmes parties. Strabisme, puis amaurose de l'œil gauche, ptosis, exophthalmie, immobilité absolue du globe oculaire. Atrophie complète de la papille.

VI. — *Etiologie du tabes dorsal*; par le Dr Raymond (n° 24). — Le tabes est une maladie de l'âge mûr, sensiblement plus fréquente chez l'homme que chez la femme. La prédisposition neuropathique congénitale intervient certainement dans son développement, mais il est exceptionnel que le tabes soit le produit de l'hérédité directe. — Il existe des faits où le froid humide, les marches forcées, les excès vénériens (coït debout), un traumatisme ont été, en apparence, la cause occasionnelle du développement de la maladie. Mais le tabes se développe surtout chez les syphilitiques, le plus souvent en dehors de toute cause occasionnelle. — Il est très vraisemblable que la syphilis a une part directe ou indirecte au développement du tabes, quand cette maladie se montre chez un syphilitique. Il est certain que l'intervention de la syphilis n'est pas nécessaire pour que le tabes vienne à se développer : pour preuve, des tabétiques acquièrent parfois la syphilis.

VII. — *Sur un appareil destiné à évoquer les images motrices graphiques chez les sujets atteints de cécité verbale. Application à la démonstration d'un centre moteur graphique fonctionnellement distinct*; par M. J.-B. Charcot, interne des hôpitaux (n° 25). — Description d'un ingénieux appareil qui permet d'imprimer aux doigts de l'aphasique les mouvements nécessaires pour la production des lettres. L'image motrice supplée l'image visuelle de la lettre, et le sujet reconnaît les lettres et les mots.

VIII. — *Le sommeil provoqué par l'occlusion des oreilles et des yeux chez les individus affectés d'anesthésie hystérique généralisée*; par M. Gilbert Ballet (n° 26). — Le sujet avait perdu toutes les sensibilités sauf la sensibilité visuelle et acoustique,

et encore ces deux sens, la vue et l'ouïe, étaient diminués d'acuité. Quand on bouchait ses oreilles et qu'on abaissait ses paupières, il tombait dans un état complet de résolution, son cerveau semblait ne plus fonctionner. — On connaît des cas analogues à celui-là. M. Raymond les a même étudiés d'une façon spéciale; pour lui, le sommeil n'est pas alors un sommeil hypnotique, il se rapprocherait plutôt du sommeil normal. M. Ballet trouve que c'est au contraire un véritable état hypnotique léthargique, et pour preuve il suggestionne à cet individu en résolution complète, et dont le cerveau semble arrêté, une contracture au réveil, par exemple, et la contracture se manifeste. En plus, il prouve que la sensibilité cutanée, qui faisait défaut à l'état de veille, existe pendant l'hypnose, et en effet en suggestionnant la contracture du réveil il touche légèrement, en prenant les précautions d'usage, le membre qui devra être contracturé, et l'expérience réussit. Ce qui vient à l'appui de ce qu'enseigne M. P. Janet, à savoir que l'anesthésie hystérique n'est pas une véritable anesthésie, et que si les sensations ne sont pas perçues par la conscience, elles sont pourtant enmagasinées dans le cerveau.

IX. — *Contribution clinique à l'étude de la névrite paludéenne*; par M. le Dr Combemale, agrégé à la Faculté de Lille (n° 29). — *Observation* : Malade fortement impaludé, dix années de fièvre continue ou intermittente. — Névrite des quatre membres caractérisée par des parésies motrices, des phénomènes douloureux, des troubles trophiques, contractilité musculaire au courant faradique diminuée, contractilité au courant continu à peine affaiblie. — Très grande amélioration obtenue par la galvanisation.

X. — *La médecine vibratoire. Application des vibrations rapides et continues au traitement de quelques maladies du système nerveux*. Clinique du Dr Charcot. Leçon recueillie par M. Gilles de la Tourette (n° 35). — M. Vigouroux, dès 1878, calmait les crises douloureuses d'un ataxique en introduisant les jambes de celui-ci dans la caisse résonnante d'un énorme diapason. Boudet démontre ensuite que, chez l'homme sain, la tige vibrante d'un gros diapason construit *ad hoc* sur un point de la peau produisait de l'analgésie et même de l'anesthésie locales. Ce même médecin calmait, par ce procédé, les névralgies. D'autres médecins perfectionnèrent la méthode, puissante surtout dans les névralgies faciales et dans la neurasthénie à forme cérébrale.

M. Charcot, lui, avait remarqué que les malades atteints de paralysie agitante étaient soulagés après avoir fait de longs voyages en chemin de fer. C'est pourquoi il appliqua la méthode vibratoire, au moyen d'un appareil spécial, dans la maladie de Parkinson, et il arriva ainsi à produire des améliorations notables. Enfin, M. Gilles de la Tourette se sert d'une sorte de casque vibratoire qui lui donne de très bons résultats dans la neurasthénie. En somme, la vibration pratiquée par son procédé est un sédatif puissant du système nerveux.

XI. — *A propos de la rareté des paralysies laryngées corticales*; par M. le Dr Paul Rougé (n° 36). — Le centre cortical des mouvements de la phonation du larynx serait situé vers le pied de la frontale ascendante. Pourquoi les paralysies par lésions de ce centre sont-elles si rares? MM. Horsay et Jemon pensent que chaque centre a une action égale sur les deux côtés du larynx, sur les cordes droite et gauche, et qu'alors il y a toujours suppléance immédiate, quand même un des centres serait complètement détruit. L'auteur soutient une opinion différente, chaque centre a sous sa dépendance les cordes opposées du larynx, mais les symptômes passent inaperçus en général parce qu'ils sont combinés avec des symptômes aphasiques ou autres. Il faudrait systématiquement observer la glotte avec le laryngoscope et se rappeler que la suppléance de la corde saine s'opère très vite, elle fait le travail obturateur de son opposée. C'est en somme à l'amphithéâtre que le diagnostic est surtout établi.

XII. — *Complexus symptomatique constitué par de l'aphagie (refus de manger), alalie (refus de parler) et astasie-abasie guéri par la suggestion forcée*; par M. le Dr G. Caryophilis, professeur agrégé à l'Université d'Athènes (n° 40). — Il semble que l'enfant de treize ans sujet de cette observation ne soit qu'un héréditaire déséquilibré. Il ne voulait ni manger, ni parler, ni se tenir sur ses jambes. C'est un caprice à très longue échéance et avec une inhibition quelconque. L'auteur ne put jamais produire l'hypnose; mais, à force de tourmenter l'enfant et de lui annoncer qu'il allait marcher, parler et manger, celui-ci s'est décidé à en finir avec son entêtement qui certainement menaçait de lui coûter la vie.

XIII. — *Le délire de persécution à évolution systématique*. Leçon de M. le Dr Ballet, à Sainte-Anne, recueillie par M. Pactet, chef de clinique (n° 47). — Après avoir décrit le délire chronique de M. Magnan, et présenté des malades

atteints de cette psychose, M. le professeur suppléant de clinique des maladies mentales de la Faculté décrit le délire de persécution irrégulier des dégénérés, et présente également des dégénérés typiques persécutés. Ensuite, et c'est le côté original de sa leçon, il prouve par des exemples qu'il existe de nombreux cas intermédiaires qui établissent la gradation insensible entre les délirants chroniques, d'une part, et les persécutés dégénérés d'autre part.

XIV. — *Note sur le trional et le tétronal dans la pratique psychiatrique*; par M. le D^r P. Garnier, médecin directeur de l'asile de Dijon (n° 49). — Ces deux substances possèdent des propriétés somnifères et calmantes assez marquées chez les aliénés. Leur effet est plus rapide que celui du sulfonal, sur lequel, du reste, elles l'emportent sous d'autres rapports. Les expériences de M. P. Garnier ne sont pas encore terminées.

Annales de psychiatrie et d'hypnologie (1).

I. — *Des obsessions en pathologie mentale*; par M. le D^r Ball. Leçon recueillie par M. Boeteau, interne de service (n° 1). — Relation de deux cas des plus intéressants d'obsession morbide, ayant trait, l'une à une obsession homicide, une femme poursuivie par le besoin impérieux de tuer son mari ; l'autre à une obsession génésique dépravée, un cas de bestialité.

Le professeur fait voir que chez les deux malades, on retrouve tous les caractères cliniques des obsessions morbides : la lucidité des sujets, la soudaineté et la forme paroxystique des accès, la longue durée de l'affection, laquelle présente souvent des rémissions et n'aboutit pas à la démence, la satisfaction complète du malade une fois l'acte accompli, les symptômes physiques qui précèdent et accompagnent l'accès : angoisses, dyspnée, sueur froide, etc., les phénomènes congestifs qui sou-

(1) Ce nouveau journal, dirigé par M. Luys, a commencé à paraître en 1891. Son titre indique qu'il est consacré à la médecine mentale et à l'hypnotisme. Mais M. Luys qui, on le sait, poursuit toujours ses très intéressantes recherches en hypnothérapie, relate dans chaque numéro les principaux résultats de son traitement spécial. Je ne puis qu'indiquer ces *Bulletins mensuels d'hypnothérapie de la Charité*, c'est ainsi que leur auteur les dénomme ; mais je noterai cependant plus loin les faits les plus remarquables et les plus curieux observés pendant l'année 1892 dans le service d'hypnothérapie.

vent précédent l'accès, enfin le rôle considérable de l'hérité.

M. Ball établit ensuite que les obsessions sont excessivement variables quant à leur forme et à leur intensité, et il propose de les classer en trois groupes : les *obsessions petites*, qui sont presque physiologiques, tous les hommes sont capables de les éprouver ; les *obsessions moyennes* qui tendent à troubler l'esprit et à développer des tourments moraux, et les *obsessions graves* qui conduisent souvent à des actes répréhensibles et même criminels.

II. — *Applications thérapeutiques de l'hypnotisme*; par le Dr J. Luys (n° 1 et 2). — Tous les sujets ne sont pas hypnotisables, l'hypnothérapie ne peut donc s'adresser qu'à un nombre restreint de malades ; mais ce nombre peut être augmenté, c'est-à-dire que par certains procédés, on peut arriver à endormir des individus réfractaires jusque-là aux procédés classiques. Ainsi, par les *miroirs rotatifs*, on réussit souvent à amener l'hypnose chez des personnes insensibles à la fixation d'un objet brillant, à la pression du globe oculaire, etc.

Les sujets endormis par les miroirs rotatifs ont un *sommeil mécanique* particulier, diminutif du grand hypnotisme et présentant, au point de vue des applications thérapeutiques, des ressources d'un intérêt tout nouveau.

L'action thérapeutique des miroirs rotatifs peut être employée : 1^o soit seule ; 2^o soit combinée avec l'électricité ; 3^o soit combinée avec la suggestion.

1^o L'action isolée consiste à provoquer le sommeil et à laisser le malade dormir tranquille pendant vingt à trente minutes par séance, sans lui donner de suggestion. Pendant ce sommeil mécanique on observe l'anesthésie des téguments, la plasticité des muscles, la crédivité somnambulique, etc.

En endormant ainsi simplement les malades, on arrive à amender les insomnies prolongées, les fatigues cérébrales, les vertiges, on peut même surexciter les facultés intellectuelles et, dans certains cas, rendre ainsi plus facile le travail intellectuel habituel. On a des cas de grande amélioration même dans certaines névroses, l'épilepsie, la paralysie agitante, dans les tics. On a aussi amélioré des affections organiques, quant à leurs symptômes du moins, c'est ainsi que l'incontinence d'urine et de matière fécale de paraplégiques a été heureusement modifiée.

2^o L'action des miroirs combinée avec l'électrisation. On profite, par ce procédé, de l'anesthésie cutanée pour faire passer des courants qui ne seraient peut-être pas supportés pendant

l'état de veille. On a soulagé, par ce moyen, des ataxiques, des saturnins atteints de paralysies des extenseurs.

3^e Action des miroirs combinés avec la suggestion. Les effets semblent être analogues aux effets de la suggestion dans le grand hypnotisme. Les observations les plus remarquables ont trait à un cas de monoplégié brachiale, à plusieurs cas de constipation opiniâtre dans le cours de myélites chroniques, à des hystériques et à des épileptiques dont les attaques ont été améliorées quant à leur intensité et à leur fréquence.

La pathologie mentale n'échappe pas complètement à l'efficacité du traitement par les miroirs. Dans les cas aigus, on comprend qu'il soit impossible de fixer l'attention d'un aliéné ; mais, dans les affections mentales sans réaction vive, on peut arriver parfois à produire l'hypnose, et alors on agit sur certains éléments de la psychose. Dans les paralysies générales, au début par exemple, on a quelquefois redonné aux sujets des forces motrices inespérées. Chez des jeunes filles atteintes de troubles psychiques de nature hystérique, l'hypnose par les miroirs a certainement hâté la convalescence.

Au point de vue chirurgical enfin, le sommeil mécanique peut encore être un moyen de traitement, pour obtenir l'anesthésie pendant le cours d'une opération légère, par exemple. On l'a essayé pendant l'accouchement, mais sans succès. Les douleurs dès qu'elles devenaient intenses réveillaient la parturiente.

III. — *Hystéro-syphilis*, par M. A. Fournier (n° 1). — *Observation.* — Jeune homme non héréditaire atteint de syphilis. Quelques mois après éclate brusquement une crise caractérisée par un rêve violent avec de véritables rugissements et sensation sous-sternale très pénible. A la suite, hémiplégie motrice et sensitive du côté gauche. Cette crise se renouvelle journalement depuis. La vue d'un objet brillant le fait toujours éclater. Le traitement spécifique améliore cet état hystérique qui n'a certainement d'autre cause que la syphilis. Le sujet n'est pas héréditaire neuropathe ; il n'avait même pas, avant la syphilis, le tempérament nerveux.

IV. — *La folie menstruelle*; par M. le D^r Ball (n° 2). — L'influence des fonctions génitales sur les fonctions intellectuelles est considérable et connue, du reste, depuis longtemps.

Il est notoire qu'au moment de la menstruation, pour ne nous occuper que des phénomènes de la vie génitale pleinement établie, la plupart des femmes éprouvent quelque manifestation insolite du côté du système nerveux : migraines, bizarries.

Chez les hystériques et les épileptiques, il y a souvent provocation de l'accès. Il y a surtout une modification de l'humeur ordinaire parfois excessive. Ce ne sont encore là que des ébauches de troubles intellectuels et moraux qui arrivent parfois à être d'une gravité extrême. On a signalé la kleptomanie, l'érotomanie, la dipsomanie, enfin la folie homicide. On observe souvent un délire généralisé et non spécialisé, c'est la manie proprement dite. Le pronostic de ces accès de manie n'est pas, en général, trop mauvais, mais il faut tenir grand compte de la prédisposition.

V. — *La poésie chez les aliénés*; par le Dr Paul Moreau (de Tours) (n° 3 et 4). — Sous l'influence des excitants alcooliques et autres, les facultés sont souvent imprégnées d'une énergie et d'une activité nouvelle, l'imagination est plus active. Par l'abus un résultat contraire se produit, mais enfin au début on note toujours ou à peu près ces *érections vitales*, comme les appelait Broussais. Il n'est pas rare non plus de voir, dans le cours des maladies aiguës, le langage acquérir une sublimité inconnue. Ces deux phénomènes sont du même ordre, ils proviennent tous deux de l'influence du mouvement fébrile sur les facultés intellectuelles. Il n'y a donc pas lieu de s'étonner de voir certains aliénés, en proie au plus profond délire, écrire parfois des vers qu'un poète en pleine possession de son talent ne désavouerait pas.

A l'appui, M. Moreau (de Tours) reproduit plusieurs pièces en vers et en prose dont les auteurs étaient pensionnaires de Charenton au moment où ils les écrivaient. Il analyse ces échantillons de littérature d'aliénés et il fait voir que, même quand les facultés semblent fonctionner dans un désordre complet, il subsiste parfois des idées bien déduites et qui ne manquent pas toujours de grandeur.

VI. — *Aliénés simulateurs*; par M. le Dr Mairet (de Montpellier) (n° 4). — Dans une leçon, M. le Dr Mairet présente un aliéné véritable simulant la folie. Le but de ce malade était d'éviter la prison et d'être envoyé dans un asile. Le malade était un débile au psychique mégalomane. Il simulait et assez mal, du reste, l'excitation maniaque avec idées de persécution. La leçon se termine par quelques considérations médico-légales sur les aliénés simulateurs.

VII. — *Guérison rapide en trois jours d'accidents convulsifs revenant le matin et le soir, depuis une année, chez un hystérique masculin, à l'aide des miroirs rotatifs et de la suggestion*; par

M. le Dr Sallé, médecin-adjoint de la Maison de santé d'Ivry (n° 4).

VIII. — *Guerison d'une ancienne paraplégie hystérique par la suggestion de changement de personnalité*; par M. le Dr Luys (n° 4). — On mit la malade en somnambulisme, puis on l'invita à marcher en lui suggestionnant qu'elle n'était plus elle, mais bien une de ses amies, jeune fille très alerte. La guérison fut obtenue en trois semaines.

IX. — *Des procédés à employer pour l'étude anatomique et photographique du système nerveux*; par M. Luys (n° 5). Toutes les méthodes d'étude du système nerveux central se rangent sous trois chefs : 1^e méthodes des coupes minces, antérieure, horizontale et antéro-postérieure ; 2^e méthodes du *clivage* ; 3^e méthode de dessiccation.

On trouve les détails des différentes méthodes dues à M. Luys, et à l'aide desquelles ce savant anatomiste a établi ses célèbres descriptions anatomiques des centres nerveux, qu'on peut lire dans tous les traités d'histologie.

X. — *L'excitation sexuelle morbide*; par M. le Dr Ball (n° 6). — M. le professeur Ball, dans cette leçon, décrit différents états morbides ayant tous un caractère commun, l'excitation sexuelle morbide. Il donne des exemples des différents types qu'il admet. Je signalerai le type qu'on pourrait appeler type passif, les malades sont en butte aux persécutions de nature érotique de leurs ennemis ; le type actif, par opposition au précédent, dans lequel les appétits sexuels sont monstrueusement exagérés. Il y a aussi les fanfarons de vice qui ne sont lascifs qu'en parole, les exhibitionnistes de Lasègue, enfin les nymphomanes et les satyriasiques qui sont des malades spéciaux, porteurs sans doute de quelques lésions, du bulbe, des ovaires, etc..., et qui méritent une place à part dans le cadre nosologique.

XI. — *Syphilis et paralysie générale*; par M. Morel-Lavallée (n° 6). — Les déterminations organiques de la syphilis peuvent-elles dans certains cas tenir à la nature du virus, celui-ci pouvant alors produire des localisations analogues chez toute une série d'individus contaminés à la même source ? L'auteur ne conclut pas, il cite un cas remarquable qui tend à faire croire qu'il y a bien des syphilis à *virulence nerveuse*, et il cite également une autre observation dont la conclusion serait différente, la question du terrain sur lequel évolue la syphilis serait surtout importante.

XII. — *De la visibilité des effluves magnétiques et électriques chez les sujets en état hypnotique*; par M. le Dr Luys (n° 7). — « Parmi les aptitudes nouvelles que l'on peut développer dans le système nerveux des sujets placés en hypnotisme, il en existe une très remarquable : c'est de devenir sensible à l'action des barreaux aimantés, d'être attirés et répulsés par leurs effluves, et surtout de percevoir les différences de coloration des effluves qui se dégagent, soit du pôle positif, soit du pôle négatif. J'ai constaté (M. Luys) en outre que ces sujets reconnaissaient aussi la coloration des courants électriques, des courants électromagnétiques, et des courants qui s'accumulent dans les bobines d'induction. » — Suit la description de la technique des expériences,

XIII. — *Les suicides-clubs*; par M. le Dr Collineau (n° 7). — La science a eu à enregistrer d'assez nombreux exemples de suicides en commun. On a observé des sociétés, des clubs, dont l'objet était l'extinction successive par la mort volontaire de tous les membres de l'association. On tirait au sort le nom du privilégié dont le tour était arrivé, et pour éviter l'intervention de la justice on dissimulait le suicide sous l'apparence d'une mort accidentelle. Un club de ce genre vient d'être découvert à Craiova, ville de Roumanie, dont tous les membres riches et dans la force de l'âge semblaient jouir de l'intégrité de leurs facultés, mais ils s'ennuyaient. Cinq d'entre eux s'étaient déjà frappés, à court intervalle, et aucun n'avait manifesté le moindre regret au moment suprême. Quant aux suicides collectifs sous l'influence des idées religieuses ou philosophiques, ils sont assez fréquents dans l'histoire, et on en peut observer des exemples encore de nos jours. Les passions surexcitées, le désespoir ont parfois été cause de suicides en masse. L'ennui, le *tedium vitae*, a souvent conduit à la mort volontaire les sectaires désillusionnés d'un Dieu sans personnalité ostensible ou tangible, quand ils s'apercevaient que décidément leur ciel était vide.

M. Collineau donne une intéressante étude de tous ces phénomènes psychologiques bizarres.

XIV. — *De la folie choréique*; par M. le Dr Ball (n° 7). — La folie choréique serait moins en rapport avec l'hérédité que les autres formes de vésanie. On peut en admettre trois formes. L'excitation maniaque choréique; la manie choréique proprement dite, forme beaucoup plus grave que la précédente et qui peut quelquefois se terminer par la mort; enfin la mélancolie choréique. Ces trois formes peuvent se succéder les unes aux autres.

XV. — *Observation d'un cas d'anesthésie par l'hypnotisme pour l'extraction de deux dents*; par M. Maurice Hivert (n° 7).

XVI. — *Prophylaxie de la morphinomanie et de la morphinococaïnomanie*; par le Dr Charles Lefèvre, interne des asiles de la Seine (n° 8). — L'auteur demande une observation rigoureuse des lois qui régissent la vente des poisons par les pharmaciens, et même il réclame quelques modifications à apporter à ces lois existantes. Quant aux morphinomanes, ils ne peuvent être traités avec succès que dans des établissements spéciaux, sortes d'asiles d'aliénés.]

XVII. — *De l'emploi des miroirs rotatifs dans la thérapeutique de l'hystérie*; par MM. Georges Lemoine et P. Joire (de Lille) (n°s 8 et 9). — Les auteurs établissent d'abord que l'hypnotisme rend de grands et nombreux services dans les diverses manifestations de l'hystérie, et ensuite que le procédé des miroirs rotatifs provoque l'hypnose chez de nombreux hystériques qu'on n'avait pas pu endormir au moyen des autres procédés. Ils relatent, à l'appui de leur thèse, un certain nombre d'observations dont voici les titres.

1° Tremblement hystérique simulant la paralysie agitante, datant de vingt et un ans, guéri en six jours par le traitement hypnotique au moyen de miroirs rotatifs. — 2° Hyperesthésie de tout le côté gauche, datant de six mois, névralgie du côté gauche de la tête et surdité datant de douze ans; guérison par l'emploi des miroirs et de la suggestion. — 3° Paraplégie hystérique guérie en une seule séance de sommeil provoqué au moyen des miroirs. — 4° Hystérie, névralgie sciatique et parésie du membre inférieur droit. Guérison par l'emploi des miroirs. — 5° Hémichorée hystérique. — 6° Hystérie. Alcoolisme. Aliénation mentale; amélioration par l'emploi de l'hypnose au moyen des miroirs. — 7° Surdi-mutité hystérique avec paraplégie, guérison par les miroirs.

« Dans l'hystérie... cette médication se place désormais hors de pair, au-dessus de toutes les autres médications, par son innocuité absolue, l'absence de tout traitement pénible et désagréable et enfin la certitude avec laquelle elle soulage et guérit. »

XVIII. — *Considérations générales sur la structure et les maladies du système nerveux*. Leçon d'ouverture des conférences faites à la Charité par M. le Dr Luys (n°s 9 et 10). — M. Luys, dont il est impossible d'analyser ici la leçon, passe

en revue les grandes considérations générales sur la structure des centres nerveux et sur les maladies nerveuses, il insiste beaucoup sur la nécessité de pousser le plus loin possible les études anatomiques préalables. Il fait comprendre combien est vaste le programme qui embrasse toute la neurologie et il indique les ressources que l'hypnotisme mieux connu est venu apporter de nos jours à l'étude des fonctions cérébrales et psychiques.

XIX. — *Un émule de Barra*; par M. le Dr Collineau (n° 10). — Cet émule de Barra est le jeune Pinot, âgé de dix-sept ans, qui, après le combat de Machecoul en mars 1793, pris avec son père par les Vendéens, et sommé par eux de crier : Vive le roi! ou de subir le sort de son père qui venait d'être tué, répondit : « Mon père est mort fidèle à sa patrie, je mourrai de même : Vive la Nation ! » et qui fut en effet assommé.

M. Collineau démontre que dans le cas de Barra, dans celui de Pinot, aussi bien que dans des cas analogues connus, il s'agit d'autant de suicides. Pour lui, ces suicides fournissent d'irrésistibles arguments contre la doctrine qui consiste à attribuer une origine invariablement morbide à la résolution d'en finir avec la vie. Il analyse l'état mental des sujets au moment de la perpétration de leur acte. Enfin, étendant davantage son étude, il considère Pinot et Barra comme des victimes et il recherche la responsabilité de leur mort en faisant intervenir, à l'exemple de M. Tarde, la contagion du meurtre dans les foules.

XX. — *Cas rare de dipsomanie. Inhalation d'éther.* — *Accès répétés pendant plus de seize ans. Mort à la suite de convulsions épileptiformes*; par le Dr Christian, médecin de Charenton (n° 10). — Il s'agit d'un dégénéré à stigmates physiques et psychiques. Si, contrairement à ce qui arrive d'habitude, le sujet a été attiré par l'éther plutôt que par l'alcool, ce ne peut être qu'un fait du hasard.

XXI. — *De la visibilité par les sujets en état hypnotique des effluves dégagées par les êtres vivants*; par le Dr Luys (n° 11). — Non seulement les sujets hypnotisés ont la propriété de voir les effluves magnéto-électriques qui se dégagent des appareils de physique, ce que M. Luys a démontré (voir plus haut), mais encore ils peuvent être adaptés, en raison de cette curieuse propriété, à reconnaître les effluves qui se dégagent des yeux, des oreilles, des narines, des lèvres des êtres vivants, à les distinguer, celles du côté droit de celles du côté gauche, en met-

tant la coloration bleue à gauche et rouge à droite. Les recherches de Décèle sur la polarité humaine, différente du côté gauche et du côté droit, se trouvent ainsi directement confirmées.

Chez l'homme sain, les effluves irradiés des organes du côté gauche sont bleus, ceux irradiés des organes du côté droit paralysé sont affaiblis. Chez les tabétiques, les couleurs sont très affaiblies des deux côtés. Chez les hystériques, la coloration rouge des effluves de l'œil droit passe au violet, les effluves des oreilles, narines, etc..., du côté droit, restant rouges. C'est là un caractère diagnostique précieux dans certains cas.

On observe des résultats analogues, quant aux résultats à l'état physiologique, sur différents types du règne animal. Sur les cadavres, les effluves disparaissent progressivement à partir du moment de la mort, ils font complètement défaut après vingt-quatre heures.

XII. — *Les localisations cérébrales*; par le Dr Broadbent (de Londres) (n° 11). — M. Luys est heureux de rappeler l'opinion du savant neurologue anglais Broadbent sur le fonctionnement général du cerveau. Broadbent, en effet, donne une théorie générale du fonctionnement cérébral qui semble confirmer les idées bien connues de M. Luys sur ce sujet. Le faisceau pyramidal, d'après Broadbent, part bien des cellules corticales de la zone dite psycho-motrice, zone qu'il admet parfaitement, mais elles n'aboutissent pas directement aux cellules des cornes antérieures de la moelle, elles s'abouchent à des centres particulièrement moteurs, les corps striés. De même, les fibres émanées des cellules sensitives périphériques ne vont pas directement à l'écorce cérébrale, elles se rendent d'abord au thalamus. On peut donc dire que les vues de Broadbent s'éloignent, en certains points, non pas en tous les points (j'insiste sur cette remarque), des vues de M. Charcot pour se confondre presque avec celles de M. Luys. Mais dans ces discussions sur la structure et la physiologie du cerveau, on passe trop souvent sous silence les faisceaux sensitifs directs : le faisceau de Meynert est-il une réalité? S'il est une réalité, pourquoi à titre exceptionnel, vu l'ensemble du cerveau, quelques fibres motrices ne seraient-elles pas, elles aussi, directes, chez l'homme au moins. Ce serait le résultat d'une différenciation supérieure chez l'homme; et peut-être chez le singe, résultat qui ne diminuerait pas la valeur de la séduisante conception de M. Luys, je veux dire de cette assimilation du cerveau à la moelle, les thalamus

représentant les cornes postérieures, et les corps striés, les cornes antérieures.

XXIII. — *Les phénomènes hypnotiques chez les animaux*; par M. le Dr James Lysing (n° 11). — Courte étude, suggestive plutôt que descriptive. L'auteur énumère, sans entrer dans aucun détail, les faits d'hypnotisme provoqué chez des animaux. Il semble rattacher à l'hypnotisme la sidération qu'éprouvent les animaux à la suite d'un violent ébranlement, ainsi les poissons sidérés à la suite de l'explosion d'une cartouche de dynamite dans leur voisinage.

XXIV. — *Bulletins mensuels de la clinique hypnothérapeutique de la Charité. Service de M. Luys*. — Chaque numéro du journal renferme un de ces bulletins.

On peut dire que toutes les espèces des maladies nerveuses ont été traitées, sauf cependant la plupart des psychoses, par l'hypnothérapie, pendant le cours de l'année 1892. Depuis les symptômes les plus vagues et les plus fugaces de la neurasthénie jusqu'aux paralysies complètes, anciennes et de causes organiques, toutes les manifestations neuropathiques auraient, dans certains cas au moins, été avantageusement modifiées par l'hypnotisme, la suggestion, les miroirs rotatifs, les couronnes aimantées, les transferts sur des sujets *ad hoc...*, etc.

En principe, le diagnostic exact devient chose secondaire la médication s'adresse aux symptômes.

Il est certain que l'hypnothérapie a des applications plus nombreuses qu'on ne le croyait autrefois. Mais la méthode gagnerait encore plus de partisans si, à la place des observations multiples mais peu détaillées, le recueil renfermait un nombre plus restreint de cas probants, mais pris avec une précision réellement scientifique. Le diagnostic, surtout quand il s'agit d'une lésion matérielle, devrait être établi avec la plus grande exactitude possible.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale.

Les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* sont, pour ainsi dire, l'organe officiel de la *Société de médecine légale de France*, on trouvera donc, dans cet article, les analyses des communications faites à cette Société savante, quand leurs sujets se rattacheront à la neurologie.

I. — *Double meurtre et tentative de meurtre commis par un buveur d'habitude*, rapport médico-légal par MM. Motet et Gil-

bert Ballet (numéro de février). — Il s'agit d'un certain H..., cuisinier, ivrogne incorrigible. Cet alcoolique travaillait irrégulièrement, maltraitait sa femme et lui faisait des scènes de jalousie. Celle-ci ne pouvant plus supporter l'existence commune, se retira chez sa mère avec ses enfants. Un jour H... qui avait beaucoup bu le matin, mais qui cependant n'avait pas l'air d'être ivre, alla voir sa femme dans sa nouvelle résidence. Il y eut alors entre sa belle-mère, sa femme et lui, une scène terrible au cours de laquelle il tua sa belle-mère et un de ses enfants, et blessa grièvement sa femme.

Les experts établirent que H... n'était pas, quand il perpétra ses assassinats, en état de *fureur alcoolique*, qu'il a agi dans un moment de colère, rendu plus violent peut-être, par un certain degré d'excitation alcoolique, mais provoqué surtout par une discussion avec sa femme et sa belle-mère. Ils conclurent en conséquence ainsi : « Nous ne pouvons considérer les actes de H... comme étant sous la dépendance exclusive d'une impulsion pathologique, nous estimons que H... doit rendre compte de ses actes à la justice. » H... fut condamné aux travaux forcés à perpétuité.

Cette conclusion des experts est justifiée dans une note de M. Motet et qui a été présentée à la Société médico-légale en même temps que le rapport.

Dans cette note, M. Motet, après avoir exposé les diverses opinions qui ont cours sur la responsabilité des alcooliques, et les avoir discutées, donne une opinion personnelle : L'ivresse est punissable, aussi bien que les crimes commis sous son influence, lorsqu'elle est simple et que le délinquant avait le pouvoir de l'éviter. Elle est plus punissable encore quand elle est prémeditée dans le but de trouver une nouvelle excitation au crime. Elle est punissable, mais avec atténuation, chez les sujets faibles, débiles d'intelligence, dont la tolérance pour l'alcool est diminuée. Mais elle cesse d'être excusable quand les individus savent qu'ils ne peuvent boire sans danger. Les alcooliques en état délirant sont tout à fait irresponsables.

Nous nous contentons ici de reproduire ces propositions sans les discuter.

II. — *Note sur un cas d'amnésie rétrograde consécutif à l'intoxication par l'oxyde de carbone*; par le Dr Fallot (de Marseille) (numéro de mars). — Une femme de soixante-trois ans, à la suite de chagrins, cherche à s'asphyxier avec les vapeurs de charbon. On arrive à son secours avant que l'asphyxie soit

complète, et on la porte à l'hôpital où elle arrive en coma, avec refroidissement et insensibilité absolue. Les symptômes graves se dissipent progressivement et, cinq jours après, elle était guérie, il ne subsistait qu'une parésie légère des membres inférieurs.

Cette femme avait fait sa tentative de suicide le 13 du mois, et elle avait complètement perdu le souvenir de cette tentative, ainsi que de tout ce qu'elle avait fait depuis le 10 du mois. Il y avait une lacune complète de trois jours dans son existence. Ses souvenirs s'arrêtaient à une visite au cimetière faite le 10 du mois et ils ne reprenaient qu'à l'hôpital quelque temps après son arrivée dans le service. C'est un bel exemple d'amnésie rétrograde due à l'intoxication par l'oxyde de carbone.

III. — *Attentat à la pudeur par un alcoolique sur des enfants*; communication faite à la Société de médecine légale par le Dr Masbrenier (numéro de mars). — C'est l'histoire d'un alcoolique chronique, peut-être épileptique, à antécédents héréditaires vésaniques, qui se livrait sur ses deux fillettes (âgées l'une de onze, l'autre de treize ans), à des attouchements avec les doigts et avec la langue. Cet homme avoue tout, mais il ne trouve pas répréhensible les faits qu'on lui reproche. « Ce n'était pas pour lui qu'il faisait cela, c'était pour amuser les enfants. »

L'auteur le considère comme un dégénéré psychique, avec dépravation du sens moral et commencement de démence.

IV. — *Observation de suicide chez un aliéné*; par M. le Dr Sizaret fils, médecin-adjoint de l'asile d'aliénés de Châlons-sur-Marne (numéro de mars). — Observation d'un paralytique général à forme délirante dépressive qui, après avoir tenté à plusieurs reprises de se suicider, finit par se donner la mort par un moyen bien étrange. Avec une croûte sèche de pain, il commença par se sectionner la peau du thorax au niveau du cœur, ensuite il introduisit, par la solution de continuité, des fragments de bois pris aux branches des arbres du jardin de l'asile, et il enfonça ces petites baguettes jusqu'à l'intérieur du ventricule gauche. Il mourut le lendemain.

V. — *Assassinat commis par un épileptique*; par le Dr E. Chambard, médecin-directeur des asiles publics d'aliénés, ancien interne des hôpitaux (numéro de mai). — Le sujet de cette observation est un paysan débile au psychique et depuis longtemps épileptique. Naturellement il partageait en les exagérant les superstitions de son entourage, et c'est ainsi qu'il se croyait

parfois victime d'un sort. Progressivement il devint ombrageux et même persécuté. Il tua son beau-père pendant un accès vertigineux et il n'eut ensuite conscience de son acte que parce qu'on le lui reprochait et qu'il voyait le cadavre. Loin de se disculper, il se roulait par terre en s'accusant d'être un misérable et demandait à être tué à son tour.

C'est ce dernier point qui est surtout intéressant; pour les gens du monde, le sujet paraissait conscient de son acte et responsable, puisqu'il avouait lui-même avoir mérité la mort. Une heureuse analyse clinique de M. Chambard fait très bien comprendre l'état psychique de cet épileptique meurtrier.

VI. — *La névrose traumatique*; par le Dr Vibert, communication faite à la Société de médecine légale (numéro d'août). — M. Vibert, qui a étudié, il y a cinq ans, la névrose traumatique chez l'adulte, croit que cette affection peut aussi atteindre les jeunes enfants, et il donne deux observations à l'appui de son opinion. Ces deux enfants, à la suite d'un traumatisme de la tête, présentaient des troubles psychiques analogues : terreurs surveillant par accès, irritabilité permanente, insomnie, hallucinations terrifiantes, etc. L'auteur reste très réservé sur le pronostic, en faisant remarquer que chez l'adulte cette névrose dure toujours longtemps.

Nous devons noter que plusieurs membres de la Société ne voient dans ces deux cas qu'une commotion cérébrale ayant laissé après elle des symptômes psychiques. Le nom que M. Vibert donne à ces états morbides : *névrose traumatique, hystéro-neurasthénie traumatique* est également critiqué.

VII. — *De la nécessité de considérer l'examen psycho-moral de certains prévenus ou accusés comme un devoir de l'instruction*; par le Dr Paul Garnier, médecin en chef de la Préfecture de police (Rapport sur la question du programme du troisième Congrès d'anthropologie criminelle) (numéro de novembre). — La médecine légale n'est certainement plus aujourd'hui cette intruse à laquelle certains esprits faisaient un si dédaigneux accueil. L'aliéniste réussit ordinairement à se faire écouter. Les magistrats, dès qu'ils ont un doute sur l'état mental des prévenus, ont recours à ses lumières. Il n'en est pas moins vrai que de véritables malades sont parfois encore condamnés parce que leur affection a passé inaperçue. En cinq ans, MM. Magnan et P. Garnier ont compté à l'admission de Sainte-Anne, 255 condamnés qu'on avait dû interner quelques jours après leur jugement. Ce qui donne, en chiffres ronds, et

pour Paris seulement, une moyenne de 50 individus par an flétris par une pénalité qui s'est égarée sur leur tête.

Il y a deux moyens pour faire cesser cet état de choses : ou bien organiser une inspection médicale de tous les prévenus, instruction qui ne tendrait pas à prendre la place de l'expertise médico-légale, mais se bornerait à en indiquer l'opportunité ; ou bien exiger des juges d'instruction certaines notions médicales indispensables pour discerner, d'après quelques indices, d'ordre scientifique, l'opportunité de l'examen médico-légal.

VIII. — *Contribution à l'étude médico-légale de la folie circulaire ou folie à double forme* ; par le Dr Marandon de Montyel, médecin en chef des asiles publics de la Seine (numéro de décembre). — Voici les conclusions de l'étude de M. Marandon de Montyel, copiées presque textuellement :

1° Bien que la folie circulaire soit une dégénérescence mentale avec profonde perversion morale, la criminalité y est rare. La méchanceté et l'érotisme, dans cette variété vésanique, ne vont pas jusqu'au crime ; les vols nombreux qu'on y constate se rapprochent de ceux des paralytiques généraux ;

2° L'homicide surtout est d'une extrême rareté, dans la folie circulaire. On n'en trouve que deux cas dans les auteurs, et encore chaque fois l'homicide s'est effectué dans des conditions d'imprévoyance, presque d'inconscience, qui le rapprocheraient, tout comme les vols commis par les aliénés circulaires, des actes des paralytiques généraux.

Aux deux observations relatées par les auteurs, M. Marandon de Montyel en ajoute une troisième tirée de sa pratique personnelle et qu'il expose en détails.

A propos des modifications morales des circulaires, nous noterons qu'on rencontre souvent des circulaires désagréables, querelleurs, mauvais enfin pendant les périodes d'expansion, et qui, au contraire, pendant les périodes de dépression, se montrent doux, dociles, bienveillants même.

IX. — *Mutilations par mouvements automatiques chez les paralytiques généraux* ; communication faite à la Société de médecine légale, par M. le Dr Vallon, médecin en chef de l'asile de Villejuif (numéro de décembre). — Les paralytiques généraux ont un besoin insatiable de mouvement. Souvent, surtout quand ils sont devenus grabataires, ce besoin de mouvement se produit par les mêmes actes sans cesse répétés. Ainsi ils boutonnent et déboutonnent leurs vêtements pendant des heures entières. C'est l'agitation silencieuse de M. Falret.

Or, il arrive que ces paralytiques grabataires arrivent parfois à se mutiler plus ou moins gravement en répétant continuellement ainsi certains actes en silence. Suit une liste d'observations de ce genre : plaies profondes de la cuisse, suite d'un grattage persistant ; plaies au scrotum, les testicules mis à nu, produites par le même mécanisme, etc... La plus intéressante de ces observations est celle d'un malade qui faisait sans cesse avec les lèvres, des mouvements de succion. La lèvre inférieure finit par s'engager entre les dents, et le malade continuant à sucer, en même temps qu'il serrait les dents, il en résulta une gangrène étendue de la lèvre inférieure. L'escharre s'élimina, laissant ainsi une perte de substance notable. On comprend que de telles mutilations doivent être notées au point de vue médico-légal.

Archives générales de médecine.

I. — *Note sur un cas d'hémorragie cérébrale avec irrup-
tion ventriculaire terminant une intoxication chronique par le
plomb* ; par A. Létienne, interne des hôpitaux. Service de
M. le Dr Hanot (numéro de janvier). — Les hémorragies cérébrales ne sont pas rares dans le saturnisme chronique, mais l'observation de M. Létienne est typique. En effet, le sujet ne présentait d'autre tare pathologique qu'un empoisonnement chronique par le plomb. A l'autopsie, on trouva une néphrite chronique, de l'artérite généralisée, mais particulièrement prononcée aux artères encéphaliques, de la méningite chronique avec légères adhérences méningo-corticales, enfin le foyer hémorragique. La pathogénie de la lésion s'explique naturellement par la diminution de résistance des parois artérielles, conséquence de l'artérite, et par l'accroissement de la pression intra-vasculaire, conséquence de la néphrite chronique.

II. — *Syndrome hystérique simulateur d'une lésion organique protubérantielle* ; par MM. X. Gouraud, médecin de l'hôpital Cochin et Martin-Durr, interne des hôpitaux (numéro de mars). — Il s'agit d'un homme à héritéité névropathique marquée qui, à la suite d'une attaque d'apoplexie survenue brusquement présente le syndrome de Gubler, c'est-à-dire une hémiplégie croisée. Les membres sont paralysés du côté droit et la face est paralysée du côté gauche. Mais à l'examen on constate plusieurs symptômes de l'hystérie : une hémianesthésie complète droite de tout le corps, la moitié droite de la face com-

prise. Une diminution très notable dans l'acuité des sens spéciaux du même côté droit. Le côté droit de la face, celui qui n'est pas paralysé, présente, dans certaines circonstances, des petits mouvements fibrillaires, etc.

Du reste, tous les symptômes paralytiques se dissipent en quelques jours, et en recherchant les antécédents du malade, on apprend qu'il a déjà eu quatre attaques tout à fait semblables à l'attaque actuelle, et qui ont également guéri sans laisser de trace.

III. — *Compression du nerf cubital par des bandes de tissu fibreux; accidents survenus après une fracture double des os de l'avant-bras, opération, guérison;* par M. Avisaynet, interne des hôpitaux. Service de M. Blum (numéro d'avril). — Les accidents provoqués par la compression du nerf cubital sont : la déformation de la main dite en *griffe cubitale*; l'atrophie des muscles interosseux et de l'éminence hypothénar, la demi-flexion des deux dernières phalanges de l'annulaire et de l'auriculaire; l'abolition de la sensibilité tactile au niveau des dernières phalanges des deux derniers doigts. En cette même région la sensibilité à la douleur est très émoussée et la sensibilité thermique est pervertie. Pas de douleur spontanée nulle part, donc pas de névrite.

L'opération consiste à enlever une sorte de gaine filante qui comprime le nerf cubital. Deux mois après, tous les symptômes susénumérés ont disparu.

IV. — *Contribution à l'étude des troubles (paralytiques et ataxiques) de la parole consécutifs à la variole; leur fréquence, leur pathogénie;* par le Dr Combemale, professeur agrégé à la Faculté de Lille (numéro de juin). — Après un exposé analytique des travaux qui existent sur ce sujet, et après avoir relaté plusieurs observations nouvelles, l'auteur donne les conclusions suivantes :

Dans la variole, comme dans toute maladie infectieuse, des désordres nerveux peuvent survenir, pendant et après l'éruption, affectant soit la forme paralytique, soit la forme ataxique.

Ces désordres nerveux sont fréquemment localisés, sous la forme ataxique, aux organes qui servent à l'articulation des mots; sous leur forme paralytique, ils se montrent plus rarement en ces points.

Ces troubles du langage sont liés, l'ataxie verbale à une altération organique ou fonctionnelle des centres nerveux; la paralysie verbale (non pas l'aphasie), à l'évolution *in situ* de

pustules varioliques qui font pénétrer les produits de sécrétion microbienne jusqu'aux filets nerveux sous-jacents.

V. — *De l'insuffisance hépatique dans les maladies mentales. De la folie hépatique*; par le Dr M. Klippel, chef de laboratoire de la Faculté de médecine (numéro d'août). — On sait qu'une des propriétés de la cellule hépatique est de détruire certaines matières toxiques. Quand elle est lésée, ou quand son fonctionnement seulement même est altéré, il y a insuffisance hépatique, et il reste dans l'organisme des principes anormaux qui peuvent agir sur l'encéphale. Or, dans le cours des vésanies, il n'est pas rare de constater l'insuffisance hépatique, et l'on doit légitimement attribuer à cette dernière une certaine influence étiologique sur les folies.

Mais il faut tout d'abord savoir reconnaître l'existence de l'insuffisance hépatique. Il se peut que le système porte, aussi bien que le système des conduits biliaires, restent normaux, alors que la cellule est lésée et insuffisante. Il n'y a alors ni ascite, ni ictere, ni congestion hépatique. Réciproquement les symptômes hépatiques peuvent exister alors que la cellule fonctionne normalement. La symptomatologie de l'insuffisance se réduit, en réalité, à un ensemble de signes attestant des troubles biochimiques d'un élément unique du foie, la cellule, ainsi l'excès d'acide urique, la diminution de l'urée, la diminution de la fonction glycogène, etc. D'après l'auteur le signe le plus important, celui qui l'a guidé pour les diagnostics, est la présence, dans l'urine, de l'*urobilinurie*, qu'on reconnaît et qu'on dose au moyen du spectroscope.

Ceci établi, l'observation clinique démontre que l'insuffisance hépatique est un élément étiologique accessoire dans les vésanies alcooliques, par exemple, et un élément étiologique principal dans une forme psychopathique spéciale. Cette nouvelle entité, M. Klippel la dénomme *folie hépatique*, et il en donne une observation typique.

Il s'agit d'un homme de soixante-deux ans, exempt d'hérédité et aussi d'alcoolisme, qui est atteint d'abord d'excitation maniaque, puis ensuite de dépression, et qui succombe dans le marasme après trois mois de maladie. A l'autopsie on trouva une dégénérescence granulo-grasseuse généralisée du foie.

Les diagnostics portés sur ce malade, l'auteur l'avoue, furent nombreux. On pensa au délire aigu, à la paralysie générale, à l'ictère grave, à l'alcoolisme, etc.

Il est certain qu'il faudra encore d'autres observations pour

établir la réalité de l'existence de la folie hépatique, mais le travail de M. Klippel n'en est pas moins très intéressant et très savant. Il prouve dès à présent que l'insuffisance hépatique entre dans l'étiologie des maladies mentales. On y trouve aussi accessoirement des propositions importantes ayant trait à la paralysie générale et à la folie alcoolique. Ainsi, la paralysie générale aurait, dès son début, des localisations multiples. Outre les lésions nerveuses centrales et périphériques, il existerait des lésions viscérales, et parmi elles les plus importantes intéresseraient le foie. Quant à la folie alcoolique, l'auteur avance ceci : les lésions définitives produites dans le foie chez les alcooliques sont une des causes des troubles cérébraux concomitants, aussi doit-on toujours rechercher les lésions hépatiques chez l'alcoolique qui délire à longue échéance après la suppression de l'alcool.

VI. — *Les neurasthénies locales*; par M. Henri Huchard, médecin de l'hôpital Bichat (numéro de décembre). — De même qu'il existe des hystéries locales, de même il existe des neurasthénies locales. Celles-ci sont périphériques ou viscérales.

Les neurasthénies locales périphériques prennent surtout la forme douloureuse. Il y a alors des *topalgies* qui ne répondent à aucun district anatomiquement ou physiologiquement déterminé, et qui se localisent dans des régions variables. Ce sont des points et des plaques douloureuses, siégeant au sein, au gros orteil, à l'épigastre, etc.

A leur niveau la peau n'est jamais hyperesthésiée, et ces algies sont particulièrement tenaces et réfractaires à tout traitement.

Les neurasthénies viscérales se localisent surtout sur l'estomac et sur le cœur, elles persistent pendant des mois et des années. Le diagnostic en est souvent difficile et parfois on a cru à l'existence de maladies organiques. Le diagnostic, du reste, repose surtout sur la présence des stigmates de la neurasthénie. M. Huchard, contrairement à d'autres auteurs, n'admet que trois stigmates : l'asthénie névro-musculaire, les méiopraxies fonctionnelles des organes et, enfin, l'état cérébral des sujets. Ce dernier stigmate est le plus important, il répond à cet état mental spécial bien connu, et que Bouchut a étudié, il y a déjà longtemps, sous le nom de nervosisme.

L. CAMUSSET.

BIBLIOGRAPHIE

Contribution à l'étude de la névrogolie, chez l'homme sain; par le professeur Weigert. — Festschrift zum fünfzigjährigen Jubiläum des ärztl. Vereins. Francfort, 1895.

Le professeur Weigert publie, à la date du 3 novembre 1895, le résultat de recherches entreprises depuis sept années. Il se proposait de trouver une méthode histologique de *coloration élective de la névrogolie*, c'est-à-dire colorant exclusivement la névrogolie et permettant d'éliminer les éléments qui pouvaient être confondus avec elle : cylindre-axes, dendrites des cellules nerveuses, liquide remplissant les interstices de la névrogolie, etc.

Les services que Weigert a déjà rendus à la science en faisant connaître ses ingénieuses méthodes, celle de la différenciation des fibres nerveuses à myéline, entre autres, faisaient attendre cette publication avec la plus vive impatience. N'était-il pas permis de penser que cette nouvelle méthode allait révolutionner nos connaissances, comme l'ont fait les méthodes de Golgi? Disons-le de suite, de ce côté, le lecteur sera quelque peu déçu : nos connaissances sur la névrogolie sont peu modifiées par l'exposé de Weigert. La méthode, par contre, donne les meilleurs résultats, comme on peut en juger par les treize planches qui accompagnent la publication. Cette méthode colore en bleu la névrogolie, chez l'homme, en même temps que les globules sanguins et les noyaux des cellules. Elle ne peut être employée chez les animaux. Elle rendra de grands services à l'anatomopathologiste, mais ne servira pas, actuellement du moins, à l'embryologiste.

Méthode de coloration de la névrogolie.

Elle comprend trois phases : 1^o fixer la préparation du système nerveux et mordancer avec des sels métalliques à un état d'oxydation très élevé ; 2^o réduire les sels métalliques ; 3^o colorer.

1^o *Fixation et mordançage.* — Ces deux opérations peuvent

être séparées, si l'on veut colorer par d'autres procédés, comme ceux de Marchi, de Golgi, de Nissl, ou employer la méthode Weigert pour la différenciation des fibres à myéline.

Il est d'abord nécessaire, pour obtenir de bonnes préparations de névrogolie, de prendre de très petits morceaux du système nerveux, 1/2 centimètre au plus; on fixe et on dureit rapidement (4 à 5 jours) avec le formol à 1 p. 10; puis on mordance avec les sels de cuivre, acétate de cuivre 5 p. 100, acide acétique 5 p. 100, alun de chrome 2 1/2 p. 100, pendant quatre ou cinq jours au thermostat, ou huit jours au plus à la température de la chambre. Si l'on veut colorer seulement la névrogolie, on peut mettre directement le fragment nerveux dans cette solution à laquelle on ajoute 10 p. 100 de formol. On lave à l'eau; puis alcool et celloïdine.

2^e *La réduction* est faite à l'aide du permanganate de potasse et de l'acide sulfurique. Ce réducteur a été introduit en histologie par Lustgarten en 1884; Pal l'a utilisé plus tard. On peut prendre aussi une autre substance réductrice, qui sert pour le contraste, le sel acide de soude de l'acide 3-6 disulfo de la 1-8 dioxy naphtaline, le chromogène :

Chromogène.	5 p. 100
Acide formique.	5 p. 100

On filtre; avant l'emploi, on ajoute à 90 centimètres cubes de cette solution aqueuse 10 centimètres cubes de sulfite de soude à 10 p. 100.

Les coupes sont mises dans la solution de permanganate à 1/3 p. 100 pendant dix minutes; on lave, puis on verse la solution de chromogène, et on y laisse les coupes de deux à quatre heures; elles pâlissent, les fibres de névrogolie deviennent bleues, le tissu conjonctif incolore.

Un procédé à recommander consiste, au sortir de la solution de chromogène, à laver deux fois la coupe à l'eau et à la laisser dans une solution aqueuse simple et concentrée de chromogène (5 p. 100) pendant la nuit; le contraste est alors plus marqué. On lave à l'eau et on met les coupes dans :

Alcool à 80 p. 100	90 c. c.
Acide oxalique à 5 p. 100. . . .	10 —

où elles peuvent rester plusieurs jours, à moins qu'on ne les colore de suite.

3^e *Coloration*. C'est la méthode de Weigert pour la fibrine, modifiée légèrement. Les coupes placées sur le verre porte-objet, sont séchées puis colorées avec une solution alcoolique de violet de méthyle (à 80 p. 100 saturée à chaud); à 100 centimètres cubes de cette solution, on ajoute 5 centimètres cubes

d'acide oxalique à 5 p. 100. On sèche à nouveau, puis on verse la solution iodée (solution concentrée dans iodure de potassium à 5 p. 100). On lave à fond avec aniline-xylol à parties égales ; enfin inclusion dans le baume.

La névrogolie.

Le professeur Weigert étudie la névrogolie à l'aide de cette méthode. Le premier chapitre est consacré à l'*historique* de la question. Weigert passe en revue les travaux des auteurs : ce n'est pas Keuffel qui a découvert la névrogolie, comme on le dit généralement, mais bien Virchow. Cet auteur, en 1846, montrait dans le système nerveux la présence d'un tissu spécifique, la névrogolie. Nous devons aussi beaucoup à Frommann, Deiters, Bidder, Kupfer, Schultze, etc.

Les *cellules*, décrites par Deiters, avec leurs longs prolongements sont caractéristiques de la névrogolie. Leur aspect les a fait dénommer cellules araignées par Jastrowitz, pour qui la névrogolie et l'épendyme étaient de nature conjonctive (on sait que cet auteur appelait l'épendyme un endothélium) ; les autres cellules triangulaires ou quadrangulaires, observées dans le cerveau, étaient les premiers stades du développement des cellules araignées.

Golgi a coloré sur place les cellules de Deiters ; il parle de leur rapport avec les vaisseaux, et pense que les fibres de névrogolie sont les prolongements des cellules de Deiters. Les cellules de Deiters sont encore appelées cellules de Golgi ou astrocytes.

Boll, en 1874, avait d'autres idées sur les fibres de névrogolie, qui étaient différencierées, disait-il, et qui rayonnaient partout, la cellule leur servant de centre. Boll était un précurseur de Ranzier dont le travail sur la névrogolie, publié en 1892, fit époque. Pour Ranzier, la cellule de Deiters était un produit artificiel, les fibres étaient indépendantes de la cellule avec laquelle elles venaient simplement se mettre en contact. Les fibres n'étaient donc pas des prolongements du protoplasma cellulaire, comme l'admettait Frommann. Pour Ranzier, la *névrogolie comprend des cellules et des fibres*. Weigert est partisan convaincu de cette opinion. Elle n'avait pas prévalu jusqu'ici et la méthode de dissociation, par l'alcool au tiers, employée par Ranzier, était insuffisante. La nouvelle méthode de Weigert montre de la manière la plus nette l'indépendance des fibres de névrogolie

Ces *fibres* sont différenciées du protoplasma, elles sont si nombreuses qu'elles constituent la partie essentielle de la névroglié; elles viennent s'accorder à la cellule qui en est pour ainsi dire un centre. Cette disposition avait fait décrire la cellule de Deiters comme un astrocyte; mais, répétons-le, cette interprétation est fausse, les prolongements des cellules n'existent pas, puisque ce sont les fibres différenciées de névroglié qu'on a considérées comme tels; les fibres et les cellules ont une existence séparée.

Les fibres de névroglié correspondant aux soi-disant prolongements des cellules de Deiters, aux Langstrahler, sont une vraie *substance intercellulaire*. Schultze entendait sous ce nom une substance cellulaire modifiée, émancipée du corps cellulaire, et sans dépendance directe avec lui; pour Weigert une substance intercellulaire est une substance qui n'est *plus* un protoplasma.

Le protoplasma des cellules de Deiters, pas plus que les autres protoplasmes cellulaires, ne se colore par la nouvelle méthode. On voit donc que les fibres sont entièrement émancipées, elles n'ont plus qu'un rapport de contiguïté avec les cellules de Deiters.

Les autres éléments cellulaires que l'on décrit dans la névroglié, les cellules à protoplasma de Ranvier, de Lloyd Andriezen, etc., échappent à la méthode de Weigert; ces cellules peuvent être névrogliques ou non, toute preuve manque. En tout cas, Weigert ne reconnaît comme de nature incontestablement névroglique que la seule cellule de Deiters. Il n'a vu dans la névroglié, ni substance fondamentale (*Grundsubstanz*) ni névroglié spongioblastique de His, ni Hornspongiosa, etc.

Quelle est la place de la névroglié en histogénése? Les fibres et les cellules de névroglié ont une structure qui les rapproche du tissu conjonctif. Au point de vue pathologique, elles se comportent comme le tissu conjonctif et prolifèrent quand le tissu spécifique nerveux se détruit; pourtant, on n'a jamais vu la névroglié se transformer en tissu conjonctif ou inversement. D'autre part, la composition chimique de la névroglié montre qu'elle n'a rien de commun avec les substances collagènes (l'eau chaude dissout le tissu conjonctif et non la névroglié; il en est de même pour l'acide acétique; l'action successive de la lessive de soude et de l'eau dissout la névroglié et non le tissu conjonctif; la méthode de coloration de Weigert la différencie aussi entièrement). Ce sont les recherches des embryologistes qui

ont établi d'une manière indiscutable l'origine ectodermique ou épithéliale de la névroglie ; il n'y a qu'à rappeler, à ce sujet, les travaux de Vignal (en 1884), Kölliker, Retzius, His, etc. (1). Ce dernier auteur toutefois pense que les cellules de Deiters font exception, qu'elles sont des cellules du mésoblaste émigrées, c'est-à-dire sans rapport avec l'ectoderme et d'origine conjonctive. On ne peut admettre cette double origine pour la névroglie, ni partager l'opinion de His. Si les cellules de Deiters étaient conjonctives, les fibres de névroglie seraient, elles aussi, conjonctives. Les faits obligent à reconnaître l'origine ectodermique des cellules de Deiters, ils montrent que la névroglie est un épithélium.

Weigert étudie les *caractères* des fibres de névroglie ; elles sont rectilignes, pleines, de grosseur variable allant jusqu'à $1\mu,5$; elles ne bifurquent pas et ne s'anastomosent pas, elles ne se terminent pas par un renflement conique comme avec la méthode de Golgi, elles restent fines et régulières. Le dépôt d'argent pourrait tenir soit à la présence d'une autre substance, d'un ciment, soit à ce que la fibre se recourbe et se termine obliquement. Les adhérences admises par Golgi entre les dendrites et la névroglie n'existent pas davantage ; il en est de même du réseau névroglial, décrit par Paladino et Colella à l'intérieur des tubes à myéline, etc.

Weigert expose ensuite la *topographie générale* des fibres de névroglie. La névroglie est répandue inégalement dans les substances blanche et grise, elle recouvre le cortex cérébral ; elle est accumulée autour des vaisseaux, comme Virchow l'avait signalé, les fibres intrinsèques étant parallèles à l'axe du vaisseau ou en spirale d'après la description d'Andriezen, les fibres extrinsèques partant d'un centre cellulaire pour se diriger perpendiculairement au vaisseau et se perdre dans l'enveloppe de névroglie ; il n'y a pas de terminaison en bouton. Cette couche de névroglie qui entoure les vaisseaux n'est que la continuation de la couche corticale névrogliale.

Les traces anciennes du développement du système nerveux, là où des surfaces se sont accolées, puis soudées, sont révélées par la présence de *traînées de névroglie*. Weigert propose pour celles-ci un nom d'un chauvinisme quelque peu singulier : il les appelle les *traînées de Kiel*, *Kielstreifen*, parce qu'elles sont

(1) Voir J. Dagonet, *Les éléments nerveux*. Paris, 1893.

comparables, dit-il, au sillage que laissent derrière eux les navires sur la mer de Kiel.

La *topographie spéciale* de la névrogolie forme un chapitre très important. C'est là une partie originale dans l'œuvre de Weigert; elle sera lue par les anatomistes avec grand profit; malheureusement, elle est trop technique pour être exposée ici. Nous terminerons cette analyse par quelques mots sur la *signification physiologique* de la névrogolie.

La névrogolie comble les vides. Partout, dit Weigert, où le système nerveux disparaît, la névrogolie prolifère; que la myéline disparaîsse comme dans la sclérose multiple, ou tout le tube nerveux comme dans le tabes et les dégénérescences secondaires; que toute la cellule nerveuse disparaîsse comme dans la poliomylite antérieure, ou bien en partie comme dans la paralysie générale, partout, la névrogolie prolifère et comble la lacune.

Les cicatrices, suite de foyers de ramollissement, ne contiennent pas de tissu conjonctif, mais des masses considérables de névrogolie. La névrogolie est donc une masse de remplissage, elle abonde là où les autres éléments sont peu nombreux.

L'opinion de Golgi sur le rôle de nutrition des dendrites et de la névrogolie est fausse, comme celle de Cajal qui voit dans la névrogolie un élément isolateur des courants nerveux. Ces théories s'appuient sur des faits inexacts.

La névrogolie protège le système nerveux : on le voit par sa distribution autour des vaisseaux, car l'aventice serait insuffisante à remplir ce rôle.

J. DAGONET.

**Revue des Thèses soutenues devant la Faculté
de médecine de Lyon (1894-1895)**

I. — *Essai de classification pathogénique des délires liés à la puerpéralité*; par le Dr J.-B. Evrot, interne de l'asile de Bron (Clinique). Th. 1894, 88 p.

Ce travail, reflet des idées du professeur Pierret sur l'origine infectieuse de la folie puerpérale, complète une autre étude déjà faite en 1890 à la Clinique des maladies mentales de la Faculté de Lyon par le Dr E. Faure, et intitulée : *Contribution à l'étude de la folie chez les nouvelles accouchées*. L'auteur y met en évidence le rôle pathogénique prépondérant de l'infection et de l'auto-intoxication, tout en reconnaissant celui que jouent concurremment dans la genèse de ces troubles mentaux, l'épuise-

ment, l'irritation réflexe et la prédisposition héréditaire ou acquise. Cette thèse, appuyée sur dix observations intéressantes, se termine par des considérations thérapeutiques pratiques. L'auteur insiste notamment sur l'importance des pratiques antiseptiques qui ont fait leurs preuves contre la fièvre puerpérale et peuvent ainsi concourir à écarter les troubles mentaux.

II. — *Du rôle de l'auto-intoxication dans la genèse des attaques apoplectiformes et épileptiformes de la paralysie générale*; par le Dr Guérin, interne de l'asile de Bron (Clinique). Th. 1895.

L'étude de M. Guérin, qui a eu l'honneur d'être l'objet d'un rapport de M. P. Sérioux, à la Société médico-psychologique (V. *Ann. méd.-psych.*, juillet-août 1895), étend à la genèse des attaques de la paralysie générale la théorie des phénomènes de rappel formulée par M. Pierret (1883) et montre le rôle important de l'auto-intoxication dans ces cas. Nous renvoyons pour les détails au rapport que nous venons de citer et à la thèse elle-même qu'il est intéressant de lire.

III. — *Contribution à l'étude des caractères du délire dans leurs rapports avec l'intelligence du délirant*; par le Dr A. Giroudon, ancien interne de l'asile de Bron. Th. 1895, 58 p.

Le pouvoir délirant d'un aliéné est en raison directe de ses moyens intellectuels, a dit M. Legrain. Pour faire les frais d'un délire aux idées larges et nombreuses, ajoute M. Giroudon, il faut un substratum intellectuel suffisamment organisé pour la réaction ; les faibles d'esprit auront toujours des troubles délirants élémentaires et peu compliqués. La puissance de l'activité psychique supérieure chez certains aliénés intelligents se traduira par une tendance à lancer des accusations calomnieuses entourées d'une multitude de détails circonstanciés dont la correction apparente peut égarer la justice. Cette étude contient d'intéressants documents empruntés à M. Paul Sérioux et à M. le professeur Lacassagne.

IV. — *Glycosurie et Psychose*. — *Contribution à l'étude de la glycosurie transitoire chez les aliénés*; par le Dr J. Toy, interne à l'asile de Bron. Th. 1895, 68 p.

M. Toy a fait une très sérieuse étude de la glycosurie transitoire chez les aliénés, phénomène essentiellement passager, ne

s'accompagnant daucun autre signe de diabète et se rencontrant de préférence chez des mélancoliques à constitution neuro-arthritique.

Il pense que cette glycosurie est due à une excitation du système nerveux qui semble sous la dépendance d'une auto-intoxication, comme l'attestent les troubles gastro-intestinaux concomitants, ainsi que la diminution considérable de la toxicité des urines sucrées.

Cette thèse, très personnelle, appuyée sur de nombreuses analyses d'urine et sur des recherches assez rares du degré de toxicité des urines par le procédé de M. Guinard, de l'Ecole vétérinaire de Lyon, permet à l'auteur de penser que la glycosurie transitoire serait une sorte de décharge, une réaction défensive du système nerveux qui cherche à se débarrasser des poisons charriés par le sang ou tout au moins à en diminuer la toxicité.

V. — *Du réveil des affections anciennes des centres nerveux;*
par le D^r R. Pauly. Th. 1895, avec 2 planches.

Laissant de côté les faits de réveil de ces affections vus par M. Tripier et étudiés sous le nom de phénomènes de rappel par M. Pierret, l'auteur a limité son sujet à l'apparition d'une maladie nerveuse consécutive à une ancienne affection, phénomène dont le type est l'apparition d'une atrophie musculaire progressive quinze ou vingt ans après une paralysie infantile ayant laissé une impotence fonctionnelle d'un membre.

Des trois théories qui cherchent à expliquer ces faits : 1^o prédisposition spéciale des cellules des cornes antérieures ; 2^o réveil d'une affection microbienne ancienne ; 3^o irritation morbide partie de l'ancien foyer jouant le rôle d'épine, aucune, dit l'auteur, n'est exclusive de l'autre. Ce travail est bon à lire, car on peut généraliser ces données à la pathogénie des troubles cérébraux, et élucider un peu la question si vague encore de la prédisposition.

VI. — *Essais sur les troubles de la mimique chez les paralytiques généraux;* par le D^r C. Jourdin, élève du service de santé militaire. Th. 1895, avec 4 planches.

Partant de ce principe que l'expression mimique des états émotifs doit être, chez l'homme sain, homogène et que cette homogénéité résulte d'une synergie parfaite entre les muscles du

visage, M. Jourdin étudie la discordance et la dissociation de l'expression chez les paralytiques généraux.

Le désaccord musculaire d'où provient la dissociation d'expression est la conséquence de la dégénérescence et de la destruction des éléments nerveux du cerveau, fibres et cellules. La dissémination de ces lésions explique la dissémination des désordres musculaires.

Quatre dessins viennent à l'appui du texte. Ce travail fait sous l'inspiration de M. Pierret, contient le résumé d'une partie de ses leçons sur l'expression chez les aliénés.

VII. — *Le suicide dans l'hérédité mentale*; par le Dr A. Tiberi, élève du service de santé militaire. Th. 1895, 77 p.

Après quelques généralités sur l'hérédité psychopathique, l'auteur montre que ce qui a fait admettre une sorte de folie suicide, c'est le côté dramatique des cas d'hérédité similaire, mais que, bien plus souvent, le suicide se produit par hérédité dissemblable et n'est qu'un épisode qui prend des caractères spéciaux suivant la forme vésanique dans laquelle il se montre.

L'auteur émaille sa description du suicide dans les diverses psychoses de remarques intéressantes sur l'hérédité et sur la pathogénie de la folie, idées générales empruntées à l'enseignement de M. Pierret. A lire particulièrement le chapitre II qui incline à prouver que « s'il y a une hérédité nerveuse, c'est une hérédité dynamique et par conséquent bio-chimique », et les dernières pages, consacrées à la question du mariage, qui se terminent par la constatation consolante des processus de régénérescence, modes de défense de l'individu et de l'espèce contre l'hérédité morbide.

VIII. — *Des sillons des ongles chez les aliénés*; par le Dr A. Papillon, interne à l'asile de Bron. Th. 1895, 45 p.

On sait que Beau avait étudié les sillons que présentent les ongles dans les maladies aigües et chroniques. M. Papillon s'est demandé si ces caractères de sémiologie rétrospective s'observaient chez les aliénés et quelle était alors leur valeur. Les sillons existent fréquemment chez les aliénés puisque l'auteur les a rencontrés 250 fois sur 1,650 malades. Il les divise en deux groupes :

1^o Sillons consécutifs à des troubles graves et aigus sous la dépendance soit d'une maladie intercurrente, sans rapport avec

l'aliénation, soit d'un épisode aigu dans le cours d'une affection mentale. Ces sillons sont généralement uniques, quelquefois doubles, mais toujours nettement marqués. On les observe rarement ;

2° Sillons concomitants d'une affection mentale chronique. On les rencontre dans la paralysie générale à toutes les périodes, dans l'épilepsie, dans la lypémanie. Très fréquents et multiples dans le délire de persécution chronique, on ne les rencontre quelquefois que du côté paralysé chez les hémiplégiques.

La fréquence des sillons est en raison directe de l'intensité des troubles psychiques ; leur disparition a lieu, d'une part, quand la guérison s'effectue, d'autre part, quand la démence apparaît.

TH. TATY.

Beitraege zu der neuen Epilepsie-Behandlung mit Opium und Brom (Contribution au nouveau traitement de l'épilepsie par la médication opio-bromurée); par Kurt Bennecke. Thèse de la Faculté d'Iéna, 1894.

Le 1^{er} avril 1893, Flechsig publiait dans le *Neurologisches Centralblatt* une note préliminaire sur son « nouveau traitement de l'épilepsie ». C'est la valeur de ce nouveau mode thérapeutique que l'auteur a voulu contrôler ; ce sont les résultats obtenus qu'il a exposés dans sa dissertation inaugurale.

La méthode de Flechsig consiste dans l'emploi *successif* de préparations opiacées et bromurées. Avant lui, en 1880, Gowers écrivait dans la *Lancette*, p. 552 : « L'opium est depuis longtemps recommandé par le Dr Radcliffe dans l'épilepsie et s'est montré fort actif, en quelques circonstances... J'ai observé cette particularité que l'association du brome avec la morphine procure des avantages notables. Dans l'état épileptique caractérisé par des crises nombreuses et violentes, de faibles doses de morphine injectées sous la peau m'ont été fort utiles, alors que la médication bromurée, quoique très énergique, se montrait inefficace. » Ainsi, Gowers aurait employé les deux substances en même temps ; à Flechsig revient tout entier l'honneur d'avoir su les administrer séparément, chacune à son heure. Les indications sont les suivantes : au début, une à trois doses ($D = 0$ gr. 05) d'opium brut en poudre, avec augmentation régulière de 0 gr. 05 par jour, jusqu'à la prise maxima de 1 gr. — 1 gr. 20. Six semaines après l'origine du

traitement, suppression radicale de l'opium que remplace le bromure de sodium ou la mixture tribromée (KBr, 8^{gr} + NaBr; AmBr, à 6^{gr}). Dose quotidienne de sel : 6 à 8 grammes. Ce chiffre est maintenu pendant deux mois, puis graduellement diminué. Il est à remarquer que, dans la majorité des cas, les crises, généralement assez nombreuses au cours de la période thébaïque, cèdent brusquement dès l'inauguration de la médication alcaline.

Sans vouloir insister sur les accidents qui peuvent résulter de la méthode préconisée par Flechsig, disons que les plus sérieux, les plus désagréables pour le malade, proviennent de l'interruption brusque apportée dans l'administration de l'opium. En première ligne, se place un malaise général s'accompagnant d'activité motrice désordonnée, auquel succède une complète apathie avec défaut de sommeil et d'appétit; puis, un état catarrhal se traduisant par du coryza, des éternuements et surtout de la diarrhée; parfois, des douleurs névralgiques de la face, des crampes, du tremblement des mains, etc. Aucune de ces manifestations morbides n'a eu de conséquences graves.

Le bromure peut, lui aussi, donner lieu à quelques phénomènes d'intoxication; dans tous les cas observés par Bennecke, ils furent passagers et bénins.

Pour obvier aux troubles suscités par la suppression de l'opium, l'auteur conseille l'observation assidue des malades, et, conséquemment, une conduite basée sur la manière dont ils réagissent; on peut, selon les circonstances, ou se borner à des doses faibles de l'agent prescrit, sans restreindre la durée totale de la médication; ou bien abréger, à l'occasion, cette durée elle-même.

Comparativement aux autres modes thérapeutiques essayés dans l'épilepsie, que vaut la méthode de Flechsig? Elle leur serait de beaucoup supérieure, selon Bennecke. Gowers, sur 562 sujets traités, obtient, chez 241 d'entre eux, la jugulation des attaques; chez 266, une amélioration; chez 55, néant. (*Lancet*, 1880, p. 552); Stark (*Zeitschrift für Psychiatrie*, vol. XXXI, p. 297), expérimentant sur 30 malades, trouve: 7 guérisons, 12 améliorations notables, 8 douteuses et 3 insuccès; Otto (*Archiv für Psychiatrie*, vol. V, p. 24), opérant sur 33 cas d'épilepsie, constate 24 fois la disparition des crises, 9 fois une atténuation considérable; Hughes Bennett (*Lancette*, 1885) déclare saufs de tout accident nerveux les 12 cen-

tièmes de son contingent; Fernand (Paris, 1881) a noté chez 89 convulsifs, au cours d'une année : 12 affranchis, 31 manifestement améliorés, 16 peu modifiés, 10 indifférents; Agostino (*Neurologisches Centralblatt*, 1891) signale 37 suppressions d'attaques, 18 amendements, 9 insuccès. Bennecke, lui, a traité selon la méthode flechsigienne, 15 malades des deux sexes; sur ce nombre, *deux seulement* ont rechuté au cours du traitement alcalin; encore, dit-il, pourrait-on à bon droit les ranger dans la catégorie des améliorés. Il insiste, en terminant, sur la nécessité qu'il y aurait, selon lui, à prolonger au delà des limites fixées par l'initiateur du procédé, la période de bromuration à haute dose; il compte, pour le présent, l'étendre à une année entière; tandis que Flechsig conseille de diminuer progressivement la quantité de sel quotidiennement ingérée, après deux mois pleins de traitement à la dose maxima.

Ajoutons, à titre de renseignement, que, d'une analyse récemment publiée par A. Sallard, dans la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, il ressort que la méthode précitée aurait donné des résultats également concluants entre les mains de C. Salzbourg (Leipzig, 1894). Les doses indiquées par celui-ci sont un peu plus faibles: il débute par 0 gr. 05 d'opium brut ou d'extrait, ajoute chaque jour 0 gr. 01 seulement et s'arrête à 0 gr. 25 — 0 gr. 30. Pour le bromure, l'écart est beaucoup moindre: son chiffre est de 5 à 7 grammes au lieu de 6 à 8 grammes.

D^r NICOUAU.

Die Influenza-Epidemie der Jahre 1891-1892, nach Beobachtungen in der staedt. Krankenanstalt zu Koenigsberg, mit besonderer Beruecksichtigung der Psychosen (L'épidémie de grippe des années 1891-1892, d'après des observations faites à l'hôpital communal de Koenigsberg, avec considérations particulières sur les psychoses); par Georges Aust. — Thèse de Koenigsberg, 1894.

Sur 316 malades des deux sexes (H : 139, F : 177) examinés par l'auteur, 17 aboutirent à l'aliénation mentale: 5 hommes et 12 femmes; soit une proportion de 5 p. 100. Les formes délirantes furent diverses. Celle qui prédomina, la confusion mentale aiguë, revêtit l'aspect essentiel ou s'accompagna de troubles accessoires: délire sensoriel, hypochondrie, stupidité, etc. Notons encore quelques cas de mélancolie avec exci-

tation, un de mélancolie pure, un de manie, un d'hébephénie, etc

Au cours de l'infection grippale, aucun stade en particulier ne paraît avoir eu d'action définie dans la genèse des cérébro-pathies observées. L'explosion s'en est produite aussi bien dans la phase initiale que pendant la convalescence ou la marche de la maladie. La période de déclin est cependant un peu plus chargée (8 cas) que celle d'augment (3) ou d'état (6).

La plupart des sujets atteints étaient prédisposés soit héréditairement, soit accidentellement ou bien sous l'influence d'une faiblesse ou d'une exaltation nerveuses momentanées. L'âge d'élection est compris entre trente et cinquante ans. D'après les résultats généralement heureux obtenus dans le traitement de ces affections, il semble permis de conclure que le pronostic des psychoses d'origine grippale doit être considéré comme favorable. Trois aliénés seulement sur dix-sept ont dû être envoyés à l'asile régional ; les autres ont récupéré leur normale dans un délai maximum de trois mois.

D^r NICOULAU.

Eight annual report of the managers of the St. Lawrence State hospital (Huitième rapport annuel des directeurs de l'hôpital d'Etat Saint-Laurent). In-8, 1895.

Saint Lawrence hospital est un asile d'aliénés situé à Ogdensburg, État de New-York. Le rapport en question forme un élégant volume de plus de 200 pages, illustré de photographies reproduisant les divers aspects de l'établissement et de nombreuses planches d'histologie et d'anatomie pathologique.

Après un rapport sommaire du Comité des directeurs vient une partie financière, un rapport de l'architecte concernant les améliorations et les agrandissements nécessités par l'extension du service et enfin le rapport administratif et médical du médecin-surintendant qui ressemble à peu près à ceux que fournissent chaque année les directeurs-médecins de nos asiles français.

Saint Lawrence hospital compte environ 1,200 malades; le personnel médical se décompose ainsi : un surintendant médecin en chef, quatre médecins adjoints mâles, un médecin-adjoint femelle et deux internes en médecine qui sont docteurs. Et l'honorable surintendant, le D^r Peter M. Wise, trouve son person-

nel médical insuffisant! Je sais plus d'un de ses collègues de France qui se contenterait à moins.

Le volume se termine par un certain nombre de mémoires cliniques et d'observations médicales dus aux divers médecins de l'établissement, preuve parlante de leur activité scientifique et de l'intérêt qu'ils prennent à leur service. Ces travaux, composés en grande partie de menus faits, sont trop nombreux pour que nous puissions en faire une analyse même sommaire. Nous excepterons cependant le travail de M^{me} le Dr Caroline J. Pease, médecin-adjoint chargée du service gynécologique. Nous y trouvons quelques nouveautés intéressantes; par exemple, que le rôle des affections pelviennes dans la pathogénie mentale est absolument méconnu par les aliénistes masculins. Depuis qu'en Amérique des femmes docteurs sont attachées aux asiles, ce rôle commence seulement à être mis en évidence. Le Dr Marguerite A. Cleaves, à l'asile d'Harrisburgh, a établi que 30 p. 100 des femmes aliénées de cet établissement étaient atteintes de maladies des organes génitaux. Le Dr Delia E. Howe, à Kankakee, a relevé une proportion analogue. Elle est bien modeste comparée à celle du Dr Alice May Farnham, de Willard State Hospital, qui est de 80 p. 100. Celle de M^{me} Caroline S. Pease est seulement d'environ 65 p. 100; c'est encore un beau chiffre. Heureusement, l'auteur n'élève pas la prétention d'attribuer à ces affections génitales un rôle exclusif dans l'étiologie de la maladie mentale concomitante. On nous reproche, à nous autres aliénistes — bien gratuitement à la vérité — de voir des fous partout. Ne suivons pas ce déplorable exemple d'injustice, et quelque étonnés que nous puissions être, n'allons pas penser que les dames gynécologistes des asiles d'Amérique voient partout des affections génitales.

A. CULLERRE.

Saturnine tabes (Tabes saturnin); par W. R. Gowers (*The medical Magazine*, avril 1895).

Lorsque les poisons agissent lentement et à faible dose, on constate que toujours leur action nocive sur le système nerveux s'exerce d'abord à la périphérie, les extrémités des nerfs étant d'autant plus vulnérables qu'elles se trouvent plus éloignées des centres cellulaires dont dépend leur nutrition; d'où les phénomènes tabétiques ou pseudo-tabétiques engendrés par les divers poisons, malgré leurs propriétés différentes et leurs actions

électives diverses sur les nerfs périphériques. Le tabes syphilitique est bien connu. Les symptômes pseudo-tabétiques de l'alcoolisme ne le sont pas moins. On les constate plus rarement dans l'intoxication arsénicale et ils sont exceptionnels dans l'empoisonnement saturnin. Toutefois, l'auteur en a observé un cas bien net. Il s'agit d'un plombier âgé de trente-sept ans, travaillant le plomb depuis l'âge de quinze ans, exempt de syphilis, n'ayant jamais eu ni paralysie des extenseurs, ni coliques de plomb, bien qu'il ait le liséré des gencives. Le malade marche les jambes écartées et les yeux fixés à terre. Les talons rapprochés et les yeux fermés, il perd l'équilibre. Lorsqu'il marche, il a la plus grande peine à se préserver d'une chute, mais sa démarche n'est pas franchement ataxique. Le réflexe du genou est aboli. La sensibilité cutanée est intacte, mais il a eu des douleurs analogues aux douleurs fulgurantes. S'il lui est impossible de se tenir debout sans aide, au lit ses membres ont conservé toute leur force. Autre particularité étrangère au vrai tabes, les pupilles sont normales d'aspect et de fonctions.

Le traitement est celui de l'intoxication saturnine. On y ajoutera plus tard les toniques et la strychnine.

La guérison est certaine, mais exigera un certain temps.

A. CULLERRE.

On syphilis of the nervous system (Sur la syphilis du système nerveux); par le Dr W. Julius Mickle (*Brain*, 1895).

Ce mémoire est surtout une *revue critique* des affections syphilitiques du cerveau et de la moelle. Il se divise en six parties : 1^o syphilis cérébro-spinale ; 2^o syphilis héréditaire des centres nerveux ; 3^o syphilis spinale ; 4^o tabes syphilitique ; 5^o syphilis convulsive ; 6^o névralgies syphilitiques.

Dans la première partie se trouvent quelques pages consacrées à la paralysie générale des aliénés. M. Mickle rappelle que, dans une publication antérieure (1), il a soutenu que la syphilis pouvait conduire à la paralysie générale de plusieurs manières, soit qu'elle affaiblisse la résistance de l'organisme, et en particulier du cerveau, soit que d'autres influences nocives réveillent la diathèse demeurée latente, soit que la syphilis

(1) J. Mickle. *General paralysis of the Insane*, 2^e édition, 1886.

elle-même produise directement les lésions de la méningo-encéphalite. Il passe ensuite en revue les nombreux travaux que les rapports de la syphilis et de la paralysie générale ont suscités depuis quelques années. Il s'arrête définitivement à cette opinion que la paralysie générale est essentiellement, d'une manière générale, une affection d'origine toxique ou infectieuse, le plus souvent syphilitique.

Plus loin, nous trouvons quelques considérations sur les troubles mentaux qui accompagnent la syphilis du cerveau. Ils appartiennent à deux groupes : 1^o la démence progressive de forme apathique ; 2^o l'excitation maniaque plus ou moins aiguë. Le premier groupe est de beaucoup le plus fréquent, le second comprend plus spécialement les cas de trouble mental à la période secondaire de la syphilis.

Ce travail, extrêmement conscientieux, où la discussion tient une place prépondérante étant impossible à analyser en détail, nous avons dû nous contenter de signaler les points qui intéressent plus spécialement le médecin aliéniste.

A. CULLERRE.

A Case of Paranoia, with a Study of the cerebral convolution
(Un cas de paranoïa avec étude des circonvolutions cérébrales);
par Henry J. Berkley, professeur de clinique psychiatrique
(*Bulletin of the Johns Hopkins hospital*, décembre 1894).

Il s'agit d'une femme âgée de quarante-cinq ans, sans antécédents héréditaires ni personnels connus, atteinte de délire systématisé de persécution avec conceptions mystiques et ambitieuses (paranoïa primitive) ayant succombé à la phthisie pulmonaire.

L'autopsie révèle certaines anomalies des circonvolutions, principalement dans l'hémisphère droit : disposition enchevêtrée des plis de la région pariétale ; développement inusité de la troisième frontale qui forme un bourrelet court, large et complètement isolé des autres circonvolutions du lobe frontal. Du côté de l'hémisphère gauche, les anomalies sont moindres, mais l'asymétrie des deux hémisphères n'en ressort que davantage. En somme, l'impression laissée par l'examen des deux hémisphères est qu'ils diffèrent notablement de la conformation normale du cerveau et qu'ils sont extrêmement asymétriques.

L'auteur n'en tire au surplus aucune conséquence théorique et nous ne pouvons que l'approuver. La topographie normale

des circonvolutions n'est pas assez connue pour qu'on puisse au simple aspect macroscopique, distinguer le cerveau d'un délirant chronique de celui d'une personne saine d'esprit.

A. CULLERRE.

The successful management of inebriety without secrecy in therapeutics (Traitement efficace de l'alcoolisme sans remèdes secrets); par le Dr C. H. Hughes. Extrait de l'*Alienist and Neurologist*, janvier 1894.

Il s'agit ici du traitement des alcooliques qui, d'après M. Hughes, comporte six points principaux : le premier paraît dangereusement compris par lui, car il veut remplacer l'alcool par un médicament excitant et il indique en première ligne la morphine, c'est là je crois un procédé qu'il serait préférable de ne pas employer; le second est l'emploi de l'eau ou du lait; le troisième le repos par l'isolement, les bains et des médicaments tels que le chloral, le sulfonal, etc.; le quatrième est l'élimination des matériaux altérés par l'alcool au moyen de purgatifs salins; le cinquième est la reconstitution *ad integrum*; enfin, le sixième est de tâcher de supprimer la passion pour l'alcool, mais c'est là ce qui est le plus difficile comme le reconnaît lui-même M. Hughes.

PH. CHASLIN.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Intorno al decorso dell' azione dell' atropina sulla frequenza del polso nelle varie psicopatie (Le cours interne de l'action de l'atropine sur la fréquence du pouls dans les diverses psychoses); par les Drs Umberto Stefani et Luigi Scabia. 13 pages in-8° avec tableau. Extrait de la *Revista sperimentale di freniatria*, 1895.

— Supplement to the thirty-sixth annual Report of the general Board of Commissioners in Lunacy for Scotland (Supplément au trente-sixième rapport annuel du Comité général des « Commissioners in Lunacy » de l'Ecosse). 98 pages in-8°. Edimbourg, 1895.

— Leçons sur les maladies nerveuses (Salpêtrière, 1893-1894); par le Dr E. Brissaud. Recueillies et publiées par le Dr Henry Meige. 1 vol. in-8° de 644 pages, avec 240 figures (schémas et photographies). Paris. G. Masson, 1895.

- Hygiène et prophylaxie. Dégénérescence sociale et alcoolisme; par le Dr M. Legrain. Avec préface de J.-C. Barbier. 1 vol. in-12 de 255 pages. Paris, Georges Carré, 1895.
- I fenomeni di contrasto in psicologia (Les phénomènes de contraste en psychologie); par le Dr Sante de Sanctis. 84 pages in-8°. Extrait des *Atti della Società romana di Antropologia*. Rome, 1895.
- Asile d'aliénés de Quatre-Mares. Rapport médical pour l'année 1894; par les Drs Delaporte et Malfilâtre. 25 pages in-8°. Rouen, 1895.
- Ueber Lombroso's Auffassung des Genies (De la conception du génie d'après Lombroso); par le Dr A. Auerbach, de Berlin. 13 pages in-8. Extrait de la *Deutsche Medicinal-Zeitung*, 1895, n° 35.
- Asile d'aliénés de Saint-Yon. Rapport médical pour l'année 1894; par les Drs Giraud, Nicoulau et Pactet. 34 pages in-8°. Rouen, 1895.
- Maladies mentales en Serbie. Statistique de l'asile d'aliénés à Belgrade pendant les premiers trente ans (1861-1890); par les Drs J. Danitch et M. Zwetitch. 1 vol. in-8° de 100 pages avec planches (en langue serbe). Belgrade, 1895.
- Verslag betreffende het gesticht Meerenberg over het jaar 1894, ingesonden aan de Commissie von Toezicht over gensemd gesticht (Rapport sur l'asile de Meerenberg pour l'année 1894, adressé à la commission administrative de cet asile); par le Dr J. Van Deventer, médecin-directeur. 1 vol. de 182 pages. Haarlem, 1895.
- La syphilis des centres nerveux; par le Dr Henri Lamy. 1 vol. in-12 (204 pages) de l'*Encyclopédie des aide-mémoire*. Paris, G. Masson, s. d.
- Die Geisteskrankheiten im Heere (Les maladies mentales dans l'armée); par le Dr Georg Ilberg. 12 pages in-8°. Extrait du *Grenzboten*, 9 mai 1895.
- On syphilis of the nervous system (De la syphilis du système nerveux); par le Dr W. Julius Mickle. 72 pages in-8°. Extrait du *Brain*, 1895.
- Le Dr L.-F. Calmeil. Sa vie. Ses œuvres (1798-1895); par le Dr Ch. Bihorel, ancien interne de la maison de Charenton. 23 pages in-8° avec un portrait. Paris, Bureaux du *Progrès médical*, 1895.
- Les pseudo-hallucinations de la paralysie générale; par le Dr Hannion. 12 pages in-8°. Extrait de l'*Union médicale du Nord-Est*, numéro du 15 mai 1895.
- Discours prononcé à la séance publique annuelle de la Société de médecine de Toulouse, le 12 mai 1895; par le Dr Parant, président. 15 pages in-8°. Toulouse, imprimerie Pinel, s. d.

— La correction paternelle. Rapport au Comité de défense des enfants traduits en justice, par le Dr Motet, membre de l'Académie de médecine. 14 pages in-8°. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1895.

— Traité de thérapeutique appliquée, publié sous la direction du Dr Albert Robin, de l'Académie de médecine. Fascicule I. Traitement des maladies de la nutrition. 1 vol. in-8° de 320 pages. Paris, Rueff et Cie, 1895.

— Semi-centennial. Proceedings of the American medico-psychological Association of the fiftieth annual meeting held in Philadelphia, may 15-18 1894 (Demi-centenaire. Procès-verbaux de la cinquantième réunion annuelle de l'Association médico-psychologique américaine, tenue à Philadelphie du 15 au 18 mai 1894). 1 vol. in-8° de 361 pages. Utica, 1895.

— Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. Cinquième session tenue à Clermont-Ferrand du 6 au 11 août 1894. Procès-verbaux, mémoires et discussions publiés sous la direction du bureau, par le Dr F. Devay, secrétaire des séances. 1 vol. in-8° de 604 pages. Paris, G. Masson, 1895.

— Der Alcohol als ätiologisches Moment bei chronischen Psychosen (L'alcool comme moment étiologique dans les psychoses chroniques); par le Dr P. Näcke, de Hubertusburg. 14 pages in-8°. Extrait de l'*Irrenfreund*, 1895, n° 3 et 4.

— Essai sur les troubles moteurs de l'alcoolisme. Application d'un nouveau procédé graphique à l'enregistrement de tous les tremblements; par le Dr Gustave Le Filliatre. 112 pages in-8°. Paris, G. Steinheil, 1895.

— Senilità e pazzia. Studio (Sénilité et folie. Etude); par le Dr Verga. 74 pages in-8°. Extrait d'*Il manicomio moderno*, 1895, n° 1.

— Vêtements et appareils protecteurs étranges portés de jour et de nuit par un dégénéré persécuté; par le Dr G. Le Filliatre. 5 pages in-8° avec planches. Extrait de la *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*. Paris, s. d.

— Zur Behandlung der Unreinlichen (Du traitement des gâteux); par le Dr G. Näcke, de Hubertusburg. 12 pages in-8°. Extrait de la *Zeitschrift für Psychiatrie, etc.* Tome LII. Berlin, s. d.

— Asile de Dijon. Rapport médical et administratif pour l'année 1894; par le Dr Samuel Garnier. 86 pages in-8°. Dijon, 1895.

— L'année psychologique publiée par H. Beaunis et A. Binet, avec la collaboration de Th. Ribot, Victor Henri, etc. Première année, 1894. 1 vol. in-8° (619 pages) de la *Bibliothèque de la philosophie contemporaine*. Paris, Félix Alcan, 1895.

— Di una nuova forma di neurastenia parziale; anagnosias-

- tenia (D'une nouvelle forme de neurasthénie partielle, l'asthénie de la lecture); par le professeur L. Bianchi. 14 pages in-8°. Extrait des *Annali di Nevrologia*. Naples, 1895.
- L'ivresse érotique; par le Dr Ch. Fétré. 6 pages in-8°. Extrait de la *Revue de médecine*, numéro du 10 juillet 1895.
- Validità contestata del testamento di un suicida. Perizia psichiatrica (Rapport médico-légal sur la validité contestée du traitement d'un suicidé); par le professeur Leonardo Bianchi.
- Note sur un cas d'épilepsie dont les accès débutent par des mouvements professionnels; — Note sur le phénomène du diaphragme dans quelques hémiplégies; — Brachydactylie et polydactylie coïncidant sur le même membre, etc.; par le Dr Ch. Fétré. 16 pages in-8°. Extrait des *Comptes rendus des séances de la Société de biologie*, du 25 mai au 27 juillet 1895.
- Les psychoses de la vieillesse; par le Dr Ant. Ritti. Rapport au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes. Session de Bordeaux. 48 pages in-8°. Bordeaux, G. Gounouilhou, imprimeur. 1895.
- La folie paralytique. Conférence donnée à la « Réunion scientifique », à Anvers, par le Dr Peeters. 13 pages in-8°. Extrait du *Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*. 1895.
- Corps thyroïde et maladie de Basedow; par le Dr E. Brissaud. Rapport au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes. Session de Bordeaux. 82 pages in-8°. Bordeaux, 1895.
- Le chloralose chez les aliénés; par le Dr Léon L'Hoest, médecin-adjoint à l'Hospice Sainte-Agathe. 12 pages in-8°. Extrait des *Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège*. 1894.
- Des impulsions irrésistibles des épileptiques; par le Dr Victor Parant. Rapport au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes. Session de Bordeaux. 144 pages in-8°. Bordeaux, 1895.
- Du traitement de l'agitation chez les aliénés; par le Dr Léon L'Hoest. 14 pages in-8°. Liège, 1894.
- Contributo allo studio sull' azione terapeutica del succo testicolare di Brown-Séquard in alcune forme di alienazione mentale (Contribution à l'étude de l'action thérapeutique du suc testiculaire de Brown-Séquard dans quelques formes d'aliénation mentale); par le prof. Paolo Funaioli. 20 pages in-8° avec planches. Extrait des *Atti della R. Accademia dei Fisiocritici*. Siena, 1895.
- L'alcool, par les Drs Paul Sérieux et Félix Mathieu. 1 vol. in-32 (192 pages) de la *Bibliothèque utile*. Paris, Félix Alcan, s. d.
- Perizia sullo stato di mente di A. V. imputato di omi-

cidio. Equivalente isterico — Disnoia isterica (Rapport médico-légal sur l'état mental de A. C., inculpé d'homicide. Equivalent hystérique — Disnoia hystérique); par le Dr Ruggero Tamboni. 32 pages in-8°. Extrait du *Bollettino del manicomio provinciale di Ferrara*, 1895, n° 3 et 4.

— Essai sur la pathogénie et le traitement de l'épilepsie; par les Drs Georges Marinesco et Paul Sérieux. 1 vol. in-8° de 183 pages. Bruxelles, F. Hayez, 1895.

— Les fétichistes. Pervertis et invertis sexuels. Observations médico-légales; par le Dr Paul Garnier. 1 vol. in-12 (192 pages) de la *Petite bibliothèque médicale*. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1896.

— Contribution à l'étude de l'atrophie musculaire progressive, type Duchesne-Aran; par le Dr J.-B. Charcot. 1 vol. in-8° de 159 pages avec planches. Paris, *Progrès médical*, 1895.

— Lunacy administration in Berlin and in Scotland with special reference of the care of the insane in private Dwellings (De l'administration des aliénés à Berlin et en Ecosse avec renseignements spéciaux sur le traitement des aliénés dans les établissements privés); par le Dr John Sibbald, « commissioner in Lunacy » pour l'Ecosse. 24 pages in-8°. Extrait de *The Journal of mental science*, 1895, numéros de janvier et d'avril.

— La sciatique, en particulier contribution à l'étude des scolioses homologue et alternante, des troubles de la sensibilité et des réactions électriques; par le Dr Emile Phulpin. 88 pages in-8°. Paris, G. Steinheil, 1895.

— Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1894; par les Drs Bourneville et J. Noir. Tome XV. In-8° avec 8 figures dans le texte et 4 planches. Paris. Bureaux du *Progrès médical*, 1895.

— Compte général de l'administration de la justice criminelle en France et en Algérie pendant l'année 1892 présenté au Président de la République par le Garde des sceaux, ministre de la justice. 1 vol. in-4° de 174 pages. Paris, Imprimerie nationale, 1895.

— Assistance, traitement et éducation des enfants idiots et dégénérés. Rapport fait au Congrès national d'assistance publique (Session de Lyon, juin 1894); par le Dr Bourneville. Tome IV de la *Bibliothèque d'éducation spéciale*. 1 vol. in-8° de 246 pages. Paris, aux bureaux du *Progrès médical*, 1895.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Décret du 31 décembre 1895 : Est promu au grade d'officier dans l'ordre national de la Légion d'honneur : M. STRAUSS (Charles), directeur de la Maison nationale de Charenton. Chevalier du 14 août 1880.

Sont nommés au grade de chevalier de la Légion d'honneur :

M. le Dr BRIAND (Marie-Pierre-Marcel), médecin en chef de l'asile de Villejuif. Interne des asiles d'aliénés de la Seine en 1878. Médecin adjoint de l'asile Sainte-Anne en 1882 et médecin en chef de l'asile de Villejuif depuis 1884. Membre du Conseil supérieur de l'assistance publique. 18 ans de services. Titres exceptionnels : études spéciales sur le régime des aliénés ;

M. le Dr MAIRET (Albert-Jean-Jules), doyen de la Faculté de médecine de Montpellier et médecin en chef de l'asile d'aliénés. Agrégé de médecine en 1878. Professeur titulaire de la clinique des maladies mentales. Membre correspondant de l'Académie des sciences. 17 ans de services. Titres exceptionnels : nombreuses et importantes publications médicales.

— *Arrêté du ministre de l'instruction publique du 5 janvier 1896* : M. le Dr MARIE, médecin de la colonie d'aliénés de Dun-sur-Auron (Cher), est nommé officier d'académie.

— *Arrêté du ministre de l'instruction publique du 5 février 1896* : M. le Dr SOLLIER (Paul-Auguste), médecin à Paris, est nommé officier de l'instruction publique ;

M. le Dr TOULOUSE (Edouard), médecin-adjoint à l'asile Sainte-Anne, est nommé officier d'académie.

— *Arrêté du 31 décembre 1895* : M. le Dr THIVET, médecin-adjoint de l'asile de Blois (Loir-et-Cher), est nommé médecin-adjoint de l'asile Saint-Yon (Seine-Inférieure), et promu à la classe exceptionnelle de son grade (4,000 fr.) pour prendre rang à partir du 1^{er} janvier 1896.

— *Arrêté du 13 janvier 1896* : M. le Dr MARIE, médecin-adjoint à la colonie de Dun-sur-Auron (Cher), est promu au grade de médecin en chef, chargé des fonctions de directeur-médecin de cette colonie ;

M. le Dr PACTET, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Yon,

est nommé médecin-adjoint de l'asile de Villejuif (Seine), en remplacement de M. Rouillard, décédé.

— *Arrêté du 15 janvier 1896* : M. le Dr HAMEL, médecin-adjoint de l'asile de Dôle (Jura), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Saint-Yon (Seine-Inférieure) ;

M. le Dr GIRMA, médecin-directeur de l'asile de Saint-Luc, près Pau (Basses-Pyrénées), est promu à la 2^e classe de son grade (6,000 fr.), pour prendre rang à partir du 1^{er} janvier 1896.

PRIX DE L'ACADEMIE DES SCIENCES

L'Académie des sciences a tenu sa séance publique annuelle le mardi 23 décembre 1895, sous la présidence de M. le Dr Marrey. Parmi les récompenses proclamées, nous relevons les suivantes, décernées à des travaux sur la physiologie et la pathologie du système nerveux :

Prix Montyon de médecine et de chirurgie. — 7,500 francs. — Une mention honorable de 1,500 francs est accordée à M. le Dr A. CHIPAULT, pour son ouvrage sur la *Chirurgie du système nerveux*; une citation, à M. le Dr V. PARANT pour son travail intitulé : *La raison dans la folie*.

Prix Bellion. — 1,400 francs. — Ce prix est décerné à M. le Dr VAILLARD, pour ses publications relatives au tétanos. Des mentions honorables sont accordées à MM. VINCENT et ROUGET, collaborateurs de M. Vaillard, dans ses recherches sur le tétanos.

Prix Lallemand. — 1,800 francs. (Travaux relatifs au système nerveux.) — Le prix est partagé entre M. le Dr E. TOULOUSE, pour son ouvrage : *Les causes de la folie, prophylaxie et assistance*, et M. le Dr HALIPRÉ, de Rouen, pour un travail sur *La paralysie pseudo-bulbaire d'origine cérébrale*.

Deux mentions honorables sont accordées : 1^o à M. le Dr CHERVIN, de Paris; 2^o à M. le Dr DEBIERRE.

CONCOURS D'ADMISSIBILITÉ AUX EMPLOIS DE MÉDECINS-ADJOINTS DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS INSTITUÉ PAR L'ARRÊTÉ MINISTÉRIEL DU 18 JUILLET 1888

Par application des arrêtés ministériels des 18 juillet 1888 et 14 avril 1894, un concours pour l'admissibilité aux emplois de médecins-adjoints des asiles publics d'aliénés aura lieu à Paris, Lille, Nancy, Lyon, Bordeaux, Montpellier et Toulouse dans les derniers jours du mois d'avril ou dans le courant du mois de mai prochain.

Un avis ultérieur publié au *Journal officiel* et dans le recueil

des actes administratifs de la préfecture du chef-lieu de chaque région, fera connaître la date exacte d'ouverture de chacun des concours ainsi que celle à laquelle devront être parvenues au ministère de l'intérieur, les demandes des candidats qui solliciteront l'autorisation de concourir.

Les demandes peuvent être adressées, dès maintenant, au ministère de l'intérieur sous le timbre de la Direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 1^{er} bureau.

Conditions du concours.

Le concours est régional ; il y a autant de régions que de facultés de médecine de l'Etat.

La circonscription de chaque région est composée comme il est indiqué dans le tableau ci-après.

Les candidats doivent être Français et docteurs d'une des facultés de médecine de l'Etat.

Leur demande devra être adressée au ministère de l'intérieur, qui leur fera connaître si elle est agréée et s'ils sont admis à prendre part au concours.

Ils ne devront pas être âgés de plus de trente-deux ans au jour de l'ouverture du concours. Ils auront à justifier de l'accomplissement d'un stage d'une année, au moins, comme internes, soit dans un asile public ou privé consacré au traitement de l'aliénation mentale, soit dans un hôpital où ils auraient été appelés à ces fonctions par la voie du concours. A l'égard des anciens internes des hôpitaux, la limite d'âge maximum peut être, sur demandes et par décisions individuelles, reculée jusqu'à trente-cinq ans en faveur de ceux qui auraient plus de trente-deux ans à la date du concours.

Toute demande sera en conséquence accompagnée des pièces faisant la preuve de ce stage, de l'acte de naissance du postulant, ainsi que de ses diplômes et états de services quelconques.

Les candidats sont libres de concourir, à leur choix, dans l'une ou l'autre des régions.

Au fur et à mesure des vacances d'emplois qui se produiront dans les asiles publics de la région où ils auront passé le concours, les candidats déclarés admissibles seront désignés au choix des préfets suivant l'ordre de classement établi par le jury, d'après le mérite des examens.

A titre exceptionnel et s'il y avait urgence à nommer le médecin-adjoint d'un asile, dans une région où la liste des admissibles se trouverait épuisée, l'administration supérieure se réserve la faculté d'appeler à cet emploi un candidat d'une autre région, à la condition que celui-ci déclarera expressément

mént renoncer au droit qui lui appartient d'obtenir son poste de début dans la région où il a subi le concours.

A titre exceptionnel également, et lorsqu'une nécessité d'ordre supérieur le commanderait, ou encore par mesure disciplinaire, tout médecin-adjoint nommé pour son début dans la région où il aura concouru pourra être ensuite envoyé avec ses mêmes fonctions dans un asile situé hors de cette région.

Les médecins-adjoints peuvent être nommés médecins en chef ou directeurs-médecins dans toute la France.

Le jury chargé de juger les résultats du concours sera composé dans chaque région :

1^o De trois directeurs-médecins ou médecins en chef de la région ;

2^o D'un inspecteur général des établissements de bienfaisance, docteur en médecine, président ;

3^o D'un professeur désigné par la Faculté de médecine de la région.

Les directeurs-médecins et les médecins en chef appelés à faire partie du jury seront désignés par voie de tirage au sort parmi les docteurs qui remplissent l'une ou l'autre de ces fonctions dans un des asiles publics de la région.

Les médecins de la Maison nationale de Charenton, les médecins en chef des quartiers d'aliénés des hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière peuvent, pour la région de Paris, être également appelés par la voie du sort à faire partie du jury, concurremment avec les directeurs médecins et les médecins en chef des asiles publics de cette région.

Il sera procédé, en outre, au tirage au sort d'un juré suppléant pris également parmi les directeurs médecins et médecins en chef ci-dessus désignés.

Les épreuves sont au nombre de quatre :

1^o Une question écrite portant sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux, pour laquelle il sera accordé trois heures aux candidats.

Le maximum des points sera de trente ;

2^o Une question orale portant sur la médecine et la chirurgie ordinaires, pour laquelle il sera accordé vingt minutes de réflexion et quinze minutes pour la dissertation.

Le maximum des points sera de vingt ;

3^o Une épreuve clinique sur deux malades aliénés. Il sera accordé trente minutes pour l'examen des deux malades, quinze minutes de réflexion et trente minutes d'exposition.

L'un des deux malades devra être examiné et discuté plus spécialement au point de vue médico-légal.

Le maximum des points sera de trente ;

4^o Une épreuve sur titres. Les travaux scientifiques antérieurs des candidats seront examinés par le jury et feront

l'objet d'un rapport qui pourra être communiqué aux candidats sur leur demande.

Le maximum des points sera de dix.

Les points pour cette épreuve devront être donnés au début de la première séance de lecture des compositions écrites.

Suit un tableau déterminant la circonscription de chacune des sept régions, tableau qu'on trouvera résumé dans les *Annales* (numéro de mai-juin 1894, p. 529).

LA SITUATION DES ASILES D'ALIÉNÉS EN BELGIQUE

Sous ce titre, le *Journal des Débats* (numéro du vendredi soir, 27 décembre 1895) publie l'analyse suivante d'un rapport officiel distribué aux membres de la Chambre des députés de la Belgique. Chez nos voisins, comme en bien d'autres pays, il existe encore des lacunes, des points défectueux dans le service des aliénés ; mais il est bon de les constater pour les faire disparaître. Critiquer, rechercher le mal, le faire ressortir, n'est-ce pas le premier pas pour arriver à des améliorations sérieuses ? Nos savants et dévoués collègues de la Société de médecine mentale de Belgique, qui ont tant contribué au progrès de la science et de l'assistance des aliénés, n'ont pas dû voir sans regret cette mise en pleine lumière de défauts qu'ils ont été les premiers à déplorer, et aussi les premiers à faire connaître aux autorités compétentes. C'est à eux qu'il appartiendra d'indiquer les remèdes à un état de choses que l'autorité elle-même a cru devoir signaler.

Nous donnons maintenant la parole au correspondant du *Journal des Débats* :

« Nos députés ont reçu, au seuil des vacances de Noël et du jour de l'An, un volumineux rapport sur la situation des asiles d'aliénés en Belgique ; ils trouveront sans doute le loisir de le feuilleter ; car il renferme des constatations peu rassurantes émanant non pas du premier venu, non pas même d'un médecin « libre », mais des médecins mêmes de l'Etat et des hauts fonctionnaires du département de la justice. Le rapport est rédigé de manière à n'alarmer personne ; mais les atténuations et la circonspection de la forme rendent d'autant plus grave et plus triste la situation que dénonce le rapport. En voici quelques témoignages.

« L'action de l'Etat, assurée par la loi de 1874, ne s'exerce pas dans les conditions désirables : jamais, depuis la mise en vigueur de cette loi, destinée pourtant à déraciner des abus criants, jamais l'Etat n'a osé se substituer aux directions d'asiles qui se montraient récalcitrantes et faire exécuter, à

leurs frais, les améliorations dont la nécessité était reconnue, et pourtant, à plusieurs reprises, il s'est heurté au mauvais vouloir et à l'inertie du propriétaire de ces établissements.

« Le service médical, qui devrait représenter le pivot autour duquel gravitent les autres services, n'a point, d'après la loi de 1874, l'importance qu'il mérite : le médecin présenté par le propriétaire de l'asile est accepté, les yeux fermés, par le gouvernement ; il touche quelques centimes par fou, est choisi au rabais, et, de ses capacités spéciales, personne n'a le moindre souci. A part quelques exceptions, la plupart de ces présumés aliénistes se bornent à la tenue de leurs registres : tant de malades, tant de sorties, tant de décès. Aucune trace de vie scientifique dans l'asile ; pas même de bibliothèque ; le médecin arrive, expédie sa visite et repart au galop : les fous absorberaient une part de temps qui se peut dépenser plus lucrative-ment dans la clientèle privée.

« Malgré les découvertes de la psychiatrie qui montrent l'importance du travail comme facteur de guérison ou d'amélioration, les asiles privés ne font rien pour occuper leurs malades ; quelques-uns dirigent certains pensionnaires vers les travaux des champs ; la plupart considèrent le travail comme une distraction d'ordre secondaire et ils n'en soupçonnent pas la vertu curative.

« La surveillance n'est pas moins hasardeuse : ici, la ronde de nuit est de règle ; là, elle n'existe qu'à titre d'exception ; ailleurs, il n'y a même pas de surveillance continue pour les malheureux dont l'état requiert des soins spécialement vigilants. En France, tout directeur d'asile privé doit être médecin et l'autorité scientifique domine ainsi le personnel des employés. En Belgique, la plupart des directeurs d'asiles sont de simples particuliers, des commerçants qui cherchent à tirer de leur métier le plus gros profit possible ; les médecins consciencieux maintiennent leur suprématie ; les autres, dans la crainte de perdre leur place, glissent aux concessions et aux accommodements, finissent par se cantonner dans une thérapeutique pure-ment matérielle, sans plus se soucier de ce qui, dans l'ensemble du fonctionnement de l'asile, peut influencer en bien le moral des malades.

« Quant aux asiles provisoires et de passage pour aliénés(1),

(1) Les faits rapportés par le rapport sur la situation des asiles d'aliénés de Belgique, relatifs aux « asiles provisoires ou de passage », peuvent être rapprochés de ceux cités par M. H. Monod, directeur de l'hygiène et de l'assistance publique en France, dans son intéressante communication au Congrès international de médecine mentale de 1889. Nous renvoyons la lecteur aux Comptes rendus de ce Congrès (1 vol. in-8°, Paris, 1890, p. 419). — N. d. I. R.

le rapport des médecins officiels enregistre des faits si tristes qu'on ne les croirait point possibles dans un pays civilisé :

« A Dinant, l'asile provisoire est une cave. Le pavement est en pierre et dépourvu de natte; presque pas de lumière; comme mobilier, un lit de camp.

« A Hal, un cabanon sans air communique avec une salle où se trouvent des malades sains d'esprit.

« A Grammont, un pavillon de deux pièces; la première sert de dépôt mortuaire; le médecin inspecteur y a trouvé « plusieurs cercueils et une table d'autopsie ». La pièce réservée aux fous est éclairée par une fenêtre grillée; un lit est scellé au sol; le local n'est pas chauffé.

« A Namur, le médecin de l'Etat constate :

« Dans une de mes inspections, j'ai trouvé une cellule occupée par un homme dans l'état de surdité le plus complet. Ce malheureux, atteint du délire des grandeurs, et, d'ailleurs, absolument inoffensif, avait déchiré tous ses vêtements et lacéré lacamisole de force dont on l'avait revêtu. En désespoir de cause, on l'avait abandonné dans l'état où je l'ai vu. Or, il m'a déclaré lui-même, fait confirmé par la concierge, qu'en entrant à l'asile il était fort tranquille et que c'était le séjour de la cellule qui l'avait rendu *enragé*. »

« De pareils faits sont honteux dans un pays où Guislain, le premier, éleva les fous à la dignité de malades; il importe au renom de la Belgique qu'elle accorde aux aliénés un traitement humain et scientifique. »

LE SUICIDE EN FRANCE ET EN ALLEMAGNE

Voici le chiffre des suicides constatés en France et en Allemagne pendant la période de treize ans allant de 1881 à 1893 :

Années.	Allemagne.	France.
1881	8.987	6.741
1882	9.009	7.213
1883	10.269	7.267
1884	9.753	7.572
1885	10.084	7.992
1886	10.297	8.187
1887	10.001	8.202
1888	9.308	8.451
1889	9.565	8.180
1890	9.811	8.410
1891	10.474	8.884
1892	10.551	9.285
1893	10.699	9.043

Ces chiffres montrent qu'en France le nombre des suicides

est graduellement croissant ; mais cet accroissement est sensiblement plus rapide que celui de la population. En treize ans, il a été d'environ un tiers, tandis que la population n'a guère augmenté dans le même temps que d'un vingtième.

Par suite, plus rares qu'en Allemagne en 1881, les suicides sont devenus plus fréquents en France.

En Allemagne l'accroissement du nombre des suicides est plus apparent que réel ; car, sauf quelques oscillations, il reste proportionnel au chiffre de la population. Rapporté à un million d'habitants, le chiffre des suicidés a varié de 193 (minimum en 1888) à 223 (maximum en 1883), la moyenne étant environ 208.

Mais en Allemagne la fréquence des suicides varie beaucoup d'une province à l'autre. Ainsi en Saxe, à Hambourg, on compte proportionnellement trois fois plus de suicides que dans la Bavière et surtout l'Alsace-Lorraine, qui a l'avantage d'occuper le dernier rang dans cette statistique. (*Bulletin médical*, numéro du dimanche 9 février 1896.)

PETITE STATISTIQUE DE L'ALCOOLISME

Une société qui a vaillamment lutté contre l'alcoolisme en Angleterre, l'Alliance du Royaume-Uni, publie, sous la signature de son secrétaire, M. James White, un travail particulièrement intéressant en ce qu'il porte non sur les opérations de l'année écoulée, mais sur une expérience de près de trente ans. Pour compléter son travail, M. James Whyte a réuni les observations recueillies par d'autres associations analogues, de telle sorte que son travail est vraisemblablement le plus parfait qu'on ait publié en Angleterre sur ce douloureux sujet. Il le ferme par des conclusions qui ont reçu l'approbation du comité de l'Association médicale britannique.

Les compagnies d'assurances ont communiqué à l'auteur des notes et des chiffres importants. Une de ces compagnies a divisé ses services en deux classes : les assurés *alcohol users*, buveurs d'alcool qui ne sont cependant pas des ivrognes habituels, et les assurés *teetotalers* qui ne boivent ni alcool, ni vin, ni bière.

La première section comprend — il ne faut pas s'y tromper — tout le monde ; les gens qui boivent du vin à table, un verre de bière ou de liqueur à l'occasion. Eh bien, en vingt-neuf ans, alors que les tables de calculs de probabilités faisaient prévoir dans cette section 8,836 décès, on en a enregistré 8,617, tandis que, dans la section des *teetotalers*, 4,368 décès seulement sont constatés sur 6,187 décès prévus. En d'autres termes, environ 1,860 personnes sont aujourd'hui vivantes qui seraient mortes.

si elles avaient appartenu à la section des *alcohol users*. Voici de quoi nous faire réfléchir au moment de savourer notre chartreuse après le café.

Dans une autre société, sur 1,000 assurés *teetotalers*, 500 ont atteint l'âge de soixante-cinq ans, tandis que sur 1,000 *alcohol users*, 453 seulement ont atteint cet âge. Les existences, abrégées par l'usage des boissons fermentées sont donc de 137 par mille.

En dehors de l'assurance, les tables de mortalité fournissent des chiffres édifiants. Nous y voyons, par exemple, que chez les habitants de Londres, si généralement adonnés aux boissons alcooliques, la moitié des enfants meurent avant d'avoir atteint l'âge de trois ans, tandis que chez les quakers de la même ville, renommés pour leur tempérance, la moitié des enfants parviennent à l'âge de quarante-cinq ans, et a par conséquent une longévité quinze fois plus considérable que les précédents.

D'autre part, la mortalité chez les personnes engagées dans le trafic des alcools est effroyable. Pour 1,000 habitants, l'influence des professions se traduit ainsi dans la statistique : on relève 8 ecclésiastiques, 9 fermiers ou cultivateurs, 11 ouvriers agricoles, 12 charpentiers et menuisiers, 13 houilleurs, 14 maçons et briquetiers, 18 plombiers, peintres ou vitriers. Attention ; nous arrivons aux alcooliques professionnels, et voici la proportion des décédés sur 1,000 habitants de toutes professions : 21 brasseurs, 24 aubergistes ou cabaretiers, 35 domestiques de café ou d'hôtel.

Il résulte de ce tableau que la misère, la dureté du travail quotidien exercent sur la mortalité une influence infiniment moindre que l'ivrognerie. Les professions dans lesquelles les hommes sont trop souvent mal nourris, mal vêtus, mal logés, exposés à de nombreux accidents ou à une atmosphère viciée présentent une mortalité inférieure à celle constatée chez les commerçants en vins, bières ou spiritueux. Les métiers où l'ouvrier manipule des substances minérales, toxiques, comme les plombiers, les vitriers et les peintres, fournissent une mortalité moindre, bien que très élevée déjà, que celle des hommes particulièrement exposés aux dangers de l'alcool par leur profession.

Une observation de M. James White surprendra la plupart de nos lecteurs. Le studieux secrétaire de l'*Alliance du Royaume-Uni* est arrivé à cette découverte que l'ivrognerie exerce plus de ravages dans les classes supérieures de la société que dans les classes ouvrières ! Nous ne pouvons songer à traduire pour les lecteurs du *Temps* les tableaux et les graphiques qui permettent de saisir dans l'œuvre de M. James White, et comme à vol d'oiseau pour ainsi dire, l'ensemble des études qui l'ont amené à cette constatation ; nous devons nous résigner à en

résumer les chiffres. Dans sa statistique générale, il compte parmi les décès dus à l'intempérance habituelle : 10 p. 100 d'ouvriers et d'artisans, 13 p. 100 de commerçants, 16.9 p. 100 de commis-voyageurs, et 20.4 p. 100 de rentiers et d'hommes du monde !

Pour terminer, et en dehors du travail de M. James White, disons un mot d'un document rare que nous avons eu occasion de voir dans la collection de la très honorable lady Henry Somerset ; c'est le premier engagement écrit de tempérance ; il porte la date de 1637 et la signature du pasteur R. Bolton, de Broughton, dans le Northamptonshire. Il est ainsi conçu :

« A partir de ce jour et jusqu'à la fin de ma vie il ne m'arrivera plus de prendre part à un toast ni de boire à un verre, une coupe, un bol, ni à aucun autre des instruments usités pour la boisson, cela quoi qu'il arrive ou puisse arriver, malgré notre Très Gracieux Seigneur le roi, malgré le plus grand des souverains ou des tyrans qui soient sur la terre, malgré mon meilleur ami et quand bien même on m'offrirait tout l'or de la terre. Ni les anges du ciel (qui, je le sais, ne veulent pas), ni Satan avec tous ses démons, ni tous les pouvoirs de l'enfer ne me feront pas manquer à cet engagement.

« R. BOLTON.

« Broughton, 10 avril 1637. »

La formule est à peu près la même aujourd'hui. Mais l'observe-t-on rigoureusement ? Tous les habitants du West-End connaissent certain cocher de fiacre qui a fait voeu de tempérance et porte le ruban bleu des *teetotalers*... uniquement pour donner à ses clients la tentation de le corrompre en lui donnant de quoi boire ! (Le *Temps*, numéro du jeudi 16 janvier 1896.)

UN ALIÉNÉ A LA TÊTE D'UN MUSÉE

Il n'est bruit à Budapest, en ce moment, que des folies commises avant son internement tout récent dans une maison de santé par le directeur du musée Esterhazy, aujourd'hui Galerie nationale, le Dr Charles de Pulszky.

Ces folies ont coûté en deux ans, aux finances hongroises, la modeste somme de 932,880 francs. Avant de se traduire en actes de démence manifestes, elles se sont traduites en acquisitions de toute nature, plus fantaisistes les unes que les autres, opérées au compte du gouvernement pour la nouvelle galerie dont l'inauguration aura lieu aux fêtes du millénaire.

De Pulszky n'était pas le premier venu. Auteur de travaux estimés, il jouissait en Europe, comme érudit et comme con-

naisseur, d'une notoriété justifiée. On lui avait donc tout naturellement confié, il y a deux ans, la mission d'employer en achats le million prélevé, à l'occasion du millénaire, sur les finances nationales pour l'extension des collections du musée.

A peine investi de cette mission, Pulszky tailla dans le grand. Sur tous les points de l'Europe, aux ventes sensationnelles, on le vit accourir, accompagné d'une dame qui lui servait d'intermédiaire aux enchères. Les enchères n'en montaient pas moins à des prix toujours fantastiques. Une acquisition, entre autres, a porté un coup sensible aux Hongrois. C'est l'achat opéré cet automne d'un portrait d'homme provenant de la galerie Scarpa, à Milan, et qu'on disait être de Raphaël, mais que les experts les plus autorisés attribuaient tout bonnement à Sébastien del Piombo. Une Française, la comtesse de Chevigné, l'avait acheté, en vente publique, 131,000 francs. Son enthousiasme était déjà tombé quand de Pulszky lui demanda de vouloir bien le lui céder. Elle s'estima heureuse de le lui revendre avec 4,000 fr. de bénéfice, soit 135,000 francs.

Il y eut pire, car le tableau, après tout, passe pour bon. Les Hongrois trouvent, non sans raison, qu'ils l'ont payé un peu cher, mais du moins est-ce une œuvre d'art qu'ils acquièrent. On n'en pourrait dire autant des 50,000 cartons qui viennent d'arriver au musée, sur commande écrite de de Pulszky, et que le fou destinait à contenir la collection publique d'estampes. Or, ladite collection renferme en tout 5,000 pièces.

Les 50,000 cartons ont eu pour pendant un achat de 28,000 francs de livres. La commission nommée pour tirer au clair la gestion de l'ex-directeur se perd en conjectures sur les causes qui ont pu motiver cette emplette.

Et tous les jours on reçoit de nouvelles caisses. De Paris, de Londres, d'Italie, les tableaux arrivent en foule. Et le ministre de l'instruction publique est fort embarrassé, car on le malmenne dans la presse, on l'accuse d'avoir trop peu surveillé l'emploi des fonds confiés à de Pulszky. L'an dernier, en effet, quelques journaux avaient mis en doute l'authenticité et la valeur des tableaux achetés en 1894, mais la campagne entreprise avait été fort mal vue en haut lieu et nul n'avait attaché d'importance aux faits mis en lumière.

Or, il paraît avéré que depuis longtemps déjà de Pulszky ne jouissait plus de sa raison. Ses amis avaient relevé, dès le commencement du dernier été, force bizarries dans sa conduite. Ses comptes étaient dans un inexprimable désordre, ce qui eût pu s'accorder, à vrai dire, ce qui s'accorde même très souvent avec un esprit sain. Mais il ne sortait plus, depuis des mois, qu'avec un revolver chargé dans sa poche, et l'incohérence de ses paroles était telle qu'elle paraissait aux moins prévenus inquiétante.

Un de ses derniers exploits fut le suivant: prié par un ami de lui servir de témoin dans une affaire d'honneur, il l'avait pris, avec les témoins de l'adversaire, sur un ton qui devait amener de toute nécessité une rencontre. La rencontre arrêtée, ce fut lui qui en régla les conditions : au pistolet de combat, à dix pas et tir à volonté. On s'étonne encore aujourd'hui qu'il ne soit resté sur le carreau qu'un seul des deux adversaires.

Depuis un mois, de Pulszky était tombé dans un état complet d'inconscience. Indifférent à tout ce qui se passait autour de lui, [même dans sa famille, il restait des heures entières plongé dans une sorte d'hébétude. On n'arrivait que de loin en loin à lui faire prendre un peu de nourriture. Il a fallu se décider à le conduire dans une maison d'aliénés. On le disait atteint de paralysie générale progressive.

Telles sont du moins les nouvelles répandues par les amis de de Pulszky; mais elles n'ont point paru exactes à tout le monde et, à la suite d'une question posée avant-hier à la Chambre des députés par le comte Apponyi, le parquet a été saisi de l'affaire. Certaines personnes, en effet, sont d'avis que la folie aurait été simulée par de Pulszky pour cacher les détournements dont il se serait rendu coupable.

En conséquence, un juge d'instruction s'est rendu, accompagné de deux médecins, à la maison d'aliénés dans laquelle le directeur des musées avait été transporté. Il a mis en état d'arrestation le malade et l'a fait écrouer à la prison de Budapest.

Il est probable que cette mesure inattendue est dictée par le désir de donner satisfaction à la presse et aux députés de l'opposition, et que de Pulszky ne tardera pas à être réintégré dans son asile de fous. Un de nos collaborateurs, qui s'est trouvé en Italie, cet été, en même temps que lui, a pu constater que le malheureux était déjà pleinement détraqué. Il n'est surpris que d'une chose, c'est qu'on ait attendu si tard, en Hongrie, pour s'en apercevoir. (Le *Temps*, numéro du jeudi 13 février 1896.)

LE GUÉRISSEUR DE DENVER.

Sous ce titre: *Contribution à la psychologie du vagabondage. Un vagabond qui se range*, notre savant collaborateur M. le Dr Cullerre a publié, dans le numéro de septembre 1895 des *Annales* (p. 214), l'observation curieuse et intéressante d'un aliéné guérisseur, occultiste, etc.; nous empruntons à la *Revue scientifique* (numéro du 2 novembre 1895) le récit suivant d'un fait qui présente avec le précédent de nombreuses analogies:

« Depuis quelque temps, la ville de Denver, dans le Colo-

rado, célèbre pour la rapidité avec laquelle elle a poussé, et pour son activité, possède un nouvel élément d'attraction. C'est un nommé Francis Schlatter, qui guérit les maladies par simple attouchement. Tandis que les rois de France se faisaient une spécialité de la guérison des écroûelles où, d'ailleurs, ils n'ont pas excellé, soit dit en passant, Francis Schlatter s'attaque bravement à toutes les maladies. De neuf heures du matin à quatre heures et demie du soir, ce personnage se tient, quelque temps qu'il fasse, devant une certaine maison, et il donne là ses soins à des milliers de malades. Il a une physionomie douce, encadrée de longs cheveux, terminée par une assez longue barbe, et son type se rapproche de celui que la convention s'accorde généralement à attribuer au Christ, dans les tableaux, à la barbe près. C'est un ancien cordonnier. Il y a deux ans, il a entendu une voix qui lui a ordonné de se lever, d'aller guérir ceux qui croiraient. Il a, de Denver, gagné l'Arizona à pied, et dans le désert a jeûné quarante jours pleins. Il a fait de la prison, les autorités locales ne le voyant pas de bon œil voyager pieds nus et nu-tête. Ses premières cures ont été faites à Albuquerque. Après un second jeûne de soixante jours pleins, il est arrivé à Denver, où il a fait quantité de cures aussi. Sa méthode consiste à serrer fermement la main du patient, et à lui dire : Ayez foi et vous guérirez! Il n'est pas douteux que dans beaucoup d'affections, son intervention puisse être d'une efficacité parfaite. Ce guérisseur n'accepte point d'argent ni de cadeaux : c'est un illuminé, mais non un charlatan. »

FAITS DIVERS

L'alcoolisme héréditaire. — On lit dans le *Petit Temps* (numéro du 2 février 1896) :

« Le professeur Pellmann, de l'Université de Bonn, s'est livré à de curieuses recherches sur les ravages de l'alcoolisme héréditaire dans une famille dont il a reconstitué l'effrayante histoire. Une femme nommée Ada Jurke, née en 1740, mourut, au commencement de ce siècle, alcoolique, après avoir vécu en veuve et vagabonde ; sa postérité compte 834 individus. On a pu reconstituer l'existence de 700 d'entre eux et voici les résultats qu'a obtenus le professeur Pellmann : 106 étaient nés en dehors du mariage, 142 mendians, 64 pensionnaires des dépôts de mendicité, 181 femmes devinrent filles publiques et 76 individus de cette intéressante famille furent condamnés pour crimes, 7 d'entre eux pour meurtres. En 75 ans, cette famille d'alcooliques a coûté à l'Etat, en secours d'indigents, entretien dans les prisons et en dommages causés, une somme évaluée à plus de 5 millions de marcs ! »

Un guillotiné volontaire. — On écrit de Lyon au *Temps* (numéro du jeudi 30 janvier 1896) :

« Un habitant de Saint-Pierre-la-Palud, canton de l'Arbresle nommé Deparcieux, vient de trouver, pour se donner la mort, un moyen peu commun : il s'est guillotiné lui-même.

Deparcieux, qui était âgé de quarante-deux ans et exerçait la profession de menuisier et maçon, vivait très retiré. Il avait construit lui-même l'instrument de mort, une guillotine savante, parfaite, formée de deux montants d'une hauteur de 2^m,50 ; le couperet était une hache fort bien aiguisée au-dessus de laquelle Deparcieux avait adapté un marteau de maçon du poids de 7 kilogrammes. L'appareil tout entier, en bois dur, travaillé et agencé d'une façon merveilleuse, avait dû exiger de longs jours de travail. Ajoutons que la hache était retenue au haut de l'appareil par un déclic auquel fut fixé une corde.

Ces préparatifs terminés, Deparcieux se coucha sur le dos, les pieds appuyés contre un mur, un coussin posé sous les reins, la tête placée sur une espèce de crible, puis il s'attacha à la main la corde dont nous parlons et la tira au moment qu'il jugea opportun. Le couteau tomba et la tête fut tranchée net.

Le corps n'avait fait aucun mouvement à l'exception toutefois de la jambe gauche qui s'était légèrement contractée.

Les voisins de Deparcieux, surpris de ne pas l'avoir vu de quelques jours, se décidèrent à pénétrer chez lui. Après avoir visité tous les appartements ils eurent l'idée de descendre à la cave et c'est là qu'ils trouvèrent, hier matin, le corps de Deparcieux. Le désespéré avait conservé ses habits de semaine et avait gardé son chapeau sur la tête. Un médecin estima que la mort remontait à samedi.

On ne sait à quoi attribuer cet étrange suicide. L'exécuté volontaire avait quelque aisance et jamais il n'avait fait part à personne d'aucun sujet de désespoir. Il vivait seulement très retiré et passait pour un peu sournois.

Un grand nombre de curieux sont allés visiter hier la maison et la machine ; quelques-uns ont même fait fonctionner cette dernière. »

Une séquestration arbitraire en Angleterre. — On écrit de Londres au *Temps* (numéro du mardi 14 janvier 1896) :

« Le 28 octobre dernier, M. Sullivan, un jeune homme bien connu dans le sud de Londres comme secrétaire de la Fédération socialiste, se présentait devant le magistrat de la cour de police de Battersea pour lui demander d'ordonner la mise en liberté de sa fiancée, miss Edith Lanchester, enlevée par ses parents et séquestrée dans un asile d'aliénés en vue d'empêcher son union avec lui. M. Sullivan n'hésitait pas à déclarer qu'il

était d'accord avec la jeune fille pour entrer en ménage selon les doctrines de l'union libre et que c'était sur ce commun accord que les parents de miss Edith et le médecin consulté basaient leur intervention.

Moins de trois jours après, la jeune révolutionnaire était rendue à la liberté. Un mouvement de sympathie se déclara en sa faveur dans presque toutes les classes de la population ; elle reçut quantité de lettres, de dépêches, de présents, notamment une somme de 2,500 francs offerte par l'excentrique marquis Queensberry.

Une instruction fut immédiatement ouverte par la commission des aliénés contre le Dr Blandford qui avait signé l'ordre de séquestration à la requête de M. Lanchester père. Aux journalistes qui l'avaient interrogé dès le premier jour, ce médecin avait répondu qu'il discernait des preuves irrécusables de folie dans les déclarations socialistes de la jeune fille et dans sa résolution avouée de s'unir à M. Sullivan sans prêtre ni fonctionnaire de l'état civil.

La commission des aliénés vient de faire comparaître le Dr Blandford et a décidé à l'unanimité qu'il avait agi contrairement à toutes les lois sur la matière. Aucune poursuite ne sera cependant exercée contre le docteur par la commission elle-même, ses membres ayant jugé qu'il était coupable seulement d'ignorance et de légèreté, le prix de 78 fr. 75 (3 guinées) reçu pour ses visites et son certificat excluant tout soupçon de corruption. Mais miss Edith Lanchester annonce sa résolution de poursuivre M. Blandford devant la cour du banc de la reine.

Nous n'en avons donc pas encore fini. »

Un persécuté en liberté. — On télégraphie de Châlons-sur-Marne au *Temps* (numéro du mercredi 29 janvier 1896) :

« Hier, à trois heures du matin, un incendie a éclaté à Reims, rue du Barbatre; 73, au domicile des époux Briat, ébénistes. Malgré la rapidité des secours, la maison fut entièrement détruite. En procédant au déblaiement des décombres, on découvrit les cadavres complètement carbonisés du sieur Briat et de son jeune enfant. La femme Briat, échappée au sinistre, raconta que son mari, atteint de la folie de la persécution, s'était relevé pendant la nuit, avait amoncelé les meubles contre la porte et avait mis le feu à une botte de paille aspergée de pétrole. Les pertes matérielles montent à 13,000 francs. »

Attentat anarchiste contre un médecin aliéniste. — On écrit de Lisbonne (Portugal) au *Journal des Débats* (numéro du samedi 8 février 1896) :

« Un attentat anarchiste vient d'avoir lieu à Lisbonne. Une bombe a éclaté à la porte de la maison occupée par un des mé-

decins ayant signé le certificat d'aliénation mentale qui a fait envoyer dans un asile l'individu qui jeta récemment des pierres au roi, dans la rue. Les anarchistes n'ont pu supporter un tel affront à leur doctrine. Leur susceptibilité va d'ailleurs leur coûter cher : plus de soixante d'entre eux sont déjà sous les verrous. »

Des dépêches ultérieures ont annoncé que « la police de Lisbonne avait arrêté l'anarchiste qui a récemment lancé une bombe devant la maison d'un médecin. Il résulte de l'enquête judiciaire que cet attentat avait été conçu par un comité de neuf anarchistes qui ont été tous arrêtés. »

**TROISIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL DE PSYCHOLOGIE
TENU A MUNICH DU 4 AU 7 AOUT 1896**

L'ouverture de ce congrès aura lieu le mardi 4 août 1896, avant midi, dans la grande salle de l'Université.

Y pourront prendre part toutes personnes prenant intérêt à la propagation des connaissances psychologiques et désirant voir s'établir des relations personnelles entre les psychologues des différentes nations.

Les dames y seront admises avec les mêmes droits que les hommes.

Relativement à l'admission au congrès, de même que pour toutes les lectures et discours à tenir, on est prié de bien vouloir s'adresser avant l'ouverture du Congrès au secrétariat. (Munich, Bavière, Max-Josephstr.)

Les personnes qui voudront assister aux séances du Congrès sont priées de verser une cotisation de 20 francs, qui donnera droit à une carte d'admission pour toutes les séances du Congrès : en même temps, elles recevront gratuitement le journal avec la liste des membres et un exemplaire des rapports officiels.

Cette carte servira également de quittance ainsi que de billet d'entrée aux fêtes diverses qui auront lieu en l'honneur des membres du Congrès.

Le journal paraîtra en quatre numéros. Il est destiné à servir de guide et contiendra l'indication des logements, le programme des lectures et discours à tenir, les divertissements qui sont projetés, la liste des membres du congrès et enfin un aperçu des galeries et des curiosités de Munich.

Les langues admises pour les discussions sont : l'allemand, le français, l'anglais et l'italien. Les travaux du Congrès se feront soit dans les séances générales soit dans les séances de sections. La répartition des sections dépendra des discours et

des lectures projetées et se fera dans les diverses salles de l'Université.

La durée d'un rapport lu dans les sections est fixée à vingt minutes au plus. Les membres qui voudront prendre part aux discussions sont priés de présenter un résumé de leur discours avant ou pendant les séances, pour faciliter la rédaction du rapport. Ils pourront se servir pour cela des formulaires mis à leur disposition.

En général, on invite tous les savants, qui annonceront des rapports pour le Congrès, à en envoyer préalablement, et avant son ouverture, un extrait succinct, ou table des matières, au secrétariat, dans la dimension d'une ou de deux pages imprimées. Ces extraits seront imprimés et distribués avant la séance à l'auditoire pour rendre plus facile la compréhension du rapport.

Quant aux détails du programme des travaux, les membres du comité local donneront volontiers tous les renseignements nécessaires, de même que pour les visites à faire dans les instituts et laboratoires scientifiques.

Programme.

I. — *Psycho-physiologie.* — A) Anatomie et physiologie du cerveau et des organes des sens (bases physiologiques de la vie psychique).

Développement des centres nerveux. Localisations. Neurones. Voies de conduction. Structure du cerveau. Fonctions psychologiques des parties centrales; actions réflexes et automatiques; innervation, énergie spécifique des nerfs.

B) Psycho-physisque. Rapports du physique et du psychique. Méthodologie psycho-physisque. Loi de Fechner. Physiologie des sens (sensations musculaires et organiques, le toucher, l'ouïe, la vue, audition colorée). Effets psychiques de certaines substances, temps de réaction, mesure des réactions végétatives (respiration, pouls, fatigue des muscles).

II. — *Psychologie de l'individu normal.* — Buts. Méthodes. Observations et expériences. — Psychologie des sens, sensations et idées, mémoire. — Lois de l'association. — La conscience et l'inconscient, l'attention, l'habitude, l'attente, l'exercice. — L'espace, objet de perception de la vue, du toucher, des autres sens, la conscience de l'étendue. Illusions géométriques et optiques, perception du temps.

La science de la connaissance. — Action de l'imagination. — Sentiments et sensation, les sentiments esthétiques, éthiques et logiques, les émotions et les lois de la sensation. — Le système de la volonté, la conscience de la volonté, actions volontaires.

taires, mouvements expressifs, faits éthiques. — Conscience personnelle, développement de la personnalité, variétés individuelles.

L'hypnotisme. Suggestion, sommeil normal, rêves. — Automatisme psychique, importance des suggestions au point de vue judiciaire et pédagogique, psychologie pédagogique.

III. — *Psycho-pathologie*. — Importance de l'hérédité dans la psychopathologie ; données statistiques, la question de l'hérité des qualités acquises, relations psychiques (transmissions corporelles et psychiques). Observations faites au sujet de la dégénération, dégénération et génie. — L'hérédité aux points de vue éthique et social.

Relations de la psychologie et du droit criminel.

Psycho-pathologie des sensations sexuelles.

Grandes névroses (hystérie, épilepsie).

Conscience alternante, contagion psychique, côté pathologique de l'hypnotisme, somnolence pathologique.

Psychothérapie, suggestions thérapeutiques, suggestion mentale, télépathie, transfert psychique, statistique internationale des hallucinations ; autres matières qui s'y rapportent. Hallucinations, idées obsédantes, aphasic, etc., etc.

IV. — *Psychologie comparée*. — Statistique des faits psychologiques.

La vie psychique des enfants.

Les fonctions psychiques des animaux.

La psychologie des peuples et la psychologie anthropologique.

Etudes comparatives sur la linguistique et la graphologie au point de vue psychologique.

CONGRÈS ANNUEL DE MÉDECINE MENTALE ET NERVEUSE
SESSION DE NANCY (1896)

Le septième Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française s'ouvrira le samedi 1^{er} août, à Nancy, sous la présidence de M. le Dr PITRES, doyen de la Faculté de Médecine de Bordeaux.

Le programme comprendra :

1^o Questions à discuter :

Pathologie mentale. — *Pathogénie et physiologie pathologique de l'hallucination de l'ouïe*; rapporteur, M. J. SÉGLAS.

Pathologie nerveuse. — *De la sémiologie des tremblements*; rapporteur, M. SOUQUES.

Législation. — *De l'internement des aliénés dans les établissements spéciaux. Thérapeutique et législation*; rapporteur, M. PAUL GARNIER.

- 2^e Lecture, présentations, travaux divers.
- 3^e Excursions, visite de l'Institut anatomique, de l'asile de Maréville et de ses nouveaux pensionnats, banquet.
- 4^e Impression et distribution du volume du Congrès.

Prix de la cotisation, 20 francs.

Adresser dès maintenant les inscriptions et toutes communications à M. le D^r VERNET, médecin en chef à l'asile de Maréville, secrétaire général du Congrès.

NOUVEAUX RECUEILS PÉRIODIQUES DE MÉDECINE MENTALE
ET NERVEUSE

Nous annonçons avec empressement l'apparition de trois nouveaux recueils périodiques de médecine mentale et nerveuse. Le premier, publié en Belgique, est intitulé : *Journal de neurologie et d'hypnologie* et a pour directeur M. le D^r Xavier Francotte, professeur de clinique neurologique et psychiatrique à l'Université de Liège ; le second est une *Revue russe de psychiatrie, de neurologie et de psychologie expérimentale*, dirigée par M. W. Bechterew, professeur et directeur de la clinique des maladies mentales et nerveuses à Saint-Pétersbourg ; le troisième a pour titre : *Rivista di patologia nervosa e mentale* et pour directeurs les professeurs Tanzi (de Florence), A. Tamburini (de Reggio-Emilia) et E. Morselli (de Gênes).

Les *Annales* souhaitent à ces trois nouveaux confrères longue vie et succès.

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.

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

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

Pathologie

DES GUÉRISONS TARDIVES

Par le Dr CHATELAIN

Ancien médecin en chef de la maison de santé de Préfargier.

« J'ai tout appris et ne sais rien encore », disait Faust. Plus on avance dans la pratique et plus on est tenté de faire sienne cette exclamation du personnage de Goethe. L'horizon recule devant le navigateur, et chaque jour de nouveaux faits viennent montrer à l'aliéniste combien est relativement encore étroite la partie positive de la base sur laquelle repose sa science.

Tous les jours nous rencontrons des cas dont les symptômes ne veulent cadrer exactement à aucune des formes admises par les classifications en cours. De même les éléments d'un pronostic certain nous font encore trop souvent défaut. Tel malade dont, à première vue, la guérison paraissait assurée, tombe petit à petit en démence. Tel autre que tout concourrait à faire juger incurable finit, contre toute attente, par se rétablir, même sans

traitement, par la seule force médicatrice de la nature. Au début de sa carrière le jeune médecin donne avec assurance un certificat d'incurabilité qu'après quelques années de pratique, il ne signera plus qu'après avoir trempé plusieurs fois sa plume dans l'encrier; avec l'expérience viennent la prudence et la circonspection.

Les deux cas suivants serviront, je l'espère, à illustrer ma pensée. On me pardonnera de les raconter avec quelques détails; ils sont, me semble-t-il, assez instructifs pour cela.

OBS. I.—M^{me} E. C..., âgée de quarante-six ans, ancienne institutrice, admise à Préfargier le 22 septembre 1871. Deux cousins germains aliénés. Dans l'enfance, chute sur la tête qui ne laisse pas de traces appréciables. Depuis deux ans, pertes menstruelles très abondantes. À cette époque apparaissent déjà des idées mélancoliques. « La malade, écrivait son médecin, se disait être la risée du public parce qu'on avait répandu le bruit qu'elle était éprixe d'un homme marié; déjà alors il y avait faiblesse générale. Cependant un changement d'air, des ferrugineux, une bonne nourriture amenèrent une guérison que je considérais comme complète. Au commencement de février, lors de l'entrée en Suisse de l'armée de Bourbaki, peut-être en suite de la fatigue éprouvée par les veilles et les soins que M^{me} C... donna aux malades et aux blessés, les mêmes idées mélancoliques réapparurent. Cette fois-ci, on la montrait du doigt parce qu'elle et sa mère n'avaient pas soigné convenablement les soldats qui logeaient dans leur maison. Malgré des bains, des ferrugineux et une excellente alimentation, la maladie progressa; le sommeil se perdit tout à fait, et comme des idées de suicide commençaient à surgir, la malade fut placée dans la maison de santé du Dr Finckbeiner à Mache. »

Là, l'état de la malade ne s'améliora point et, après un séjour de six mois, sa famille demande son transfert à Préfargier. Voici en quels termes le Dr Finckbeiner dépeint la situation : « M^{me} E. C... est atteinte de démence avec manie de suicide. Elle se croit condamnée à mort, et ces idées de persécution par la justice, d'où proviennent les idées de suicide, ne l'ont pas encore quittée, mais ont beaucoup diminué. Elle a fait surtout maintes fois des tentatives de strangulation. »

A l'entrée de M^{me} C... à Préfargier, elle présente bien le tableau classique de la mélancolie chronique compliquée d'hallucinations et d'idées d'indignité. Aucune amélioration ne se produit. Mais, comme d'ordinaire, une fois la période aiguë passée, un certain calme extérieur survient. La malade abandonne ses tentatives de suicide, mais reste sombre, farouche, inaccessible à tout encouragement, à toute influence quelconque. S'isolant autant que possible dans le coin le plus reculé de la salle de travail, elle tire l'aiguille d'une aube à l'autre sans lever les yeux de dessus son ouvrage, n'adresse jamais la parole à personne, ne répond pas du toutou que par monosyllabes aux questions qu'on lui adresse. Elle refuse obstinément de prendre part à aucun jeu, d'assister à aucun culte, ne s'informe jamais de sa famille et ne demande qu'une chose, qu'on s'occupe d'elle le moins possible puisqu'on ne veut pas la juger et la mettre en prison où est sa véritable place. Santé physique excellente.

Les années qui suivent n'amènent aucun changement dans l'état de la malade. Le 30 décembre 1879, elle écrit la lettre qu'on va lire et qui donne un tableau trop fidèle de cet état pour que nous ne la reproduisions pas en entier. C'est la première fois qu'elle prend la plume depuis son entrée dans l'établissement.

« Chère Marie,

« Permettez-moi de vous nommer ainsi encore une seule fois, je vous en prie, quoique je n'y aie plus aucun droit, comme aussi je n'ai plus aucun droit quelconque, pas même celui d'une fille de soigner sa mère infirme puisqu'elle ne l'a pas fait pendant qu'elle était avec elle. Merci mille fois pour votre lettre, pour toutes vos lettres, pour tous vos envois desquels je n'ai jamais daigné accuser réception. Depuis neuf ans, j'ai traité tous mes parents, même la meilleure, la plus tendre des mères avec une révoltante ingratitudo, un mépris outrageant, une indifférence stupide. Je n'ai pas daigné répondre une seule fois aux lettres qui m'ont été adressées, et quand mes parents sont venus me voir je les ai reçus comme une bête, m'amusant à demander des nouvelles, tandis que j'aurais dû être tout le temps à leurs genoux pour demander pardon ; je faisais des récriminations, des plaintes, moi qui n'aurais pas dû lever les yeux, ni ouvrir la bouche. Aussi ai-je recueilli les fruits de cette belle conduite ; comme on a vu que je faisais semblant de ne pas comprendre ma position, on m'a parlé dans le même sens,

et les paroles et les lettres ont été une sanglante ironie. J'ai compris, depuis le premier jour de mon entrée ici, que j'étais non seulement sous le coup de la justice divine, du Dieu juste et saint dont les yeux sont trop purs pour voir le mal, qui rend à chacun selon ses œuvres et qui met en évidence les choses que l'on croyait cachées dans les ténèbres, mais encore sous le coup de la justice humaine, pour avoir cherché à entraîner des enfants dans le pire et le plus honteux des vices; j'ai cherché à endormir entièrement ma conscience, à me rendre dure comme un rocher, stupide comme une brute, à vivre jour après jour en mettant en pratique cette horrible et impie maxime : Mangeons et buvons, car demain nous mourrons. J'ai vécu tout ce temps pire qu'une païenne, n'assistant à aucun culte, ne lisant plus la Bible où je trouvais à chaque pas ma condamnation écrite en lettres de feu. Quant à prier, je n'ai pas fléchi une fois les genoux pour m'humilier dans la poudre, je me suis révoltée contre mes parents, contre mes anciens amis et j'ai gardé à tout le monde une infernale rancune parce qu'on m'avait laissé faire mes folies sans me prévenir de ce qu'elles m'attireraient de... la part des hommes, veux-je dire, car je connaissais assez la Bible pour savoir ce qu'elles m'attireraient de la part de Dieu. Je ne voyais que trop, chaque jour, sur ma figure les stigmates du vice, je sentais dans mon esprit, que je prétendais toujours n'être pas dérangé, les avant-goûts de la mort seconde, la perte de la sensibilité pour tout ce qui est grand et beau. Tous les instants du jour, et de la nuit quand je ne dormais pas, j'entendais lancer des mots, des épithètes, des menaces qui auraient fait mourir de honte et de frayeur quiconque n'aurait pas été entièrement endurci; les directeurs, la directrice, les infirmières, quoique toujours polis à mon égard et me soignant bien au physique, lançaient des mots d'une si sanglante ironie que quiconque aurait eu une parcelle d'honneur ne se les serait pas laissé répéter deux fois.

« On me dit que j'entends des voix ; oui, certes, ces voix-là, je les ai entendues par les oreilles du corps. En dedans, j'entends la voix des souvenirs qui me retrace ma vie entière, les voix de mon père, de mon père aimé et vénéré, et respecté de tous, excepté de moi, de ce père que, de bonne foi, je croyais aimer et que j'ai déshonoré, de ma mère pleurant sur mes folies, me disant encore des mots d'affection malgré ma froideur et ma coupable indifférence à son égard, de mes sœurs mortes, de mes neveux, de mes nièces, de mes souvenirs d'en-

fance... Oh ! je voudrais que ces voix-là puissent me brûler la conscience ! Peut-être alors y aurait-il encore une lueur d'espoir que je puisse me repentir. J'entends la voix de Dieu qui m'avertit parce que j'ai compris depuis que je suis ici que cette année sera la dernière pour moi, et que cette vie tout animale aura enfin aussi une fin, que le ver de terre qui a osé se révolter contre son Créateur et tenu pour une chose profane le sang de l'Alliance, sera écrasé à son tour, trouvera qui le domptera et lavera sa honte dans son sang.

« Mais avant ce moment horrible, épouvantable, je voudrais revoir, ne fût-ce qu'un moment, ma mère que j'ai eu l'infamie de renier, de mépriser, de torturer, elle qui m'a nourri de son lait, qui m'a prodigué les plus tendres soins, qui ne m'a donné que de bons exemples et qui m'entretient encore ici. Il me semble que la vue de la chambre où mon père est mort pourrait peut-être briser cette infernale enveloppe d'orgueil et de révolte dont je me suis entourée ici jour après jour. Oh ! je vous le jure, je ne ferai plus de folles récriminations, je ne chercherai plus à me justifier, je voudrais rétracter aux oreilles de ma mère tous les mensonges, toutes les horreurs que j'ai dites ; je voudrais la voir encore une fois, entendre sa voix, me jeter à ses pieds, embrasser ses genoux, la supplier — quoique je m'en reconnaissasse entièrement indigne — de m'accorder son pardon avant sa mort, avant la mienne... Oh ! je vous en conjure, accordez-moi cette grâce, quoique je ne mérite qu'un refus insultant pour ma conduite à votre égard. Si, pourtant, je pouvais, là près de vous, m'humilier dans la poussière, me repentir, être encore sauvée comme un tison arraché du feu... »

Tel est l'état de M^{me} C... en décembre 1879, donc plus de huit ans après son admission à Préfargier, et après sa lettre, il ne se modifie en rien. Quelques semaines plus tard — avril 1880 — sa mère est frappée d'une apoplexie cérébrale, circonstance dont je lui fais part immédiatement. « Je veux aller la soigner », s'écrie-t-elle aussitôt.

Si impossible à satisfaire que parût cette demande au premier abord, je ne crois cependant pas devoir la rejeter absolument et j'ajourne ma réponse ; mais, après quelques jours, la malade insistant toujours davantage pour la mise à exécution de son projet, je me décide à l'appuyer auprès de sa famille. Celle-ci d'abord ne veut pas en entendre parler, mais sur ma déclaration formelle que je lui ferai reconduire la malade si on ne vient pas la chercher, elle s'exécute. M^{me} C... quitte donc

Préfargier le 25 avril sans qu'on ait jusqu'à ce moment constaté le moindre changement dans son état.

Le 22 mai, une de ses nièces m'écrit : « M^{me} C... est très calme et très gentille, mais ses idées n'ont pas subi d'amélioration ; elle dit pourtant qu'elle est très contente d'être à la maison, et nous espérons bien qu'elle pourra y rester. »

A la fin de juillet, M^{me} C... écrit elle-même à la surveillante-chef du quartier des femmes qu'elle est guérie, « que les écailles lui sont tombées des yeux » et qu'elle a le bonheur de pouvoir soigner sa mère.

Enfin, deux ou trois jours plus tard, elle m'écrit à moi-même une longue lettre dont j'extrais les passages suivants :

« Je sais, Monsieur le Directeur, que vous avez été informé de mon entière et heureuse guérison par notre cher et respectable pasteur, et je suis sûre qu'avec moi, avec toute ma chère famille, avec tous ceux qui m'ont témoigné de la sympathie dans cette longue épreuve, vous avez rendu grâce à celui qui en est l'auteur, à celui qui seul pouvait me guérir... Voilà, Monsieur le docteur, ce que, avec bien d'autres choses encore, j'ai à me reprocher, mais non pas pourtant, grâce à Dieu, celles dont je m'accusais à Préfargier quand ma pauvre tête était dérangée et mes idées tout à fait troublées par les hallucinations et les voix... Ma pauvre mère en enfance m'a crue morte pendant longtemps, et je l'étais en effet pour elle et pour tout le monde, et pour presque toutes choses; mais maintenant je jouis de tout le monde et de toutes choses comme quelqu'un qui sort du tombeau et qui dit à la belle lumière du soleil : Quel bonheur ! Excusez, je vous prie, Monsieur, ce griffonnage, mais j'ai été muette si longtemps qu'à présent il faut que je parle et que je risque bien d'ennuyer les gens de mon bavardage. Ma santé physique est bonne; je m'occupe du ménage; nous faisons de petites courses, de la musique même... »

M^{me} C... a soigné jusqu'à la fin avec bonheur sa mère dont la mort ne l'a point ébranlée. Sa guérison s'est maintenue entière, ainsi que nous avons eu maintes fois l'occasion de le constater. Notre ancienne malade est morte dix ans plus tard, d'une maladie de Bright, sans avoir plus jamais donné aucun signe de perturbation mentale.

Ce cas est certes instructif, mais voici mieux encore :

OBS. II.— Auguste C..., né en 1828, longtemps facteur postal, puis épicer. Employé modèle, caractère doux, moralité à toute

épreuve. Hérédité niée. C... a quitté ses fonctions de facteur pour aider sa femme à tenir un petit magasin d'épicerie, mais ce brusque changement de genre de vie ne lui a convenu ni au physique ni au moral. Le mouvement et le grand air lui manquent, puis les affaires vont très doucement et l'angoisse le prend d'avoir fait une sottise de quitter pour l'incertain une place sûre dans l'administration. Cela déjà lui donne du noir et peu à peu il devient fort sombre. En outre, un autre épicier vient s'établir dans la même rue en face du magasin de C..., qui bientôt ne s'occupe plus que des gens qui entrent chez son concurrent; c'est une idée fixe. Il est convaincu que jamais, dans ces conditions, son magasin ne pourra marcher; il croit que tout se gâte dans ses tiroirs et que dès lors plus personne ne viendra rien acheter. Le sommeil et l'appétit se perdent complètement, le malade reste des journées entières immobile, assis dans un coin sombre de son arrière-boutique. Impossible de le faire sortir; il est persuadé que dans la rue tout le monde le regarde pour se moquer de lui. C'est alors que sa famille se décide à le placer à Préfargier, où il entre le 24 avril 1871.

A l'asile, aucun changement ne se produit. C... reste angoissé et sombre, complètement passif. Sa femme se figurant que sa fin est proche le reprend le 7 juin pour qu'il meure à la maison.

Huit jours plus tard déjà, on nous le ramène, vu l'impossibilité de le garder à domicile d'où il cherche constamment à s'enfuir, sans savoir lui-même où il veut aller, si bien qu'on a dû prendre un homme pour le garder.

Cette seconde admission n'est, comme la première, suivie d'aucune amélioration et le malade ne cessant de demander avec instances de rentrer chez lui, sa famille se décide à tenter un nouvel essai. Elle le reprend le 20 octobre 1871.

Cet essai ne réussit pas mieux que le premier. C... devient violent, agressif, va même jusqu'à frapper son vieux père lorsque celui-ci essaye de lui démontrer la fausseté de ses idées délirantes. On nous le ramène donc pour la troisième fois, le 28 décembre 1871.

Etat absolument stationnaire. Le malade, toujours sombre, méfiant, très irritable, ne veut se livrer à aucun travail. Il n'adresse jamais la parole à personne, ne répond que par des sottises ou même des menaces aux questions qu'on lui fait sur sa santé, et quand sa femme ou son père viennent le voir, les accable d'injures, leur reprochant de l'avoir mis à Préfargier

pour se débarrasser de lui. Afin de lui prouver le contraire, la famille tente encore, au bout d'un an, de le reprendre à la maison. Il sort le 29 décembre 1872.

Quatrième admission, le 6 juin 1873. Depuis sa rentrée chez lui, en décembre dernier, le malade n'a pas voulu sortir de son lit, mais dans ces derniers jours se levait pour venir, à peine vêtu, insulter les clients qu'il entendait parler dans le magasin. Enfin il s'est sauvé pour aller se jeter dans le lac. On nous le ramène donc — et cette fois définitivement, dit la famille — le 6 juin 1873.

Pendant les années qui suivent, aucun changement ne se produit dans l'état du malade. Absolument indifférent à ce qui se passe autour de lui, C... reste tout le jour couché ou accroupi dans un coin du couloir du quartier. Impossible de l'occuper, ni de l'intéresser à rien. Il ne remue que pour venir, comme un automate, prendre ses repas et dès qu'il les a avalés à la hâte, s'en retourne dans son coin. Il a constamment l'insulte et la menace à la bouche, accusant tout le monde de sa ruine.

Sa santé physique est excellente — avec l'embonpoint pâteux de la démence, — mais, dans l'hiver 1877-1878, se développe un goitre parenchymateux qui acquiert assez rapidement des proportions considérables : embarras de la circulation veineuse céphalique ; cyanose de la face. La respiration gênée également par la compression de la trachée-artère devient si pénible et si bruyante qu'elle empêche de dormir les camarades de dortoir du malade à qui nous sommes obligé de donner une chambre particulière. Lui, à ce moment, demande avec instances d'aller mourir chez lui et cette issue me paraissant très prochaine, j'appuie sa requête auprès de la famille. Celle-ci, instruite par ses précédentes expériences, n'en veut pas entendre parler ; mais, comme je l'avais fait, on s'en souvient, pour M^{le} C..., je lui déclare que je ne garderai pas le malade et que si on n'est pas venu le chercher dans les vingt-quatre heures, je le ferai reconduire chez lui. En présence de cet ultimatum la famille s'exécute, bien contre son gré, et C... sort presque moribond — d'ailleurs toujours dans le même état mental — le 10 février 1878.

Je n'en avais plus entendu parler, et le croyais mort et enterré depuis longtemps lorsque, un an plus tard environ, on frappe à la porte de mon cabinet de travail. — Entrez..... Un homme se présente dont la vue, vraiment, me donne un instant l'indescriptible angoisse qu'on éprouverait, je m'imagine, à la rencontre d'une personne qu'on aurait vu mourir. — Bonjour,

Monsieur le docteur, me dit-il, ne me reconnaisserez-vous donc pas ? Je suis Auguste C... Et c'est lui, en effet, notre ancien malade, guéri — on peut bien le dire — de la tête aux pieds, car *son goitre a entièrement disparu*.

Il me raconte que rentré chez lui, peu à peu son humeur est devenue moins sombre, ses idées plus claires, son goitre plus petit, *sans aucun traitement*. Il a repris goût à l'existence, s'est mis à aider sa femme au magasin qui n'avait cessé de prospérer, et en quelques mois il est redevenu l'homme heureux, actif et doux qu'il était auparavant.

Je l'ai depuis revu souvent, toujours normal. Il est mort en 1891, soit treize ans plus tard, d'une pleuro-pneumonie, sans que jamais ni goitre, ni troubles mentaux aient réapparu.

Je ne m'étendrai pas longuement sur les conclusions à tirer de ces deux remarquables cas. Ils parlent assez clairement pour rendre tout commentaire inutile. Je ne puis, toutefois, m'empêcher de poser une question : Que serait-il advenu de ces deux malades si, au lieu d'obliger leur famille à les reprendre, je les avais gardés à l'asile ?

Aucun des symptômes présentés par M^{me} C... ne permettait de dire qu'elle fût fatalement incurable. Il n'y avait pas d'affaiblissement intellectuel ; seule, au fond, la longue durée de la maladie, neuf ans, rendait le pronostic très mauvais. On ne pourrait donc pas nier qu'elle n'eût pu se rétablir à l'asile aussi bien que chez elle. Cependant la guérison ayant coïncidé avec le retour à la vie ordinaire, avec la dérivation produite sur la malade par les soins qu'elle donnait à sa mère, on ne peut s'empêcher d'y voir une conséquence de sa sortie et de penser que, gardée à l'asile, elle ne s'y serait probablement jamais rétablie.

L'état mental d'Auguste C... ne présentait, il est vrai, lui non plus, aucun signe d'incurabilité absolue ; mais il est probable que, gardé à l'asile, il y serait mort étouffé par son goitre. La preuve, sans doute, n'en

peut être faite puisqu'on a vu des goitres disparaître spontanément; mais le cas n'en reste pas moins très remarquable au double point de vue de la guérison simultanée du trouble mental et du goitre, et du fait que cette guérison s'est produite spontanément après sept ans de maladie.

Quoi qu'il en soit, l'histoire de ces deux malades montre bien qu'il faut se garder d'oublier dans les asiles les aliénés même les plus incurables en apparence, de les condamner, en quelque sorte, à l'internement perpétuel. Lorsque, malgré tous les efforts du médecin, un cas devient décidément chronique, que la science est à bout de ressources, c'est souvent un devoir, si l'état du malade permet de le faire sans danger pour lui-même ou pour autrui, si d'ailleurs les circonstances personnelles s'y prêtent, c'est un devoir, dis-je, de tenter un essai de sortie. La guérison restera toujours une très rare exception, mais beaucoup se trouveront fort bien de ce retour à la vie de famille. C'est déjà quelque chose, et il est certain qu'un grand nombre de ces chroniques et de ces incurables tranquilles qui encombrent les asiles pourraient avec beaucoup d'avantage être gardés à domicile ou placés en pension chez des étrangers, ou enfin colonisés.

Cette conviction m'a fait, lorsque je dirigeais encore Préfargier, rendre à leurs familles bien des malades qui, avec un peu de bonne volonté et de patience de la part des leurs, sont restés chez eux calmes, contents, utiles même. La principale difficulté vient, d'ordinaire, je le sais, de la famille elle-même. Quand l'internement a duré un certain temps, quelques années, le malade n'y retrouve plus sa place ; on l'a oublié ; il serait encombrant ; on ne veut pas s'exposer à la répétition des scènes qui avaient nécessité son placement, etc., etc.

Cependant presque toujours, en insistant sérieuse-

ment, en s'engageant à reprendre tout de suite le malade, si l'essai ne réussit pas, on parvient à convaincre les siens. Enfin, au besoin, si les règlements de l'asile le permettent, on force la main aux familles de mauvaise volonté. Partout les asiles sont encombrés, ils ont donc un intérêt majeur à se débarrasser des tranquilles et des inoffensifs chroniques ou incurables qui, très souvent, se trouveront beaucoup mieux d'être rendus à la vie ordinaire. Dans l'asile, ils glissaient plus ou moins fatalement sur la pente qui conduit à la démence ; dehors, ils ont bien plus de chances d'y échapper.

L'ALIÉNATION MENTALE

CHEZ LES ARABES

ÉTUDES DE NOSOLOGIE COMPARÉE

Par le Dr. MEILHON

Ancien médecin-adjoint de l'asile public d'aliénés d'Aix,
Médecin préposé responsable de l'asile d'aliénés de Montauban.

Suite (1)

MÉLANCOLIE

Mélancolie aiguë. — La mélancolie, pour être bien moins fréquente que la manie, n'en existe pas moins chez les indigènes, et revêt même les formes que nous lui reconnaissions dans nos asiles ; la statistique du Dr Kocher offre une grand lacune à ce sujet, puisqu'elle est muette sur cette affection, à moins toutefois que notre confrère n'ait rangé les formes dépressives d'aliénation dans le groupe des monomanies délirantes.

Le malade de l'observation XXV nous paraît avoir offert un accès de mélancolie aiguë terminé par la guérison.

Obs. XXV. — Il s'agit du nommé Al... ben Alb..., militaire réformé, Kabyle, né à Béni-Toura (Alger), entré à vingt-deux ans en 1887. Nous n'avons aucun renseignement sur ce malade ; il paraît, à son arrivée, en état d'obtusion mentale avec préoccupations délirantes de nature dépressive ; il répond difficilement et sans conscience aux questions qu'on lui adresse, refuse certains aliments et paraît halluciné. Dans les deux premiers mois de son internement, il parle seul, s'isole,

(1) Voir les *Annales* de janvier-février et mars-avril 1896.

est méchant, impulsif, masturbateur, pédéraste et mord parfois ses voisins ; puis il se calme et finit par s'occuper ; à ce moment nous l'interrogeons avec l'interprète et il nous raconte qu'il a passé deux ans au 3^e régiment de turcos et qu'il a été réformé pour cause de fièvres après avoir obtenu du Gouvernement une pension de 25 francs par mois ; il dit qu'il était triste, ne pouvait plus travailler, mais il se défend de tout soupçon d'alcoolisme ou d'abus de kiff, de même qu'il nie avoir mordu ou frappé personne. Il n'a plus de mauvais instincts, ne parle plus seul, est tranquille, travaille et cause volontiers ; il répond assez bien à nos questions, dit qu'il n'y a jamais eu d'aliénés dans sa famille, est très convenable dans sa tenue. Il sort guéri le 2 avril 1889.

Mélancolie avec stupeur. — Le malade suivant est un mélancolique avec stupeur à délire religieux ; nous avons insisté déjà sur les tendances homicides de ces malades ; notre Kabyle a tué sa mère poussé, dit-il, par le bon Dieu.

Obs. XXVI. — Am...nait M..., Kabyle, cultivateur, né à Zéboudja (Alger), entré à trente ans, en avril 1887.

Renseignements : vient de la prison de Tizi-Ouzou où il avait été enfermé après avoir tué sa mère ; reconnu aliéné irresponsable ; antécédents inconnus ; soupçons d'épilepsie ou de somnambulisme depuis qu'il est à l'hôpital, a été taciturne, préoccupé, ne répondant pas aux questions, se renfermant le plus souvent dans un mutisme absolu, paraissant cependant prêter l'oreille à des bruits imaginaires ; agité parfois la nuit. Il arrive à l'asile dans la stupeur mélancolique ; indifférent, sans initiative, reste en place, observe le plus grand mutisme. En décembre 1887, nous notons une profonde dépression, un état de langueur extrême ; il prend des airs suppliants et plaintifs, est très amaigri, gâte ; à l'auscultation, quelques signes de tuberculose pulmonaire ; il arrive à un état de maigre squelettique compliquée de stupeur avec pleurs, gémissements incessants, gâtisme. En février 1888, l'état physique tend à s'améliorer ; les facultés intellectuelles elles-mêmes semblent se réveiller ; il nous répond, à ce moment, qu'il se rappelle avoir tué sa mère et qu'il a agi sans motif, poussé par le bon Dieu ; inconscience du lieu. Puis il retombe dans son abattement.

ment habituel ; il s'isole, est toujours couché à terre, est débraillé, gâte parfois, ne cause ni seul ni avec ses camarades et persiste dans son mutisme ; il n'a pas de mauvais instincts. En novembre 1888, l'état général est assez bon et les signes pulmonaires sont à peine sensibles. Mais son état de stupeur se prolongeant, il s'affaiblit de nouveau et meurt de phthisie le 5 juillet 1889, après avoir présenté la veille des hémoptysies abondantes et du purpura hémorragique sur le thorax. Nous n'avons trouvé chez ce malade, durant sa vie, aucun signe d'épilepsie ou de somnambulisme.

Le malade de l'observation XXVII est aussi un mélancolique ; mais ici la stupeur, au lieu d'être l'indice d'une acuité délirante poussée à l'extrême, revêt, au contraire, les dehors de l'imbécillité ; c'est de la stupidité, de la confusion mentale, plutôt que de la stupeur.

OBS. XXVII. — L...ou Bel...naît ou Am..., journalier, Kabyle, né à Tizi-Rached (Alger, Fort-National), entré à vingt-cinq ans, en août 1886. Est malade depuis plusieurs mois, et, venu une première fois au service des aliénés de l'hôpital de Mustapha, avait pu être rendu amélioré à sa famille ; puis il s'est mis à vagabonder, est devenu violent, et, à sa deuxième entrée, nous arrive sournois, malpropre, muet, refuse les aliments et paraît avoir des hallucinations nocturnes. À l'asile, où on l'évacue, nous le trouvons en état de mélancolie stupide ; indifférent au milieu qui l'environne, sans initiative, toujours tête baissée, le plus souvent couché, il parle seul, avec incohérence, ne sait où il se trouve, répond qu'il a trois ans, le plus souvent reste muet, ne cause à personne, s'isole et refuse parfois de manger. Il a des périodes d'excitation ne durant pas plus de deux ou trois heures, pendant lesquelles il court, se déshabille, déchire et rit d'une façon niaise. Il n'est pas méchant, mais il a des instincts de pédérastie passive qui, la nuit, nécessitent une surveillance spéciale.

Dans l'observation XXVIII, nous trouvons une mélancolique hypocondriaque.

OBS. XXVIII. — Fa... bent... Moh... el h..., ménagère, mariée, Arabe, née à Castiglione, près Coléah, entrée à dix-

neuf ans, en juillet 1887... Etait à l'hôpital de Coléah où elle avait d'abord été considérée comme atteinte de manie puerpérale ; elle y est accouchée et la folie a persisté ; on a su depuis que la folie existait même avant le mariage. A l'hôpital de Mustapha, elle veut absolument rester nue, déchire tout vêtement quel qu'il soit, européen ou indigène, reste accroupie dans le même coin toute la journée et la nuit, refuse parfois la nourriture, amaigrissement.

Evacuée sur l'asile, elle se tient constamment dans un coin, ne communique avec personne, pousse des gémissements plaintifs et refuse tout vêtement ; elle est déprimée, pleure et accuse des préoccupations hypocondriaques incessantes ; elle se plaint des côtés, de l'estomac ; par intervalles surviennent des courtes périodes d'excitation pendant lesquelles elle chante, se déshabille, est débraillée. Quand nous l'interrogeons, elle répond assez bien ; elle sait qu'elle est à l'asile depuis trois ans et elle prétend n'avoir jamais été folle ; si elle déchirait autrefois, c'est, dit-elle, parce qu'elle était en colère ; si elle ne mangeait pas, c'est qu'elle avait mal au cœur. Son mari lui en voulait et l'a fait interner ; les médecins eux-mêmes sont cause de sa séquestration ; ils ont voulu se venger ainsi de ce que son mari ne les payait pas. Cette malade est assez tranquille et n'est pas méchante.

Mélancolie chronique. — Les observations suivantes concernent des mélancoliques arrivés à un état de démence plus ou moins avancée.

OBS. XXIX. — Moh... S... ben Bel... ou A..., Kabyle, né à Taournt Abdella, canton de Sedka (Alger), ex-militaire, détenu au pénitencier militaire de Birkaden, réformé, entré à trente ans en mars 1885. Pas de renseignements. Certificat de transfèrement : lypémanie avec hallucinations ; ce malade est habituellement sombre, mais présente des intervalles d'excitation compliquée d'actes violents. A l'asile il est noté comme lypémaniaque très violent et dangereux. Nous trouvons en lui un malade triste, déprimé, souriant d'une façon niaise, et d'une incohérence telle que notre interprète a de la peine à le comprendre ; il dit qu'il a honte et ne sait pourquoi, qu'il a de la force, qu'il n'a pas peur, qu'il a été condamné pour avoir tué une personne qu'il ne connaissait pas, tous propos saisis au vol dans son langage à voix basse et incohérent. Il parle peu

quand il est calme et s'éloigne des autres malades, mais dans ses accès d'agitation, il chante en kabyle et frappe si on le provoque, mais à cette condition seulement; quand on l'a une fois insulté, il ne frappe pas toujours sur le coup, mais il n'oublie jamais l'injure et la venge le soir même ou le lendemain, sans jamais faire grâce. Il est d'une extrême susceptibilité; relativement tranquille, mais exige les plus grands ménagements. Il n'a pas de mauvais instincts.

OBS. XXX. — Moh... ben A..., Kabyle, né à Tizi-Ouzou (Alger), entré à vingt-sept ans, en avril 1869. Il vient de la prison de Tizi-Ouzou où il était détenu en prévention d'incendie; les notes qui le concernent se rapportent dans les premières années à un mélancolique; il est regardé comme triste, mangeant peu, ne parlant jamais, recherchant la solitude et présentant parfois des périodes de réaction pendant lesquelles il criait, avait des insomnies et devenait agressif. Quand nous l'observons après seize ans de séquestration, il est dans la démence, parle seul dans un langage incompréhensible, sourit, ne cause à personne et ne comprend pas les questions que lui adresse l'interprète. Il est malpropre et gâteux; c'est un sodomitique effréné, très dangereux pour ses voisins qu'il a souvent mordus; il doit avoir des hallucinations de l'ouïe, car nous le voyons parfois s'arrêter subitement, tendre l'oreille comme pour écouter, et répondre à son interlocuteur imaginaire par des paroles incompréhensibles.

OBS. XXXI. — Ar... ou K..., Kabyle, journalier, né en Kabylie, entré à trente-trois ans en avril 1886. Amené de Tizi-Ouzou, vagabondant dans les douars et villages, poursuivant des femmes et des enfants dans un but érotique, attaquant même les hommes; mis à la geôle, a battu à plusieurs reprises les gardiens; paresse de tout mouvement, reste le plus souvent couché, fait ses besoins sous lui, ne mange que contraint, refuse de répondre; violent, sournois, ne se résigne à obéir que par force, paraît avoir des hallucinations de l'ouïe. A l'asile, il a toujours gardé le mutisme le plus obstiné; il le rompt parfois seulement pour pousser des cris; quand on l'interroge, il se dresse devant nous, immobile, le regard fixe, comprenant ce qu'on lui demande, mais refusant de répondre. Il est très violent et dès qu'il aperçoit un malade qui fume, il saute sur lui et à coups de poing cherche à lui voler sa cigarette. Il se promène seul, ne causant à personne, est débraillé, déchire, mais n'a pas de mauvais instincts; en juillet 1887, il présente

une période de stupeur mélancolique qui dure près d'un mois et fait place à l'état de dépression habituel.

OBS. XXXII. — Ben Lh... ben el h... Abd..., Arabe, célibataire, né à Milianah, entré à trente-cinq ans en octobre 1886. Il est malade depuis plusieurs mois et s'est montré dangereux au dehors. A l'asile, il est triste, déprimé, s'isole, parle seul, et un jour, sans aucune provocation, mord un gardien à la main. Il ne cause jamais avec les autres malades, resterait toujours couché si on ne le forçait à quitter le lit, ne comprend pas les questions qu'on lui adresse et répond à tout propos : « Je veux du tabac, je veux aller à Alger. » Il est actuellement moins méchant, assez propre et n'a pas de mauvais instincts.

Il est digne de remarque que sur nos huit mélancoliques, six sont des Kabyles, tandis que sur nos vingt-trois maniaques, quinze sont des Arabes, si bien qu'il est permis de dire que l'Arabe présente surtout les formes maniaques d'aliénation, tandis que le Kabyle offre de préférence les formes mélancoliques. L'explication de ces faits, n'est-il pas permis de la chercher dans les dispositions ethniques, les habitudes, le genre de vie, si différents dans ces deux peuplades ? A l'Arabe nomade, vagabond, insouciant, aimant le luxe et les plaisirs, les délires expansifs et l'agitation ; au Kabyle sobre, laborieux, préoccupé de ses récoltes, les formes dépressives et les délires de nature triste et douloureuse ; mais chez l'une et l'autre race, cette disposition aux actes dangereux et pervers qui est bien la caractéristique la plus nette de la folie des indigènes, quelque forme mentale que l'on envisage. Rappelons aussi à propos de nos mélancoliques que nous n'avons pas observé chez eux la moindre idée de suicide, bien différents en cela de nos Européens chez lesquels le meurtre de soi-même ne se rencontre que trop fréquemment.

FOLIE CIRCULAIRE

Nous avons recueilli trois observations de folie périodique ; s'agit-il d'héréditaires dégénérés ? Nous ne saurions le dire, nos renseignements étant muets à cet égard, et d'autre part la recherche des tares physiques, rendue difficile par notre ignorance de l'Arabe normal, ne nous ayant donné aucun résultat.

L'observation XXXIII concerne un circulaire à accès maniaques et mélancoliques alternant régulièrement.

OBS. XXXIII. — Sa... ben Sa..., célibataire, cultivateur, Arabe, né à Gigelli (Alger), domicilié à Constantine. Il entre sans renseignements en 1873 à l'âge de trente ans. Tout d'abord on porte le diagnostic de démence lypémaniaque ; en 1878, nous trouvons signalée une idiotie (?) à peu près complète ; il est dans l'enfance, parle par cris, gâte parfois, saute sur ses voisins et se montre dangereux. En 1881, il est devenu sournois, sombre, insouciant et sujet à des crises d'agitation violente. En 1882, c'est un imbécile ; à ce moment on observe chez lui de mauvais instincts ; il se montre violent et s'excite parfois, mais ces accès d'agitation sont de courte durée. En 1887, nous portons le diagnostic de folie circulaire caractérisée par des périodes de dépression alternant avec des accès d'agitation ; ses facultés intellectuelles sont profondément affaiblies ; il est d'une extrême incohérence et ses réponses n'ont aucun rapport avec la question posée ; il répète à tout propos qu'il est républicain et exprime des idées religieuses avec des gesticulations bizarres et fantasques ; dans ses accès d'agitation, il est méchant et agressif. Lors de notre dernier examen, bien qu'il soit habituellement loquace, il est resté muet, baissant la tête, paraissant triste, déprimé, dans l'attitude du mélancolique ; telle n'est pas cependant sa physionomie ordinaire, car d'habitude il parle seul, en français d'ailleurs, chante, pousse des cris, court, jette des pierres au delà des murs, déchire ses souliers et parfois ses vêtements. Il n'est plus méchant et ne paraît pas porté à l'onanisme.

Il en est de même pour l'observation XXXIV.

OBS. XXXIV. — F... bent Ah..., mendiane, Arabe, née

à Ben-el-Anech (Alger), commune mixte de Hammas-Righa, domiciliée à Affreville (Alger), entrée à trente ans en mars 1887. Docile, vagabondait dans Milianah et la campagne. Causes de la maladie : anémie, chagrins, cécité. A l'hôpital de Mustapha, elle se montre triste, refuse parfois la nourriture, crie surtout la nuit ; peurs, hallucinations, se croit menacée, poursuivie. Elle arrive à l'asile en état de mélancolie avec stupeur et nous observons les symptômes déjà signalés à l'hôpital ; mais elle ne tarde pas à s'agiter et ces alternatives de stupeur et d'agitation forment la note dominante de son délire ; dans la stupeur, elle est triste, déprimée, reste immobile dans un coin, ne cause à personne, parle seule, fait des signes et entretient de longues conversations avec un personnage imaginaire qu'elle semble voir et entendre à ses côtés. Agitée, elle est méchante, coléreuse, frappe ses voisins, déchire, brise tout ce qu'elle peut atteindre ; ces périodes d'agitation sont de courte durée. Nous n'avons pu obtenir d'elle aucune réponse. L'amaigrissement survient ; sa prostration habituelle a favorisé l'éclosion de tubercules pulmonaires.

Dans l'observation XXXV, nous trouvons également un circulaire dont le délire, dans la période maniaque, est un exemple, rare aujourd'hui dans nos asiles, de lycanthropie ou mieux d'équinanthropie ; on voit par là toute la diversité du délire chez l'Arabe.

Obs. XXXV. — Bou... Abd... ben Sal.. ben Tha..., journalier, célibataire, Arabe, né à Oued-Seghouam (Alger), domiciliée à Berr..., entré à vingt-cinq ans en juillet 1887. Il n'est pas alcoolique et il serait tombé malade, il y a cinq ans, à la suite d'un coup de soleil, « le sujet étant primitivement idiot ? » Il vagabondait, cherchait à se rendre intéressant, se croyait marchand de bœufs, courait autour de la place de son village se prenant pour un cheval, se plaignait parfois d'accès de suffocation qu'il attribuait à un morceau de viande de porc avalé trois ans auparavant ; passait des nuits à gémir, à crier, à siffler dans les rues ; un jour, à l'hôpital de Médéah, il tenta d'étrangler sa belle-sœur venue pour le visiter ; il y tombe bientôt dans la prostration la plus complète, paraît indifférent, apathique, et pleure parfois abondamment ; il passe des journées entières accroupi sur son lit, remuant la main comme s'il faisait le

couscous ; puis l'agitation reparaît avec désordre extrême dans les actes, cris, chants, glotonnerie, malacia, impulsions à se déshabiller, insomnies. En somme, on note, à Médéah, une succession d'accès mélancolico-maniaques non séparés par une intermittence ; ces accès qui, au début, ne se produisaient guère que tous les trois jours, paraissent se succéder maintenant tous les huit jours.

A l'hôpital de Mustapha où il passe huit jours, on signale des hallucinations ; il se croit transformé tantôt en un personnage, tantôt en un autre, tantôt en un animal ; le plus souvent inoffensif, il est cependant parfois violent et agressif ; il pleure et rit alternativement ; extases, mutisme, joue avec ses excréments qu'il pétrit, gâte, déchire sa literie.

En juillet 1887, il est transféré à l'asile ; la forme circulaire est moins sensible, tandis que la démence nous semble prochaine ; son attention est difficile à fixer, il est incohérent et ne répond pas à la question posée ; il parle continuellement seul, chante, s'isole, rit, se déshabille. Il a cependant encore des accès de dépression pendant lesquels il est sous l'influence d'hallucinations terrifiantes de la vue, croit assister à des tremblements de terre, et se trouve précipité dans le vide d'une hauteur incalculable. Parfois on le voit, comme autrefois, faire en courant à toutes jambes plusieurs fois le tour du préau, et tout d'un coup s'arrêter subitement, regardant effaré autour de lui. Il n'est pas méchant, chante souvent des versets du Koran et n'a pas de mauvais instincts.

DÉGÉNÉRESCENCE MENTALE

Nous avons cru reconnaître un débile dans l'observation suivante :

OBS. XXXVI. — Ko... ben Zi..., berger, Arabe, né à Boghri (Alger), tribu des Ouled Hallel, entré à vingt ans en 1887. Il résulte des renseignements fournis par l'administrateur de la commune de Boghri qu'un mois avant son entrée à l'hôpital il fut renvoyé de chez son maître pour folie avec gestes et paroles incohérentes, actes dangereux, tels que ceux de vouloir mettre le feu aux maisons et de se précipiter sur les gens pour les frapper. Le Dr Rohart, médecin de colonisation, reconnaît en lui un dément avec délire de persécution, instincts homicides et destructeurs, perversion des besoins naturels, et

incontinence des matières. A l'hôpital de Mustapha, il se montre indocile, agité, inquiet, accuse de la peur, des idées de poursuite par un ennemi imaginaire, des hallucinations, des terreurs nocturnes ; il couche sous son lit, déchire sa literie, dégrade le mur de sa cellule, gâte, et le Dr Battarel conclut à de la manie avec idées de persécution et impulsions homicides et incendiaires. A son arrivée à l'asile, il paraît dans la démence avec gâtsme ; il reste en place sans initiative, s'isole, ne parle pas, se déshabille ; il faut le conduire comme un enfant ; son facies abruti et le délire signalé dans les renseignements nous font un instant soupçonner l'alcoolisme. En juillet suivant, il est devenu plus propre et ne gâte plus. En 1889, il s'isole toujours et se promène seul en monologuant et riant d'une façon niaise, mais ses facultés intellectuelles sont moins obtuses et il répond plus volontiers et sans incohérence ; c'est alors que nous diagnostiquons la débilité mentale ; il nous raconte qu'on l'a accusé faussement d'avoir voulu mettre le feu ; c'est un mensonge inventé par son frère et deux Arabes pour lui nuire et le faire assassiner. Il se défend d'avoir jamais abusé du kiff ou de l'absinthe. Un jour, il nous avoua qu'il comprenait bien qu'il était un peu maboul ; il est halluciné de la vue, regarde le sol et paraît suivre des yeux un objet en mouvement. Il n'a pas de mauvais instincts. Anesthésie : en septembre 1890, il perfore avec un morceau de verre un bouton de veste en forme de bague ; il la passe à l'auriculaire de la main droite, et la constriction circulaire ainsi produite amène le sphacèle de la phalangine avec gangrène annulaire des tissus jusqu'à l'os ; le malade ne ressentit pas la moindre douleur ; du reste la guérison se fit assez bien.

Le malade suivant, observation XXXVII, est un dégénéré éminemment impulsif.

OBS. XXXVII. — Ka... ben Ch..., journalier, Arabe, né à Debaïas (Benonaghia), entré à trente-quatre ans en 1886. Ce malade a été condamné une première fois à cinq ans de réclusion pour coups et blessures ; peu de temps après avoir purgé sa peine, il fut arrêté à Blidah en état de vagabondage et condamné à deux mois de prison ; il s'y montra très agité et fut envoyé à l'hôpital en observation ; il y manifesta des idées de persécution et de grandeurs, et du délire mystique ; il récitait pendant des journées entières le même verset du Kôran ;

violent, indocile, dangereux, il dut être souvent camisolé. À l'asile, il s'agit, parle seul, rit, crie, menace, entre parfois dans de violentes colères, devient méchant, impulsif, se masturbe, cherche à sodomiser ses voisins ; un jour, à la visite, il nous lance un soulier à la figure. Il raconte à l'interprète qu'il se croit à Paris, et reconnaît avoir donné un coup de couteau à un camarade qui lui en voulait ; les idées de religion reviennent souvent dans sa conversation ; il fait le signe de la croix soit qu'il se lève, qu'il mange ou qu'il entre dans quelque appartement. Incohérent, au regard méchant, il nous menace de nous donner un coup de couteau ; du café, des femmes, c'est son droit d'en avoir, et si nous ne lui en procurons pas, il nous prévient qu'il nous tuera. Ce malade est assez propre dans sa tenue, mais il a des instincts de sodomie.

Dans l'observation XXXVIII, nous trouvons également un dégénéré débile, impulsif et méchant, et arrêté après avoir commis sur la voie publique des actes qui rappellent les exhibitionnistes de Lasègue.

OBS. XXXVIII. — Ko... ben Rab..., journalier, célibataire, Arabe, né à Djelfa (Alger), entré à trente-huit ans en 1886. Renseignements : premier accès ; impulsions à battre et même à tuer ; porté à commettre des actes d'immoralité. Se promène tout nu, et montre à tout propos, surtout en présence des femmes, ses parties génitales. Masturbation. Dangereux. A l'asile, ce malade paraît tout d'abord atteint d'affaiblissement mental avec instincts pervers. Bientôt la dépression s'accentue, il s'isole et observe un mutisme absolu ; il a des impulsions et, un jour, frappe violemment un autre malade. En 1889, il a rompu son mutisme ; en riant, sur un ton de satisfaction et avec de l'incohérence, il nous répond qu'il a un an, peut-être deux, et qu'il tête encore ; sa nourrice est dans son pays, mais ses mamelles sont ici ; par fantaisie et aussi par jalousie des femmes, il avoue avoir frappé un spahi, mais, dit-il, cela n'a pas d'importance, puisqu'il n'est pas mort de ses blessures. Il est vrai qu'il poursuit les femmes, mais c'est pour les demander en mariage ; il en voit même quelques-unes dans le préau pendant le jour. Il se dit riche, prétend qu'il est caïd et qu'il est ici en Algérie, dans son domaine ; il a frappé plusieurs surveillants ; c'est un masturbateur effréné, porté aussi à la pédérastie.

Dans l'observation XXXIX, il s'agit encore d'un dégénéré à accès intermittents de fureur maniaque, qui, un instant, nous a fait songer à de l'épilepsie larvée.

OBS. XXXIX. — Abd... ben Mou..., cultivateur, Arabe, né à Gouraya (Alger), entré à trente-cinq ans le 5 octobre 1888. Renseignements : atteint de folie depuis cinq mois sans cause connue, était gardé dans son douar par sa famille qui l'attachait fortement parce qu'il maltraitait tous les siens et ses voisins ; s'étant échappé, est allé à Cherchell où il a été arrêté pour avoir étourdi un de ses coreligionnaires d'un coup de matraque. A l'hôpital, manifeste de l'inquiétude, de l'agitation, écoute de tous côtés, se retourne brusquement ; hallucinations probables de l'ouïe et de la vue, ne veut manger que du pain, cherche à frapper et à surprendre son entourage, insomnia, sournois, dangereux.

Il entre à l'asile sous le diagnostic de débilité mentale avec idées vagues de persécution et d'empoisonnement et inconscience des faits qui ont motivé son internement ; tout d'abord, il se montre tranquille, mais paraît hébété, peu communicatif et méfiant ; on le surprend un jour en flagrant délit de sodomie active. En décembre suivant, il nous raconte que le chagrin qu'il éprouva à la mort de sa femme et de son fils le plongea dans un état d'abattement profond, mais il ne se rappelle pas avoir été fou ni avoir commis aucun acte violent ; il a beaucoup d'ennemis à Cherchell ; un jour, une vieille femme lui donna à manger des beignets auxquels elle prétendait avoir ajouté une substance ayant la propriété de dissiper le chagrin que lui causait la mort de son fils, il en ressent encore les fâcheux effets et croit qu'en réalité elle voulait l'empoisonner. Il est victime de la méchanceté d'un aveugle qui, dans le bureau arabe de Gouraya, a donné quelques sous à des enfants qui le poursuivaient dans la rue en criant par derrière : maboul, maboul... En janvier 1889, il consent à nous faire quelques aveux, bien qu'il soit très méfiant et qu'il faille lui arracher les réponses une à une ; il est vrai qu'à ce moment son état est très satisfaisant ; c'est ainsi qu'il prétend n'avoir jamais eu d'aliénés dans sa famille et n'avoir jamais bu que de l'eau (et de fait, à l'asile, il ne boit jamais de vin) ; il ne se rappelle rien des actes qu'on lui reproche ; peut-être a-t-il été fou, mais dans cette hypothèse il se dit guéri aujourd'hui ; cependant, en insistant davantage, nous pénétrons plus avant dans son délire ; il voyait des gens

qui voulaient le frapper, qui l'insultaient; il assistait à des spectacles variés, c'étaient des défilés de voitures, la foule, la mer, des ours, des lions; il ne mangeait que du pain parce que des voix le lui commandaient; sous ces influences il ne connaît personne et frappe quiconque se présente devant lui. Les coups de trique qu'il a reçus de sa famille l'ont déterminé à fuir à Cherchell; là, il se rappelle avoir frappé un de ses coreligionnaires d'un coup de matraque « parce qu'il croyait qu'on allait le citer en justice ».

Calme, assez raisonnable, ne parlant pas seul, ne manifestant pas d'hallucinations et nous fatiguant de ses demandes réitérées de mise en liberté, ce malade allait être l'objet d'une demande de sortie lorsque, en avril 1889, il entre subitement dans un accès de fureur maniaque incoercible, brisant tout ce qui tombait sous sa main, cherchant à mordre, à frapper son entourage, passant des nuits entières à frapper aux portes et jetant l'épouvante dans le personnel de surveillance. Cet accès dura quinze jours et le calme se rétablit; il restait déprimé, réticent, hébété et très sournois. Nouvel accès subit à la visite du 6 août suivant où, sur notre refus de le mettre en liberté immédiate, il entre dans un accès de rage et devint absolument furieux; il vocifère, frappe du poing, nous menace, et il faut tout le personnel pour l'empêcher de se précipiter sur nous. Cette nouvelle crise dure quelques jours, puis le malade se calme et retombe dans son hébétude habituelle. Depuis lors, il est tranquille, mais reste déprimé, peu communicatif, sournois et il ne cesse de réclamer sa sortie. Quand nous le quittons en avril 1881, la situation est restée telle, sans apparition d'un nouvel accès depuis vingt mois; il répond assez bien quand on l'interroge, et s'occupe à quelques travaux de ménage. Ajoutons que nous n'avons découvert sur lui aucun signe physique de dégénérescence.

Enfin, nous trouvons ci-après un cas de folie héréditaire ayant pu un instant en imposer pour une paralysie générale; on sait que le diagnostic de ces deux formes d'aliénation est souvent très difficile, surtout quand il s'agit de la période maniaque de la folie circulaire.

OBS. XL. — Moh... ou Dj..., cultivateur, Kabyle, entré à quarante-huit ans en 1885... Il appartient à une famille de

fous et serait devenu aliéné à la suite de l'enlèvement (?) ou de l'abandon de sa femme; il vaguait dans le pays dans un état d'inquiétude et d'agitation extrêmes et devenait dangereux; il était halluciné, incohérent, répondait dans un langage moitié kabyle, moitié arabe, et présentait un léger tremblement de la langue.

Le certificat de séquestration est ainsi conçu : « Manie avec agitation et crises furieuses. » Le certificat de quinzaine porte : « Folie héréditaire caractérisée par une grande incohérence dans les idées, une excitation maniaque parfois très vive et un délire d'actes qui exige une grande surveillance; le malade accuse quelques idées de grandeur et de richesses et offre une légère hésitation de la parole. Paralysie générale probable. » Les notes consécutives en font une folie héréditaire, et il n'est plus question de paralysie générale; nous avons observé attentivement ce malade et tout soupçon d'encéphalite nous paraît devoir être écarté; l'affaiblissement intellectuel, l'incohérence, les idées de grandeur dominent la scène avec quelques troubles du langage relevant de la dégénérescence; il prend des airs d'autorité, veut imposer sa volonté aux autres malades et il parle seul dans un langage qu'il est impossible de comprendre; la parole est certainement embarrassée; il scande le mot pour le prononcer, mais la langue n'est pas tremblante; il n'y a pas d'inégalité pupillaire, pas de tremblement des lèvres ni des mains; le malade roule lui-même ses cigarettes avec habileté; la déglutition est normale; il est vrai qu'il marche un peu difficilement et en élargissant sa base de sustentation, mais sa démarche ne ressemble en rien à celle du paralytique; il n'est pas glouton; il mange même très peu; son sommeil est tranquille; il est propre, n'a pas de mauvais instincts, et, jusqu'à ces derniers jours, il s'était occupé d'une façon très assidue à confectionner des nattes de paille pour tapis de parquet lorsqu'il a dû abandonner tout travail, sa vue s'étant affaiblie par suite d'un gérontotoxon double.

(A suivre.)

Établissements d'aliénés.

DEUX ASILES D'ALIÉNÉS CRIMINELS

Par le Dr PONS

L'assistance des aliénés a pris un développement remarquable en Italie pendant ces dernières années. Me trouvant à Florence, en septembre dernier, j'ai pu constater les progrès accomplis dans cette partie de l'œuvre hospitalière que poursuivent, depuis près d'un siècle, toutes les nations de l'Europe. La capitale de la Toscane possède aujourd'hui deux établissements importants : le superbe manicomie de San Salvi et l'asile criminel de Montelupo, que nos voisins désignent plus exactement du nom de manicomie judiciaire.

Le premier est un asile grandiose, construit luxueusement, où tous les éléments du confort moderne, de l'hygiène la plus scrupuleuse ont été prodigués avec libéralité. Il est doublé d'un asile clinique de cinquante places, pourvu de laboratoires parfaitement outillés. Cette annexe doit s'ouvrir dans quelques mois et promet d'être un foyer scientifique, sous l'impulsion du jeune et savant directeur le professeur Tanzi.

L'asile de San Salvi, avec ses belles installations, ses appareils de ventilation et de chauffage perfectionnés, ses terrasses à l'italienne qui lui donnent un aspect original et gai, s'impose à l'attention du visiteur. Mais il offre un intérêt limité pour l'aliéniste, ne différant pas au fond, très sensiblement, des autres bons asiles qu'on

rencontre un peu partout, en ce qui touche la disposition de ses organes et leur adaptation au traitement de la folie.

Aussi, ai-je quelque peu négligé le nouveau manicomie, que je n'ai fait qu'admirer en passant. J'étais attiré d'un autre côté, vers l'asile judiciaire de Montelupo, un établissement de création récente, d'un caractère spécial, construit pour une certaine catégorie d'aliénés. Son étude me sollicitait d'autant plus que notre nouvelle loi, que nous espérons tous voir bientôt en vigueur, ordonne l'érection d'établissements similaires en France et qu'il conviendra de s'inspirer dans l'avenir, pour la forme à leur donner, des enseignements fournis par ceux qui existent.

Montelupo n'est pas un quartier de prison. C'est un établissement séparé, jouissant d'une vie indépendante. Il reçoit les aliénés délinquants de toute l'Italie, aussi bien les criminels devenus aliénés qui lui viennent des maisons pénitentiaires, que les individus reconnus aliénés au cours d'un procès.

Il est gouverné par un directeur et un médecin en chef, auprès desquels j'ai trouvé l'accueil le plus courtois. Sous l'impression toute récente de l'aménité de ces messieurs, il me serait bien agréable de prodiguer mon admiration sans réserves à l'œuvre hospitalière qu'ils ont charge de diriger. Je déplore l'obligation où je suis de lui adresser de graves reproches qui ne sauraient, bien entendu, les atteindre personnellement. La vérité doit être mise au jour, quand même, lorsque sa divulgation peut servir la cause des misérables. L'établissement de Montelupo, malgré sa tenue irréprochable, ne pourra jamais servir de modèle aux asiles criminels français, pas plus que le traitement qu'on y pratique.

Le manicomie judiciaire est à une heure de Florence, non loin du village de Montelupo, station du chemin de

fer de Florence à Pise. Le pays est bien nommé pour son aspect sauvage. Avant de s'arrêter à cette gare, le train fait dérouler sous les yeux du voyageur des paysages abruptes et sombres. En un certain endroit, il côtoie l'Arno, qui coule solitairement entre des roches boisées, dressées à pic, sans aucune route qui rappelle l'activité humaine. On se croirait dans les Calabres. Au sortir de cette gorge, quelques cultures commencent à se montrer et la campagne se transforme insensiblement. Le site est presque riant à l'arrivée lorsqu'on découvre, à quelque distance, la villa Ambrogiana, ancienne résidence des ducs de Toscane. C'est dans ce domaine seigneurial que sont internés les fous criminels.

En quittant la gare, vous laissez le village à votre gauche. Vous traversez sur un pont de pierre un large torrent qui se déverse un peu plus loin dans l'Arno et vous pénétrez sous une allée ombreuse de platanes séculaires. Elle vous conduit à une vaste terrasse baignée de soleil et vous avez devant vous l'asile.

C'est un grand bâtiment carré flanqué de tourelles. Son profil est élégant, comme celui de toutes les villas toscanes; ses dimensions sont majestueuses. La première impression que sa vue fait éprouver serait des plus heureuses, si les fenêtres n'étaient hérissées de barreaux épais et croisés. Avant d'entrer, le voyageur sait déjà qu'il va visiter une geôle.

Les aliénés sont répartis entre deux grands bâtiments : la villa proprement dite, où est aussi l'administration, et une construction massive, à deux étages, qui s'élève à une centaine de mètres du pavillon principal. Ils sont soumis partout, d'ailleurs, au même régime, dont la dureté m'a frappé.

Le système cellulaire est appliqué uniformément à Montelupo, sans distinction de cas cliniques. Je n'ai vu dans l'établissement ni réfectoires, ni salles de réunion.

À l'infirmerie seulement, les malades sont traités dans un dortoir commun. Pour tous les autres, l'isolement est la règle, vingt-deux heures sur vingt-quatre. Les cellules tiennent toute la longueur du bâtiment et s'ouvrent sur un couloir spacieux où se promènent les gardiens. Elles ressemblent à celles d'une prison vulgaire. Leurs portes épaisses offrent une disposition nouvelle et curieuse. C'est une fermeture à deux degrés. Le pêne de l'énorme serrure est coudé, de façon à s'arrêter au premier tour, avant l'occlusion complète. Il en résulte que la porte demeure solidement entr'ouverte et qu'on peut, par la fissure, explorer à volonté l'intérieur de la loge.

On m'a fait remarquer que ce mode de demi-fermeture est favorable à l'aération de la pièce. Il est destiné aussi, à ce qu'il m'a paru, à faciliter une surveillance incessante. Les gardiens qui arpencent le couloir toute la journée soumettent sans trêve le malheureux aliéné à une véritable inquisition. Il y a là une aggravation de peine incompatible avec l'humanité et le traitement moral de l'aliénation mentale.

Deux heures par jour, après le repas de midi, on lui permet de quitter sa cellule et de respirer au grand air. Un certain nombre de cours ont été aménagées en face des bâtiments et les malades y sont distribués par petits groupes, suivant les indications du médecin en chef. Vers un autre point de l'établissement sont des préaux plus petits pour aliénés seuls, ceux dont le trouble mental est considéré comme dangereux pour leurs compagnons d'infortune.

La condition des pensionnaires de la villa Ambrogiana est donc celle de prisonniers. Le régime alimentaire auquel ils sont soumis justifie encore cette assimilation. Quand on m'en a donné connaissance, je me suis rappelé l'expression énergique « bagnes de fous » qui

fut prononcée, il y a quelques années, devant la Société médico-psychologique de France. Une soupe à midi et 600 grammes de pain, telle est l'allocation journalière pour la semaine. Les aliénés ont de la viande le dimanche et ils goûtent le vin quatre fois l'an, aux grandes fêtes.

Ce traitement sévère était autrefois épargné aux *judicabili* (aliénés en cours de procès). La condamnation ne les avait pas atteints et ils bénéficiaient d'une situation qui les rendait moins « punissables », sans doute, aux yeux de l'administration. Mais l'exception qui les favorisait a été supprimée par mesure économique. Actuellement, tous les pensionnaires de l'asile sont soumis au même régime. C'est, pour tous, le *carcere duro* dans sa plénitude.

D'autre part, je reconnais volontiers que les individus atteints de maladies physiques sont bien traités à l'infermerie. Ils y reçoivent une nourriture choisie, dont les articles sont déterminés très largement par le médecin en chef. Cette salle contient un nombre prédominant de tuberculeux.

Il faut passer condamnation sur la condition pénible des aliénés, qui est imputable à l'administration supérieure, et constater la remarquable tenue de l'asile. L'activité de bon aloi du directeur, le dévouement éclairé du médecin compensent à Montelupo, dans une certaine mesure, les rrigueurs de la vie matérielle et les duretés du règlement. Les quartiers de l'asile sont ce qu'ils sont ; on ne peut en changer la forme. Mais leur hygiène est aussi bonne que possible. Partout règnent un ordre parfait, une propreté méticuleuse.

Le service médical est pourvu de tous les moyens d'étude et de traitement. J'ai pu admirer dans le cabinet de M. le Dr Codeluppi une fort belle collection d'anthropologie. La salle d'hydrothérapie est suffisamment

pourvue ; les baignoires, toutes munies d'une petite douche frontale, sont bien installées et l'on devine partout, en dépit de l'impression fâcheuse causée par la maison, l'intervention active d'un homme de science et d'un philanthrope. Mais sa mission n'est guère favorisée par le milieu où il doit la remplir et je me demandais, en parcourant l'asile, si mon distingué confrère était vraiment en situation de poursuivre le traitement de la folie.

Le travail est peu employé à la villa Ambroggiana. Une douzaine de malades s'occupent isolément, m'a-t-on dit, à divers métiers, mais il n'y a pas d'atelier collectif. Le domaine cultural, planté en légumes et en vignes, n'a pas deux hectares d'étendue. Malgré son exiguité, le médecin ne perd pas l'espoir de pouvoir organiser, dans un avenir prochain, le traitement agricole au profit d'un certain nombre de ses pensionnaires.

Au cours d'une exploration rapide, j'avais à peine le temps de m'intéresser aux individualités du manicom. Je ne pouvais pourtant pas passer sans m'y arrêter devant la cellule de Passanante, le régicide. Il y a une quinzaine d'années, son attentat sur le roi Humbert a donné à cet homme son heure de célébrité. Après avoir fourni matière à une polémique des plus vives entre des criminalistes illustres, il fut interné à la prison de Porto-Ferrajo. Il a été transféré en dernier lieu à Montelupo.

Bien qu'il n'ait que quarante-six ans, Passanante est aujourd'hui un vieillard. Ridé, courbé et grisonnant, il offre tous les signes d'une sénilité précoce. Il s'est montré rebelle à toute conversation. Pendant le temps assez long que j'ai passé dans sa cellule, il a péroré avec emphase. L'idiome napolitain dans lequel il s'exprime était peu intelligible pour moi. Il a fait entendre, m'a-t-on dit, des récriminations incohérentes sur l'injustice des

hommes. Puis, c'étaient des périodes pompeuses roulant sur ses projets de transformation sociale, tout cela décousu et sans suite. Son regard était vague et ne se fixait sur personne ; il ne m'a pas été possible d'attirer son attention. Passanante m'a paru confiner à la démence. Il ne faut pas voir en lui un *mattoïde*, aujourd'hui, mais un aliéné chronique.

Il aime à modeler la glaise et la mie de pain. Ses ouvrages d'art, qui sont nombreux, tiennent une place honorable dans la collection de l'estimable médecin en chef du manicom. Ils consistent en groupes grossièrement figurés de personnages entourant une statue équestre. Sur chaque personnage est piquée une banderolle en papier portant une sentence, un nom propre ou encore l'inscription d'une somme d'argent en *lires*.

On chercherait longtemps, sans la trouver, la signification de ces produits de sa verve. Son entourage pense que le malade poursuit, dans ces travaux, l'application de ses utopies sociales et que les bons pour... *lires* répondent à un système financier. Les statuettes exécutées par Passanante sont dénuées de toute correction artistique, mais elles dénotent une singulière puissance d'imagination.

Comme beaucoup de dégénérés, il écrit beaucoup. Il utilise pour ses élucubrations, devenues peu à peu incompréhensibles, non seulement le papier que l'administration lui octroie libéralement, mais encore les fragments qu'il trouve à terre. La moindre parcelle qu'il peut ramasser lui est bonne pour satisfaire sa manie de griffonnage.

Passanante ne parle que le napolitain. L'établissement de Montelupo, où se font entendre tous les dialectes de la péninsule, offre à ce point de vue une physionomie vraiment unique. Le visiteur peu versé dans la langue italienne s'y croit transporté dans la tour de Babel. En

cet endroit se trouvent réunis, en effet, les aliénés criminels de toute l'Italie : Piémontais, Génois, Siciliens, Romains, Toscans, etc. Chacun parle son idiome natal et les gardiens eux-mêmes ont parfois quelque peine à s'y reconnaître.

On peut voir aussi à la villa Ambrogiana quelques aliénés étrangers et j'y ai rencontré un pauvre diable de Normand qui est menacé, sans doute, de finir là ses jours. C'est un fou moral alcoolique, condamné pour un viol consommé sur sa propre fille. Il s'exprime élégamment et m'a fait, à travers l'entrebâillement de sa porte, une petite conférence de politique rétrospective. Ce malheureux m'a supplié de favoriser son rapatriement. Il serait mieux placé à Quatre-Mares ou dans un de nos futurs asiles criminels. C'est l'avenir que je lui souhaite.

Les renseignements statistiques suivants sont extraits du rapport médical pour l'année 1892, présenté par M. le Dr Codeluppi.

Au 1^{er} juillet 1892, il y avait à l'asile 289 aliénés. Au 1^{er} juillet 1893, leur nombre était de 293. Il y a eu, pendant ces douze mois, 75 admissions, 56 sorties et 15 décès. Depuis l'ouverture de l'asile, en juin 1886, le nombre total des individus admis était de 675. Montelupo ne reçoit que des hommes.

L'établissement contient des aliénés ayant commis des crimes et des condamnés aliénés. Ces derniers sont en grande majorité (62 sur 75 admis). Parmi eux, la folie morale est la forme mentale la plus fréquente (13 cas). Après viennent la lypémanie (10), la folie épileptique (10), la monomanie intellectuelle (9), la démence consécutive (7), la folie impulsive (5).

Les crimes imputés aux malades entrés dans l'année sont classés dans l'ordre suivant : homicide simple (38), violences (10), vol (8). Le meurtre avec préméditation

ne vient qu'en quatrième ligne avec le chiffre 5. La prépondérance de l'homicide simple, la rareté de l'assassinat méritent d'être mentionnées. L'observation démontre pleinement la nature impulsive, passionnelle des actes.

Cette forme particulière de la criminalité paraît avoir son centre bien déterminé en Italie. Si toutes les provinces sont représentées à Montelupo, la Sicile est celle qui lui fournit relativement le plus fort contingent (14). Ses malades ont en général le tempérament violent, des anomalies morales plus marquées que ceux des autres régions. La Sicile est le pays des fous moraux et de l'homicide simple. Ses habitants se font remarquer par leur caractère emporté, leur facilité à jouer du couteau. Une personne digne de foi m'assurait que parmi les populations rurales de cette contrée, populations un peu sauvages, aux mœurs primitives, à la fois crédules, superstitieuses et impressionnables, un meurtre n'a qu'une importance minime. L'impression qu'il produit sur la foule est presque banale : « *U pungiu e u meschino moriu. Je l'ai piqué et le pauvre homme en est mort* », est une phrase qu'on entend assez fréquemment en Sicile pour qu'elle y soit devenue un dicton populaire.

Le Dr Codeluppi a trouvé l'hérédité paternelle un peu plus fréquente que la maternelle. Sur 75 malades, elle existait 27 fois ; 22 aliénés avaient une hérédité maternelle. Chez 27, l'hérédité collatérale a été notée.

L'instruction est peu répandue parmi les pensionnaires de Montelupo ; 48 sur 75 sont complètement illettrés.

Enfin, cet intéressant compte rendu relève, chez les aliénés admis, 292 cas de dégénérescence physique. Je mentionnerai les plus fréquents : l'oreille en anse (41), la plagiocéphalie (31), le tubercule de Darwin (22), l'asymétrie faciale (21), les anomalies dentaires (15),

l'exagération des sinus frontaux (14), des zygomes (12), la saillie des arcades orbitaires (10).

La population du manicomie judiciaire est aujourd'hui de 340 aliénés, divisés comme il suit :

Condamnés civils	263
— militaires	8
Prévenus.	22
Acquittés.	47
	<hr/>
	340

J'ignore si cette division existe dans les locaux de l'asile ; mais, un fait certain, c'est que tous les pensionnaires sont traités uniformément. Il ne faudrait pas leur souhaiter, d'ailleurs, un pareil classement, qui intéresse peu le médecin et les malades, mais une sélection conforme aux espèces mentales, dont je n'ai trouvé nulle trace à l'asile. Elle est désirable au nom de la science et de l'humanité. Tel qu'il est, Montelupo peut passer pour une bonne prison ; il devrait être quelque chose de plus.

Il faut bien en convenir, le groupe d'aliénés qu'on veut favoriser d'une assistance spéciale est antipathique à la communauté. Il subit (et cela est surtout vrai pour les criminels devenus fous) la flétrissure et le mépris qu'elle inflige aux criminels ordinaires. Cette confusion est invincible dans l'esprit de bien des gens et l'homme du peuple que l'instruction n'a pas éclairé consentira difficilement à ne pas voir un être abject dans l'homme qui a tué ou incendié, même sous l'influence d'une impulsion morbide.

Je ne vois pas d'autre explication possible à la rigueur dont souffrent ces malades ; la répression qui pèse sur eux reflète une pensée de haine de la part de leurs semblables. Aussi, l'asile de Montelupo m'est-il apparu comme le fruit évident d'une erreur. Le sentiment vindicatif et mauvais dont il est l'image maté-

rielle est d'autant plus étrange que l'Italie, avec son école criminaliste moderne, semble vouloir inaugurer une ère d'indulgence pour les délinquants. Chez nos voisins, bien plus que dans les autres pays d'Europe, l'effort de savants hardis a provoqué l'éclosion d'idées neuves sur la responsabilité humaine. Grâce à leurs travaux, le doute s'infiltre dans les esprits cultivés touchant la culpabilité de l'homme réfractaire, trop souvent victime d'influences implacables. Les penseurs vont bientôt se partager en deux groupes : les intransigeants du libre arbitre, tous les jours moins nombreux et les douteurs. Enfin, la plupart de ceux qu'intéresse la sociologie sentent de plus en plus le besoin d'une réforme équitable dans les rapports du criminel avec ses semblables. La bienveillance tend à prévaloir dans l'action pénale.

La société ne se venge plus ; elle se garde. Se protéger des criminels, tel est le sentiment qui s'impose d'abord et cette conception, qui paraît juste, exclut à leur endroit toute cruauté. Il suffit de jeter les yeux sur les ruines du moyen âge, d'explorer les cachots, vestiges de ces temps lugubres, pour se convaincre que les idées actuelles ont du bon. La société a simplement supprimé la colère de ses verdicts, pour trouver la prison moderne qui, sans être partout absolument conforme à l'équité, se rapproche davantage de l'idéal de justice, qui est le simple isolement du condamné. Le progrès a été réalisé lorsque le juge a su se dérober à la passion. Cruanté et justice sont des mots qui jurent ensemble. L'expression « vindicte publique » est une formule barbare parce qu'elle est surannée. Le criminel véritable, non discuté, auquel il a fallu reconnaître, malgré tout, la responsabilité de ses forfaits doit être mis dans l'impossibilité de nuire. Mais il ne devra point souffrir matériellement.

Certes, il ne serait pas équitable de lui attribuer, à lui être malfaisant et inutile, un droit quelconque à des jouissances que les autres hommes acquièrent par le travail et le noble exercice de leurs facultés. En se plaçant à ce point de vue, il faut bannir des établissements pénitentiaires tout confort superflu et refuser aux malheureux qui y sont enfermés le bien-être de l'existence. Mais la répression ne doit pas aller plus loin. De même que la torture a été bannie de notre code, les rigueurs matérielles doivent être épargnées aux prisonniers.

Pour les criminels aliénés, à plus forte raison, toute dureté est odieuse. On est en présence de malades. Quelle que soit la gravité de leurs crimes, la société abandonne tout ressentiment à leur égard et les traite avec mansuétude et pitié. Ces infortunés sont assez frappés; ils sont d'autant plus dignes d'intérêt que leur état mental les condamne presque toujours à une réclusion perpétuelle. En attribuant une hospitalisation séparée aux aliénés qui ont commis des actes criminels, la société se propose de se préserver contre eux, mais elle n'entend pas les punir. Là où la faute n'existe pas, il ne peut y avoir d'expiation.

C'est donc accomplir une iniquité que donner à un manicomie criminel des facultés répressives. Que l'asile soit un établissement de sûreté, dont il sera malaisé de sortir, la chose est logique et désirable; mais les malheureux séquestrés doivent être l'objet de soins bienveillants; j'oserai même ajouter qu'on ne doit pas leur refuser certaines compensations matérielles.

Enfin, l'asile spécial n'est pas seulement destiné à garder ses malades, il doit encore se prêter à leur traitement, lorsque, par exception, leur folie est curable. C'est vouloir proscrire toute thérapeutique qu'astreindre systématiquement les aliénés à un encellulement rigou-

reux. Sans vouloir ôter à l'établissement judiciaire son caractère de maison de sûreté, sans porter atteinte au principe de préservation sociale qui a provoqué sa création, sa forme sera compatible avec un classement rationnel des malades. On y réservera la cellule à ceux qui réclament l'isolement au point de vue clinique ou qui sont actuellement dangereux. Les autres jouiront de la vie en commun et d'une somme de liberté mesurée à leur individualité et à leur situation mentale.

Le sentiment bienveillant est inséparable de toute œuvre d'assistance. Les philanthropes qui ont créé Montelupo se sont plus inquiétés de la sécurité sociale que de la guérison des aliénés criminels. Il y a mieux à faire que de purger les prisons d'hôtes incommodes et l'avenir suggérera aux pouvoirs publics, j'en suis persuadé, un mode d'hospitalisation plus raisonnable et moins sommaire.

Les idées humaines prévaudront dans cette œuvre en Italie comme elles viennent de prévaloir en Amérique, où elles ont inspiré les fondateurs de l'asile criminel de Matteawan, dans l'état de New-York. L'œuvre de Montelupo est forcément imparfaite, parce qu'il y manque la bonté ; Matteawan est plus complet. L'asile américain est, d'abord et avant tout, un asile d'aliénés. Je dois à l'obligeance de M. le Dr Preston Beecher, vice-consul des Etats-Unis à Bordeaux, la communication de documents pleins d'intérêt sur ce bel établissement. Garder les aliénés est bien ; les garder et les traiter est mieux. Matteawan remplit heureusement ces deux conditions, car il offre, avec des garanties sérieuses de sécurité, toutes les ressources d'une thérapeutique rationnelle.

Avant l'année 1855, les condamnés aliénés étaient gardés dans les prisons ou envoyés à l'asile d'Utica.

Vers cette époque, la législature américaine résolut de pourvoir à une assistance spéciale pour ces malades et ils furent hospitalisés pour la première fois à Auburn en 1859. L'établissement d'Auburn, qui est une annexe de prison, n'a pas tardé à devenir insuffisant et l'érection d'un grand asile a été décidée. Matteawan a pu recevoir les aliénés d'Auburn en 1892.

Le nouvel asile criminel est à deux heures de New-York. Son emplacement est admirablement choisi sur un plateau élevé, au bord de la rivière Hudson. De ses fenêtres, l'œil domine un merveilleux paysage. En face, les villes de Matteawan et Fishkill, la baie et la ville de Neubourg ; à droite, le majestueux cours d'eau ; à gauche la vallée pittoresque de Fishkill, parsemée de riches cultures et de villas élégantes. Au loin, les montagnes de Shawangunk, Castskill et Fishkill limitent l'horizon.

Plusieurs lignes ferrées passent dans le voisinage de l'asile. Par elles et par la navigation de l'Hudson, son approvisionnement est rendu facile. Un autre motif, qui a son importance, a conduit au choix de cette position. La plus grande partie des aliénés internés à Auburn provenait du comté d'Albany et principalement de New-York. Cette circonstance a montré la nécessité de placer le nouvel asile criminel en cet endroit, qu'on peut considérer comme un centre du crime, pour qu'il soit mieux à portée d'y recevoir la masse de ses pensionnaires.

L'asile, avec ses dépendances, s'étend sur une superficie de dix acres environ (40,000 mètres). Les bâtiments forment un vaste parallélogramme incomplètement fermé derrière (la clôture sera complétée plus tard). Sur les trois côtés antérieurs s'élève une ligne non interrompue de constructions. Au milieu de la façade se projette en saillie le pavillon d'administration, relié à l'asile pro-

392. DEUX ASILES D'ALIÉNÉS CHIMINELS

prement dit par un vestibule spacieux. A droite et à gauche se voient deux quartiers d'aliénés. A chaque côté du quadrilatère correspondent deux autres quartiers. Aux deux bouts de la façade, formant le coin, sont les infirmeries. Elles font avec l'axe un angle de 45 degrés et se projettent en avant, comme le pavillon d'administration. Cette disposition rompt très heureusement la monotonie des lignes. En outre, ces infirmeries, isolées par trois côtés, offrent des conditions hygiéniques plus favorables.

Les angles postérieurs de l'asile, en rapport avec son quatrième côté, présentent deux constructions symétriques aux infirmeries, leur ressemblant extérieurement. On en a fait des ateliers, près desquels sont placés des logements de travailleurs. Cette partie de l'asile est encore inachevée et incomplètement close.

Tous les pavillons d'aliénés qui forment enceinte, au nombre de douze, sont reliés par un corridor à un étage qui joue un rôle nécessaire dans l'architecture spéciale de Matteawan, en réalisant sa fermeture parfaite.

Sur la ligne médiane, faisant suite au bâtiment d'administration, et divisant en deux parties l'espace circonscrit par les pavillons extérieurs, s'élèvent une série de constructions : les réfectoires et les services généraux. Il y a deux réfectoires séparés, un pour chaque sexe. On trouve ensuite la cuisine, la boulangerie, les magasins ; plus loin la buanderie et la forge. A une certaine distance et sans contact avec l'asile, on a installé l'usine électrique et à vapeur. L'atelier de charpenterie, les écuries, l'amphithéâtre complètent le groupe des constructions accessoires.

Les pavillons de côté et les réfectoires sont reliés par une galerie couverte qui coupe transversalement l'asile. Sur cette galerie s'ouvrent deux autres quartiers, dits

d'isolement. Ils occupent, de chaque côté des services généraux, une position centrale dans l'asile. Ils sont destinés aux aliénés très dangereux. Chacun d'eux possède seize cellules, deux chambres de gardiens, des lavabos et une salle de bains.

Les divisions de malades sont toutes bâties sur le même type. Elles ont un rez-de-chaussée et un étage et sont formées par une vaste salle servant en bas de salle de réunion, en haut de dortoir. La paroi antérieure de cette salle se confond avec le mur de l'asile ; elle décrit avec lui une courbe gracieuse et est percée de larges baies vitrées, munies d'appareils ventilateurs. La paroi opposée est en rapport avec quatre petites pièces où sont installés un vestiaire, des lavabos, des bains et un cabinet d'aisances. La disposition est la même aux deux étages, qui sont pourvus l'un et l'autre d'une salle de bains. Cette pratique me semble préférable à celle qui est suivie dans nos asiles, d'un établissement balnéaire central où les aliénés se rendent en tumulte. L'affectation d'un petit nombre de baignoires à chaque quartier est toute dans l'intérêt du bon ordre et du traitement.

Sauf le mobilier, le rez-de-chaussée et le premier étage sont donc absolument semblables. Les fenêtres sont munies d'armatures solides. A chaque extrémité des salles est un escalier qui est à l'épreuve du feu, fait de matériaux incombustibles. L'architecte a voulu prévoir, dans son œuvre, l'éventualité d'un incendie. En France, nos constructeurs se montrent moins soucieux des catastrophes à venir.

Le corridor à un étage qui relie les infirmeries et les pavillons d'aliénés constitue, ai-je dit plus haut, un organe utile à la sécurité de l'établissement. Il a toute l'importance d'un corps de logis. Non seulement il oppose une barrière infranchissable aux évasions, mais

encore il contient les logements des gardiens et des malades insociables. Toute sa longueur, aux deux étages, est occupée par une série de loges ouvrant sur le passage commun. Ce sont d'abord, avoisinant les salles, des cellules (seclusion rooms), des chambres séparées pour aliénés (single rooms), puis des chambres d'infirmiers, parfaitement placés pour surveiller les malades isolés et pour défendre la sortie. Il est impossible de pénétrer dans les salles ou d'en sortir sans passer sous les yeux du personnel.

Les malades de chaque sexe prennent leurs repas ensemble. Les hommes et les femmes se rendent dans leur réfectoire respectif par des passages séparés. Les aliénés en cellule subissent seuls l'isolement aux heures des repas. C'est le système anglais, dont l'expérience a démontré le bon fonctionnement dans les asiles ordinaires. Ce qui peut surprendre, c'est qu'il puisse trouver son application dans un asile criminel.

Pourachever cette description sommaire, il suffira de mentionner l'étage au-dessus de la cuisine, où l'on a fait des logements de malades tranquilles. On y a disposé une salle de réunion, un petit dortoir, quelques chambres séparées et une vaste salle de fêtes (amusement hall).

Un rapide examen des plans de l'asile met en évidence la pensée du constructeur. Il a bien eu l'intention d'exécuter une œuvre spéciale, remplissant deux conditions essentielles : garder sûrement des aliénés redoutables en diminuant le plus possible les chances de révolte et d'évasion ; les traiter avec humanité et selon les préceptes de la science mentale.

La forme donnée à l'asile est celle d'une maison de sûreté. Le périmètre formé par ses bâtiments circonscrit un vaste espace intérieur dont on a fait les préaux,

où les aliénés peuvent prendre l'exercice nécessaire. Aucun bâtiment n'a d'issue vers le dehors ; toutes les portes s'ouvrent sur les préaux. Ces cours intérieures, au nombre de deux, n'ont pas moins de 4,000 mètres et sont assez vastes pour avoir le soleil en toute saison. Plus tard, lorsque la clôture sera terminée, l'asile en possédera quatre et les malades pourront se mouvoir à l'aise dans l'enceinte. Mais ils ne franchissent jamais l'obstacle formé par les constructions.

Entièrement semblables aux deux étages, disposées suivant une ligne continue, ces constructions peuvent être explorées aisément à l'intérieur. Les portes étant ouvertes, la vue peut s'étendre d'un bout à l'autre de l'asile, dans les deux sens. Cette forme facilite singulièrement la surveillance, en même temps qu'elle donne aux habitations un aspect animé et agréable.

On a vu le rôle important attribué aux corridors intermédiaires, où sont les chambres d'isolement et les logements des gardiens. L'asile a été largement pourvu de ces habitations individuelles. Leur nombre n'est pas moindre de 244 pour tout l'établissement. La séquestration d'urgence d'un violent peut être aisément effectuée à toute heure. Enfin, pour les aliénés absolument réfractaires, deux quartiers cellulaires ont été construits au centre de l'asile.

Préaux antérieurs, portes s'ouvrant du côté des préaux, logements des gardiens commandant l'accès des quartiers, nombreux locaux d'isolement, surveillance générale rendue facile par la forme des constructions, pavillons cellulaires centraux..., telles sont les dispositions spéciales qui donnent à Matteawan le caractère indiscutable d'une maison de force.

Mais il est aussi une maison de traitement et son créateur a pu lui donner les qualités d'un bon asile d'aliénés.

La sélection des malades s'y fait parfaitement, grâce aux nombreux quartiers qui le composent. Les locaux d'habitation sont simplement et solidement construits, mais leur aspect est agréable. Leurs larges fenêtres sont protégées par des châssis métalliques, mais elles laissent passer un jour clair et procurent aux malades la vue d'un paysage splendide. Tout l'asile est éclairé à la lumière électrique, chauffé et ventilé par un système de vapeur à basse pression. Le régime alimentaire est identique à celui des asiles ordinaires, auxquels une réglementation rigoureuse alloue une nourriture variée et substantielle, déterminée scrupuleusement pour tous les articles.

Les pensionnaires de Matteawan jouissent donc véritablement de ce bien-être qui est indispensable à leur traitement, quand leur guérison est possible. Des distractions nombreuses — représentations dramatiques, concerts — leur sont offertes, grâce à l'intervention d'une philanthropie active et zélée. Soixante-dix agences de journaux et publications littéraires mettent la lecture à la portée de tous les malades qui peuvent s'y adonner.

Le travail est en honneur à l'asile. Il y donne les résultats les plus satisfaisants, au double point de vue médical et économique. Indépendamment des travaux de l'entretien et des services généraux, l'établissement dispose de trois ateliers pour les cordonniers, les tailleurs et les ouvrages des femmes. Les tableaux statistiques présentés par M. le Dr Allison, le distingué médecin en chef, témoignent de l'activité du travail à Matteawan. Le nombre total des journées des travailleurs s'est élevé, pour l'année 1894, à 58,185.

Quelques chiffres intéressants sont à relever dans le rapport de notre confrère.

A la fin de septembre 1894, la population est de

453 aliénés (416 hommes et 37 femmes). Au 1^{er} décembre 1893, elle était de 411. L'accroissement est de 42. Il y a eu 110 admissions et 68 sorties. Parmi ces dernières, figurent 32 guérisons. La mortalité est faible, représentée par 22 décès seulement. Sur ce nombre, 7 sont causés par la paralysie générale, 6 par la phtisie.

Ce sont les condamnés aliénés qui fournissent le plus de guérisons. Ce fait peut s'expliquer par la prédominance de ce groupe d'aliénés. En effet, sur 453 malades formant la population totale de l'asile, il n'y a pas moins de 277 condamnés. Il ne faut donc pas s'étonner de les voir fournir la plus grosse part de succès. Elle tient peut-être aussi à la nature de leurs troubles mentaux. Leur accès de folie est presque toujours consécutif à l'emprisonnement. L'influence du milieu de l'asile les transforme et ils guérissent assez promptement. S'ils n'ont pas purgé leur peine au moment de leur guérison, ils sont renvoyés en prison. Quelques-uns d'entre eux sont sujets à rechuter. D'autres condamnés, qui obtiennent à l'asile la disparition de leur trouble mental, sont maintenus à l'expiration de leur peine pour cause de débilité originelle.

Les admissions de l'année donnent lieu à quelques remarques curieuses.

Les causes de la folie sont trop souvent inconnues ; les renseignements font défaut chez 65 sujets. Néanmoins on peut conclure des documents apportés que l'alcoolisme est un facteur puissant de la folie criminelle. Sur les 110 malades entrés dans l'année, 83 sont notés comme buveurs d'habitude, 53 sont des alcooliques avérés. Cette observation peut se rapprocher avec fruit de celle que nous fournit le rapport de Montelupo. En Italie, l'alcoolisme est rare. Un seul cas est mentionné dans la statistique italienne.

D'autres dissemblances frappantes se montrent entre

les deux établissements. Si la plupart des malades italiens sont illettrés, le niveau de l'instruction est relativement élevé en Amérique. Sur 110 aliénés, 44 ont reçu une bonne éducation, un nombre égal sait lire et écrire.

Les formes mentales ont ici et là leur physionomie propre. A l'asile américain, c'est la hystémanie qui se présente la première avec le chiffre 47 ; la folie dégénérative la suit de loin, représentée seulement par 9 cas. Il est entré à Matteawan 6 paralysés généraux. La paralysie générale est inconnue à Montelupo.

La nature des crimes commis par les malades, contribue encore à donner aux deux asiles un aspect particulier, personnel. A Matteawan, le vol est en tête de la liste avec le chiffre 24. Puis on trouve le vol avec effraction (12), les violences (12), le meurtre (9). Le délit commis intelligemment, sans violence, prédomine et se substitue à l'acte impulsif, non raisonné, qui joue le rôle prépondérant dans la criminalité italienne. A l'Italie, sont afférents les troubles héréditaires, la tare dégénérative, le vice atavique. L'Amérique subit les inconvenients d'une civilisation plus avancée et peuple ses asiles de vésanies acquises, des folies de l'alcool, affections souvent curables, ce qui explique dans une certaine mesure, les succès thérapeutiques constatés à l'asile de New-York. Le chiffre des guérisons n'est pas indiqué dans le rapport italien.

A l'heure où nous sommes, Matteawan atteint son maximum de population et des mesures nouvelles s'imposent pour l'hospitalisation des aliénés auteurs de crimes. Dans son dernier rapport, M. le Dr Allison fait une proposition qui, si elle est favorablement accueillie par la législature, va modifier profondément le fonction-

nement de cette assistance aux États-Unis. Il voudrait résérer l'asile spécial aux seuls aliénés non condamnés, envoyés par les cours de justice, et il demande qu'à l'avenir, les condamnés frappés de folie soient traités dans des quartiers de prison.

Si les idées de M. Allison sont adoptées, il aura donné à l'assistance nouvelle une formule à laquelle il n'est pas indifférent de s'arrêter.

Elle est surtout pratique. Il importe, en effet, de préserver l'asile modèle de l'envahissement qu'il subit déjà, au détriment de sa prospérité. Le flot croissant des bandits le menace d'un encombrement désastreux et il cesserait d'être bientôt, si l'on n'y prenait garde, une bonne maison de traitement. En limitant l'affectation de Matteawan aux aliénés non condamnés, qui sont peu nombreux, sa population se maintiendra pour longtemps à un chiffre raisonnable. La double hospitalisation préconisée par notre savant confrère, est donc une mesure d'une utilité incontestable.

Elle accomplira définitivement une séparation qui doit satisfaire le sentiment public, en empêchant la promiscuité d'aliénés simples avec des individus souillés par la flétrissure sociale. La distinction entre ces deux groupes a, du reste, une portée scientifique ; elle repose sur une base clinique.

Il faut reconnaître qu'elle est mal établie pour quelques sujets. Certains condamnés aliénés étaient évidemment frappés de folie avant leur condamnation et une enquête opportune leur eût attribué le droit d'être placés avec les aliénés ordinaires. D'autres malades, considérés comme primitivement aliénés, offrent des anomalies psychiques qui permettent de les confondre avec des criminels d'origine. Il est permis cependant d'affirmer, en thèse générale, l'indépendance des deux catégories et de leur assigner des caractères propres.

L'aliéné qui a commis un crime sous l'influence de son trouble mental, ne diffère pas de nos malades des asiles. Le crime est chez lui un accident, un symptôme. Les circonstances ont déterminé sa production au dehors ; l'asile aurait pu l'en préserver. La gravité de l'acte n'influe pas sur son caractère, qui est celui d'un simple phénomène morbide. Le malade réclame les soins de l'asile ; il doit être favorisé de la thérapeutique mentale. Qu'il guérisse et le crime n'a plus aucun motif de se produire, M. Allison lui réserve exclusivement son hospitalisation spéciale et il a raison.

Le condamné devenu aliéné est d'abord un criminel. A l'inverse de l'autre type d'aliéné, la folie est chez lui l'accident, l'épiphenomène. Supprimez la folie et le criminel reste avec ses tares et ses tendances vicieuses. Il n'est pas intéressant à traiter, car le résultat, si heureux qu'il soit, ne rendra jamais un citoyen à la patrie. C'est parmi ces condamnés aliénés que doit foisonner l'homme régressif, cette ivraie sociale qu'a présentée naguère, en termes éloquents, mon savant ami Marandon de Montyel à la Société médico-psychologique. Quoi qu'on fasse, ils seront anti-sociaux toute leur vie.

En somme, à part quelques erreurs qu'une étude ultérieure peut rectifier, la grande masse des individus appartenant à cette catégorie est peu digne d'attention. Les épisodes délirants qu'ils présentent dans la prison, créés par leur nature instable, réclament des soins moins complets et leur isolement dans une dépendance de la maison pénitentiaire leur suffit.

Si l'organisation souhaitée par notre confrère s'établissait un jour en France, elle y serait avantageuse à d'autres égards, car le nouvel asile de sûreté (si on veut lui donner ce nom) pourrait servir à l'allégement des asiles ordinaires. En effet, réservé aux seuls aliénés placés par la justice, il n'aurait qu'une faible population

qui pourrait s'augmenter, sans inconvenient, de quelques unités supplémentaires.

Quoi qu'on en ait dit, il existe dans nos services des sujets, heureusement rares, dont il faut désirer l'élimination dans l'intérêt des autres malades. Je veux parler des aliénés homicides; des impulsifs exceptionnellement violents; des fous moraux, fauteurs éternels de désordre; des évadeurs systématiques, etc. Ces aliénés sèment le trouble autour d'eux, détournent sur eux, au préjudice de toute la division, l'activité du personnel. Le médecin leur doit des insomnies; ils compliquent indûment la tâche de l'aliéniste et leurs compagnons souffrent de leur présence. Ils sont la plaie de l'asile.

Eh bien! ces aliénés, qui représentent une exception et les aliénés judiciaires destinés à l'asile de sûreté, sont cliniquement frères; quoi de plus naturel que de les hospitaliser ensemble? Nos asiles seraient désencombrés d'autant, ce qui n'est pas un mince avantage à l'époque actuelle, et débarrassés d'une population dangereuse avec laquelle le traitement libre, la suppression absolue de la contrainte sont de pures illusions.

Ces considérations fournissent un argument sérieux en faveur de la double assistance, qui deviendrait un bienfait pour notre population aliénée.

D'après ce système, les condamnés devenus aliénés seraient internés à Gaillon ou dans d'autres quartiers de prison similaires. Un asile spécial, dit de sûreté, recevrait: 1^o les aliénés placés par la justice; 2^o les pensionnaires dangereux des asiles normaux.

Législation
—
PROJET
—
DE
LOI FÉDÉRALE SUISSE SUR LES ALIÉNÉS
ET NOUVELLE LOI SUR LE RÉGIME DES ALIÉNÉS
DU CANTON DE GENÈVE

Dans les Annexes au remarquable rapport de M. le sénateur Théophile Roussel sur la révision de la loi du 30 juin 1838, se trouve insérée une savante étude, très claire et très documentée, de notre excellent confrère et ami M. le D^r Ladame, sur la législation relative aux aliénés dans la Confédération suisse (1). Il n'existe pas, dans la République helvétique, de législation uniforme sur cette matière ; chaque canton a des dispositions législatives différentes. Même, « plusieurs États confédérés, parmi les cantons primitifs et dans les hautes vallées des Alpes, n'ont pas encore senti le besoin d'une législation spéciale pour les aliénés. Ils traitent les cas qui peuvent se présenter d'après le droit commun et la coutume locale. »

Cette situation anormale préoccupe depuis longtemps les médecins aliénistes de la Suisse. A maintes reprises, — surtout depuis une vingtaine d'années — ils s'en sont occupés dans leurs réunions, et d'importants tra-

(1) Th. Roussel, *Rapport de la Commission sénatoriale sur la révision de la loi sur les aliénés.* T. II. Annexes, p. 563-599.

vaux, sous forme de rapports, de projets, de brochures, ont été publiés, qui ont élucidé la question, l'ont amenée à un complet état de maturité. Pour que tous ces généreux efforts aboutissent, il faudrait surtout, dans un pays comme la Suisse, où l'opinion publique est absolument souveraine, agir sur cette opinion publique par les écrits et par la parole. Il appartient à nos confrères suisses, dont le dévouement est à la hauteur de la science, de provoquer ce qu'on appelle un mouvement d'opinion en faveur de cette législation fédérale tant désirée, qui aurait une réaction énergique, en même temps que très favorable, sur le développement de l'assistance et, par suite, sur le traitement des aliénés de leur pays.

L'un d'eux, M. le Dr Joannès Martin, le distingué directeur de l'asile cantonal des aliénés de Genève, a bien voulu nous communiquer deux documents importants sur la législation relative aux aliénés en Suisse : le premier est un rapport des deux éminents aliénistes, MM. les Drs Forel et Delbrück, présenté à la Société des aliénistes suisses et développant les principes devant servir de base à une législation fédérale sur les aliénés ; le second est la nouvelle loi sur le régime des aliénés, promulguée dans le canton de Genève, le 2 juillet 1895.

Nous nous faisons un devoir de publier ces deux documents, qui seront consultés avec fruit par tous nos confrères — et ils sont nombreux — qui s'intéressent aux questions de législation comparée relative aux aliénés. Pour notre part, nous faisons les vœux les plus vifs pour que nos collègues suisses voient leurs efforts couronnés de succès. Nous dirons donc avec eux et après eux : Puisse leur travail être profitable à leur chère Patrie !

A. R.

**Principes pour servir à l'élaboration d'une loi fédérale
relative à la protection des aliénés.**

Loi fédérale sur les aliénés, pouvant au besoin servir de type
pour les législations cantonales.

Résultat des délibérations de la *Société des Aliénistes suisses* (1).

Observations préliminaires.

Les soussignés, au nom de la *Société des Aliénistes suisses*, ont l'honneur de vous exposer ce qui suit :

De toutes parts, on se plaint du nombre croissant des aliénés. Les cantons se voient les uns après les autres dans la nécessité d'agrandir leurs asiles ou d'en construire de nouveaux. Un recensement exact a donné à peu près un aliéné ou faible d'esprit sur cent habitants. Le traitement des aliénés réclame de tels sacrifices de la part de la société et de l'Etat, que le sujet qui nous occupe aujourd'hui est digne de toute votre attention.

Vous n'ignorez pas que le régime des aliénés offre chez nous bien des défectuosités, dans le détail desquelles nous ne voulons pas entrer. Vous les avez tous les jours sous les yeux ; elles compromettent la fortune, la santé, la vie de beaucoup de malades et de personnes de leur entourage.

Quoique, dans la règle, la Société des Aliénistes suisses ne voie pas les abus là où la rumeur publique croit les déconvrir, ses membres n'en sont pas moins les premiers à chercher à les combattre dans les asiles qu'ils dirigent; mais ils demandent que ces abus soient aussi combattus là où ils existent au premier chef, c'est-à-dire en dehors des asiles et notamment dans les pensions particulières à bas prix.

Pour obtenir ce résultat, la Société des Aliénistes estime qu'une loi est nécessaire, loi qui prenne sous sa protection tous les aliénés ou le plus grand nombre possible d'entre eux, loi qui ait pour but la surveillance des

(1) Traduit de l'allemand, par le Dr Joannès Martin, directeur de l'asile cantonal des aliénés de Genève.

malades et de ceux qui les soignent et dont le principe fondamental soit la création d'une autorité de surveillance.

Dans ce domaine, nous avons été distancés de beaucoup par d'autres pays. Les cantons qui possèdent une semblable loi sont peu nombreux ; nous signalerons le canton de Neuchâtel et surtout celui de Genève. Le moment est venu pour toute la Suisse de suivre ces exemples.

La Société des Aliénistes suisses s'occupe depuis longtemps de la législation relative aux aliénés. Il y a vingt-quatre ans déjà, le professeur Brenner, à Bâle, soumettait à la discussion les *éléments d'une loi sur les aliénés*, loi qui, il est vrai, aurait visé les rapports de l'aliéné avec la législation civile et criminelle, plutôt que les principes qui nous ont guidés dans le présent travail.

La Société est restée longtemps sans manifester d'une manière plus positive son activité dans ce domaine, mais elle ne perdait pas le sujet de vue.

En 1878, à la Société de patronage des aliénés du canton de Zurich, le Dr Moor, alors directeur de l'asile de Rheinau (Zurich), insistant sur l'exemple de l'Ecosse, proposait une loi cantonale sur les aliénés. Trois ans plus tard, dans la même assemblée, cette idée recevait une nouvelle impulsion du professeur Forel, directeur de l'asile de Burghölzli (Zurich), qui ne l'a plus abandonnée et en a nanti la Société des Aliénistes suisses, dans le but d'arriver à obtenir une loi fédérale. Depuis cinq ans, cette société s'est occupée dans chacune de ses réunions de l'un ou l'autre chapitre de la législation relative aux aliénés.

La Société a divisé la tâche qui lui incombe dans cet ordre d'idées. Nous dirons en passant qu'elle a formulé certaines propositions concernant les aliénés, pour qu'il en soit tenu compte dans le projet de Code pénal fédéral et qu'elle se prépare à étudier de près la situation de l'aliéné dans ses rapports avec le droit civil.

Le travail qui vous est soumis aujourd'hui reste dans un tout autre domaine ; il n'a en vue que le traitement, la protection et la surveillance des aliénés.

Le projet de loi de M. le professeur Forel a servi de

base à notre travail ; il a été calqué lui-même sur la législation écossaise, qui a fait ses preuves.

Pour l'exposé des motifs, nous nous permettons de vous renvoyer à ce projet de loi qui a été publié dans le dix-huitième compte rendu de la Société de patronage des aliénés du canton de Zurich, année 1893, et dans la *Revue pénale suisse* de M. le professeur Karl Stoos, sixième année, 1893.

Notre Société avait d'abord l'intention d'élaborer un projet de loi proprement dit ; elle y a renoncé devant certaines objections dont elle a reconnu le bien fondé. Nous nous contenterons donc d'émettre les principes qui nous paraissent justes et nous abandonnerons au législateur l'élaboration ultérieure du projet. Mais nous tenons à déclarer que, comme médecins, et éclairés par les résultats de notre expérience, nous sommes les adversaires convaincus de l'opinion qui fait passer le principe de la liberté individuelle avant l'intérêt et la santé des particuliers et le bien de la société humaine.

Notre association fonde encore bien d'autres espérances sur le concours de la Confédération qui aura, par exemple, à prêter son appui aux asiles de buveurs, à pousser à la création d'établissements destinés aux individus moralement incomplets et atteints de dégénérescence mentale, etc. Mais aujourd'hui, c'est une loi fédérale sur les aliénés que nous avons pour objectif. A notre avis, les cantons ne sont pas assez grands et leurs ressources sont trop faibles pour subvenir aux exigences d'une loi efficace, servant en même temps à protéger les aliénés et à les empêcher de nuire. Seule la Confédération dispose d'un nombre suffisant d'hommes qualifiés pour composer un conseil de surveillance compétent et pour donner à ce conseil l'indépendance voulue. De plus, une administration unique s'acquittera mieux et à meilleur compte de cette lourde tâche.

Nous savons que la Confédération ne possède pas le droit de légiférer sur la matière ; mais, ce droit, elle peut l'obtenir. C'est vers ce but que tendent nos efforts et nous venons vous prier de nous prêter votre concours. Des voix autorisées nous disent que le projet d'unification du droit civil pourrait nous ouvrir un chemin dans cette direction.

En dehors de la création d'une autorité de surveillance unique, nous ne voyons là aucun empiètement sur les droits et les devoirs des cantons. Notre projet ne leur enlève que la haute surveillance sur les aliénés, surveillance qui, bien souvent, n'est pas organisée ou n'est pas exercée chez eux. Elle nous paraît tout aussi admissible que la surveillance des fabriques par les inspecteurs fédéraux, pour ne citer que cet exemple.

Aussi longtemps que la Confédération ne possédera pas le droit de faire une loi sur les aliénés ou qu'elle ne voudra pas exercer ce droit, nous nous efforcerons d'obtenir de la part des cantons une législation sur la matière.

Les principes ici exposés sont applicables à une loi cantonale. Les cantons pourront modifier les détails et les adapter à leurs institutions particulières, si besoin est.

Dussions-nous attendre encore longtemps avant d'atteindre le but, que nous ne regarderions pas néanmoins notre travail comme superflu. Nous avons aujourd'hui la satisfaction de constater que nos efforts commencent déjà à être couronnés de succès. Genève possède maintenant une loi qui réalise nos vœux sur bien des points, qui les dépasse même sur d'autres. Les cantons d'Argovie, de Berne, de Thurgovie entre autres, se mettent aussi à l'œuvre.

La Société des Aliénistes suisses soumet son travail à votre examen et ose solliciter votre énergique appui.

Puisse ce travail être profitable à notre chère patrie!

1. Dispositions fondamentales.

La Confédération a la surveillance de tous les aliénés de la Suisse, qu'ils soient placés dans les asiles ou chez des particuliers, en dehors de leur famille.

Les aliénés traités dans leur propre famille ne sont soumis à la surveillance de la Confédération que lorsqu'ils sont sous tutelle, qu'ils sont assistés ou soignés contre rémunération, qu'ils sont dangereux pour eux-mêmes ou pour autrui, qu'ils doivent être soumis à des mesures de contrainte, qu'ils sont négligés ou qu'ils donnent lieu à des plaintes fondées.

2. Définition de l'aliénation mentale.

Sont considérés comme aliénées :

- a) Toutes les personnes atteintes de troubles mentaux, congénitaux ou acquis ;
- b) Toutes les personnes qui, du fait d'une prédisposition anormale et même sans présenter une lésion grave de l'intelligence, ont des impulsions et des penchants morbides ou offrent des lacunes morales considérables ;
- c) Toutes les personnes victimes de l'usage prolongé des poisons narcotiques, principalement de l'alcool, de la morphine, etc. ;

Lorsque lesdites personnes, en suite de leur état, sont incapables de se gouverner elles-mêmes ou de respecter les droits d'autrui, c'est-à-dire lorsque, dans leur intérêt, elles ont besoin de soins et de protection ou qu'elles constituent une menace de danger ou de dommage important pour autrui.

3. Définition de l'asile d'aliénés.

Est considéré comme asile d'aliénés, tout domicile où l'on traite plus d'un aliéné, en dehors de sa famille.

Au nombre des asiles, il faut mentionner surtout : les asiles publics d'aliénés cantonaux, les établissements de bienfaisance fondés en faveur des aliénés par des particuliers ou des sociétés d'utilité publique, les établissements privés pour aliénés, les asiles pour faibles d'esprits et idiots, les asiles destinés aux sujets atteints de tares morales.

Sont soumis à la présente loi, en ce qui concerne leurs pensionnaires aliénés, tous les autres établissements qui reçoivent accessoirement et passagèrement des aliénés, tels que les hôpitaux, les établissements pour le traitement des maladies nerveuses, les asiles d'épileptiques, de sourds-muets, les hospices pour incurables ou indigents, les maisons de correction, les pénitenciers, etc.

4. Direction des asiles.

Les établissements d'aliénés doivent être autorisés par l'Etat.

Aucun nouvel établissement privé ne peut être ouvert sans l'assentiment de la Commission des aliénés.

Ne pourront être placés à la tête des asiles d'aliénés de l'Etat que des aliénistes ayant reçu une éducation professionnelle spéciale, c'est-à-dire des médecins qui auront rempli, pendant quatre ans au moins, les fonctions d'adjoint ou d'assistant dans un asile public d'aliénés ou dans d'autres établissements d'aliénés soumis à une direction médicale qualifiée, en Suisse ou à l'étranger.

Les établissements autres que les asiles de l'Etat dont les directeurs-médecins rempliront les conditions d'éducation professionnelle exigées ci-dessus, seront aussi considérés comme établissements à direction médicale qualifiée.

5. Surveillance.

La Confédération, avec la coopération des cantons, exerce sa surveillance sur les aliénés, par l'organe d'une Commission dont la rétribution est à sa charge.

La Commission fédérale des aliénés se composera pour le moins de deux aliénistes expérimentés, ayant fonctionné dix ans au minimum, dans un grand asile d'aliénés, dont cinq ans comme directeurs responsables, ainsi que d'un autre membre qualifié au point de vue juridique.

Les membres de cette Commission ne peuvent exercer aucun autre emploi.

Ils sont nommés par le Conseil fédéral pour une période déterminée et sont rééligibles, à l'expiration de leur mandat.

Il est mis à leur disposition un personnel auxiliaire suffisant, ainsi que les crédits nécessaires.

6. Attributions de la Commission des aliénés.

Les attributions de la Commission des aliénés sont principalement les suivantes :

a) Elle surveille tous les aliénés visés par la loi, qui lui sont signalés en vertu de la déclaration obligatoire et dont elle tient registre.

b) Elle veille à ce que les déclarations soient faites selon les prescriptions réglementaires.

c) Elle surveille l'organisation et l'administration des établissements d'aliénés.

d) Elle visite ces établissements au moins deux fois par an, toutes les personnes qui d'autre part sont placées sous sa surveillance, en vertu des dispositions fondamentales de la loi (§ 1). Ces visites ont lieu de jour ou de nuit et sans être annoncées.

e) Elle tient registre de ses inspections et note chaque fois ses constatations dans un cahier de visites qui reste sur les lieux.

f) Elle porte surtout son attention sur les soins donnés aux malades, sur leur nourriture, leur état de propreté, etc. ; sur la manière dont ils sont traités par les personnes en contact immédiat avec eux ou par les médecins ; sur l'emploi des moyens de contrainte.

g) Elle veille à ce qu'aucun aliéné ne soit retenu contre sa volonté plus longtemps qu'il ne faut et ordonne la sortie immédiate du malade, lorsqu'elle estime qu'il est privé de sa liberté au delà du temps nécessaire.

h) Elle veille à ce qu'aucun aliéné ne soit abandonné à lui-même et ne se livre au vagabondage, qu'aucun individu dangereux ne reste sans surveillance, qu'aucune femme aliénée ne soit exposée au danger d'une grossesse et, si elle estime la mesure urgente, elle peut ordonner le placement immédiat d'un malade dans un asile ou son transfert d'un établissement dans un autre.

i) Elle prononce au sujet de la sortie d'un malade, lorsque le directeur d'une part et les ayants droit ou l'autorité d'autre part sont en désaccord sur l'opportunité de cette sortie.

k) Elle prend connaissance des rapports hebdomadiers des asiles d'aliénés et examine la liste des entrées et des sorties.

l) Elle reçoit les plaintes à elle adressées par les aliénés et leurs familles ou par toute autre personne et veille à ce que les malades ne soient pas privés de leur droit de porter plainte.

m) Elle donnera son avis et son approbation pour l'ouverture de tout nouvel établissement privé.

n) Elle a le droit d'adresser elle-même des réprimandes verbalement ou par écrit.

o) Elle porte à la connaissance de l'autorité compé-

tente les contraventions à la déclaration obligatoire, les fautes relatives au traitement des malades, les abus qui pourraient se produire dans les asiles ou chez les particuliers.

p) Elle fait aussi des propositions concernant les réprimandes à faire adresser par l'autorité, les amendes à infliger, la révocation des fonctionnaires et employés, la fermeture des établissements privés.

q) Elle nantit les tribunaux des faits qui tombent sous le coup de la loi pénale.

r) Elle adresse chaque année à l'autorité supérieure un rapport imprimé où elle signale sans réserve tous les abus qu'elle a rencontrés.

7. *Déclaration obligatoire.*

Les autorités et particuliers chargés de l'assistance ou du traitement d'un aliéné visé par la loi sont tenus de déclarer le cas sans retard à la Commission des aliénés.

Cette déclaration donnera des indications sur l'état civil, la situation de fortune, la famille, le mode de traitement du malade. Elle sera accompagnée d'un certificat médical, éventuellement d'une copie authentique du rapport médical exigé pour le placement à l'asile.

Le certificat médical doit émaner d'un médecin diplômé qui a examiné personnellement le malade, qui n'est ni le parent, jusqu'au deuxième degré inclusivement, ni le tuteur de ce malade et qui n'a aucune relation d'intérêt avec lui.

Les autorités et les médecins qui ont connaissance de cas d'aliénation soumis à la déclaration obligatoire et croient qu'on cherche à les dissimuler, sont tenus de les signaler immédiatement à la Commission des aliénés.

8. *Obligations des établissements d'aliénés.*

Tous les établissements visés par la présente loi, en tant qu'ils renferment des aliénés, sont placés sous la surveillance de la Commission des aliénés ; ils sont ouverts à toute heure du jour et de la nuit.

Ils doivent laisser à cette Commission toute latitude

d'inspecter en entier les détails de leur organisation et de leur administration.

Ils lui envoient chaque semaine la liste complète des entrées et des sorties de leurs pensionnaires aliénés, avec l'indication de leur nom, état civil, origine, domicile, etc., ainsi que le diagnostic de leur affection. Il devra être fait mention de l'état dans lequel les malades sont sortis (guéris, améliorés, sans amélioration) et, pour ceux qui ne sont pas guéris, de l'endroit où ils ont été transférés.

En même temps que leurs rapports hebdomadaires, ils envoient en communication à la Commission les pièces justificatives exigées par la loi.

Ils garantissent à leurs malades le droit d'adresser des plaintes à la Commission des aliénés et lui font parvenir ces plaintes sans retard. Mais, si le même malade continue à exposer les mêmes griefs, sous l'influence de son délire, il suffit, après l'envoi des deux premières lettres de plaintes, d'envoyer les suivantes tous les trois mois.

9. Admission des aliénés dans les asiles.

Pour l'admission d'un aliéné dans un asile, on exigera les pièces justificatives suivantes :

- a) Un certificat d'un médecin diplômé attestant la maladie mentale et les motifs du placement;
- b) Une demande d'admission formulée par le représentant du malade, ou s'il est marié par son conjoint ou bien, s'il n'a ni représentant, ni conjoint, par son parent le plus proche et le plus âgé présent dans la localité, ou enfin, à défaut de parents, par l'autorité de police du lieu de domicile;
- c) Les papiers de légitimation exigés par les lois pour obtenir les permis de séjour et d'établissement.

Le certificat médical doit être basé sur l'examen personnel du malade, pratiqué quinze jours au plus avant l'admission.

L'auteur du certificat ne peut être ni le parent jusqu'au deuxième degré inclusivement, ni le tuteur du malade, il ne doit avoir aucune relation d'intérêt avec

ce dernier, ni être attaché au service médical de l'établissement où a lieu l'admission.

Les personnes et autorités mentionnées successivement à la lettre *b* et qui assument la responsabilité de la demande d'admission sont chargées de représenter le malade envers l'asile et sont considérées comme ses *ayants droit*.

Lorsqu'il y a danger imminent ou qu'une admission immédiate est nécessaire, dans l'intérêt de la santé du malade, et que les pièces légales ne peuvent être produites à temps, l'entrée d'un aliéné dans un asile à direction médicale qualifiée peut avoir lieu à titre provisoire et comme cas d'urgence, moyennant une attestation médicale et sur la simple demande des ayants droit mentionnés à la lettre *b* ou encore sur l'ordre de l'autorité de police.

S'il n'y a pas de certificat médical, l'admission ne sera autorisée que pour quelques heures et un médecin sera mandé immédiatement à l'asile pour y examiner le malade et donner une attestation conforme à son opinion.

Dans les deux cas ci-dessus, les pièces réglementaires devront être envoyées dans la huitaine.

Lorsqu'une personne est placée en observation dans un asile, par ordre d'un tribunal, on n'exigera aucune des pièces susmentionnées. Pour l'admission définitive, l'ordonnance du tribunal basée sur le rapport du ou des médecins de l'asile, tient lieu du certificat médical et de la demande d'admission prescrits.

Si un aliéné de la catégorie *c* (§ 2) ou une personne atteinte d'une affection nerveuse se présente volontairement dans un asile pour y suivre un traitement, son admission est subordonnée à l'avis du directeur médecin. Ce dernier peut recevoir cette personne sur sa simple demande écrite et pour une durée déterminée ou indéterminée.

L'entrée volontaire des aliénés visés aux lettres *a* et *b* (§ 2) ne peut pas avoir lieu de cette manière.

Les pièces à produire pour l'admission d'un malade seront communiquées à la Commission des aliénés avec le prochain rapport hebdomadaire, au plus tard.

Seuls, les établissements à direction médicale qualifiée pourront admettre les cas d'urgence, les malades

dangereux pour eux-mêmes ou pour la sécurité publique, ainsi que ceux chez lesquels des mesures de contrainte sont nécessaires.

10. *Sortie du malade.*

La sortie d'un aliéné a lieu sans autre formalité, lorsqu'il est guéri.

Une personne entrée volontairement pour un temps indéterminé peut sortir à son gré quoique non guérie. De même, une personne admise pour un temps déterminé peut sortir à l'expiration de son engagement, si le directeur médecin n'a pas déjà autorisé antérieurement sa sortie.

L'aliéné non guéri, que son état soit amélioré ou non, lorsqu'il ne présente aucun danger pour lui-même ou pour la sécurité publique, pourra sortir à la requête de l'ayant droit qui a formulé la demande d'admission, ou encore après l'avertissement au dit ayant droit, mais toujours au vu d'une attestation médicale certifiant que le malade est inoffensif. La raison décisive sera le bien du malade, c'est-à-dire le soin de sa guérison et la garantie d'un traitement ultérieur convenable. Si le directeur de l'asile estime que l'intérêt du malade n'est pas assez sauvegardé, il peut s'opposer à sa sortie.

Chez tout aliéné, amélioré ou non, la sortie sera refusée par la direction de l'asile aussi longtemps que cet aliéné sera dangereux pour lui-même ou pour la sécurité publique, à moins qu'il ne s'agisse de le transférer dans un autre asile à direction médicale qualifiée ou que, s'il est dangereux seulement pour lui-même, le traitement dans sa propre famille assure sa sécurité d'une façon suffisante.

Lorsqu'un malade doit être transféré d'un établissement dans un autre, c'est la direction du premier qui opère le transfert à l'aide de son propre personnel.

Dans les cas douteux ou lorsque la direction de l'asile ne parvient pas à s'entendre avec l'ayant droit responsable, c'est la Commission des aliénés qui décide de l'opportunité de la sortie.

La Commission des aliénés peut aussi, en tout temps,

renvoyer de l'asile un aliéné non guéri, mais inoffensif, si elle l'estime convenable.

Lorsque la détention d'un prévenu ou d'un condamné est interrompue pour cause d'aliénation mentale et que le malade est placé dans un asile, il doit y être maintenu jusqu'à ce que le directeur conseille sa sortie et que celle-ci soit autorisée par l'autorité de justice ou de police compétente. Cette autorité prendra ensuite les mesures voulues.

De même si un aliéné a commis un crime sous l'influence de son délire et a été pour ce fait placé dans un asile, il ne peut sortir qu'avec l'assentiment de l'autorité de justice ou de police compétente.

Cette autorité refuse-t-elle d'autoriser la sortie contrairement à l'avis du directeur, le cas sera soumis à la décision de la Commission de surveillance des aliénés.

11. Mesures de contrainte.

La contrainte exercée au moyen d'agents mécaniques ou pharmaceutiques doit être limitée au strict nécessaire.

Même chez les particuliers, on ne pourra faire un usage prolongé des agents pharmaceutiques, dans un but de contrainte, que sous une direction médicale compétente.

L'emploi prolongé de la contrainte mécanique n'est autorisé que dans les asiles, publics ou autres, à direction médicale qualifiée. Des mesures de ce genre deviennent-elles nécessaires dans un établissement à direction non qualifiée ou bien chez des particuliers, elles pourront être prises d'urgence et à titre provisoire, à la condition d'être dûment motivées.

Si le malade qui en est l'objet est transportable, on le transférera sans retard dans un asile à direction médicale qualifiée, en prévenant immédiatement la Commission des aliénés.

Olten, le 27 octobre 1895.

Pour la Société des médecins aliénistes suisses:

Le Président, D^r Aug. FOREL.

Le Secrétaire, D^r A. DELBRÜCK.

Nouvelle loi sur le régime des aliénés
du Canton de Genève.

Le Conseil d'Etat de la République et Canton de Genève fait savoir que :

LE GRAND CONSEIL,

Sur la proposition du Conseil d'Etat ;

DÉCRÈTE CE QUI SUIT :

TITRE I^e

Des personnes et des établissements soumis aux dispositions de la présente loi

ARTICLE PREMIER. — Sont soumis aux dispositions de la présente loi, sous réserve des restrictions contenues dans les articles suivants :

- 1° Les aliénés résidant dans le canton de Genève ;
- 2° Les aliénés de nationalité genevoise, quel que soit le lieu de leur résidence.

ART. 2. — Pourront être soumis aux dispositions de la présente loi les épileptiques, les alcooliques, et d'une manière générale tous les autres malades dont l'état mental serait de nature à compromettre la sécurité, la décence ou la tranquillité publiques ou leur propre sécurité.

ART. 3. — Les établissements destinés à la garde et au traitement des aliénés sont placés sous la surveillance du Conseil d'Etat et du procureur général ; ils sont publics ou privés et sont soumis les uns et les autres aux règlements du Conseil d'Etat.

ART. 4. — Les établissements publics sont ceux qui sont placés sous la direction de l'autorité publique.

ART. 5. — Les établissements privés sont ceux qui sont dirigés par des particuliers ou par des sociétés ; aucun établissement de ce genre ne peut être ouvert dans le canton de Genève sans une autorisation préalable du Conseil d'Etat ; les règlements spéciaux que

pourront posséder ces établissements seront soumis à l'approbation du Conseil d'Etat.

Le Conseil d'Etat pourra toujours ordonner la fermeture d'un tel établissement.

ART. 6. — Dans tout établissement destiné à la garde et au traitement des aliénés, il sera tenu un registre spécial coté et paraphé à chaque feuillet par un membre du Conseil de surveillance des aliénés (voir titre II). Ce registre indiquera avec le numéro matricule les nom, prénoms, âge, lieux de naissance et d'origine des individus qui y seront placés, ainsi que l'époque d'entrée et celle de sortie.

S'il a été nommé un administrateur provisoire des biens de l'aliéné ou un tuteur à l'interdit, le registre en portera l'indication.

Il sera, en outre, tenu note sommaire des particularités de la maladie de chaque aliéné et des différentes observations médicales qui seront faites pendant son séjour dans l'établissement.

Ces pièces seront présentées à première réquisition aux personnes auxquelles incombe la surveillance des aliénés.

ART. 7. — Nul ne peut donner asile à un aliéné sans en faire la déclaration dans le délai d'un mois au Département de justice et police, qui signale le cas au Conseil de surveillance des aliénés.

ART. 8. — Les aliénés qui se trouvent dans leur famille sont soumis à la surveillance instituée par la présente loi ; l'article 7 ne leur est toutefois pas applicable.

ART. 9. — Lorsque l'intérêt des malades mentionnés aux articles 7 et 8 l'exige, ou lorsqu'ils constituent un danger pour la sécurité publique, leur internement pourra être ordonné conformément aux prescriptions de la présente loi.

ART. 10. — Le Conseil d'Etat devra, lorsque cela est nécessaire, intervenir auprès des autorités suisses et étrangères pour la protection des aliénés genevois résidant hors du canton.

ART. 11. — Lorsqu'un aliéné de nationalité étrangère est placé dans un établissement public ou privé du canton de Genève, le Département de justice et police

est tenu, dans les huit jours de l'internement, d'aviser de ce placement l'autorité consulaire du pays dont le malade est ressortissant.

TITRE II

De la surveillance des aliénés.

ART. 12. — Le Conseil d'Etat et le procureur général exercent la surveillance générale des aliénés.

Un *Conseil de surveillance des aliénés* exerce les attributions qui lui sont plus spécialement conférées par la présente loi.

ART. 13. — Ce Conseil est composé de cinq membres nommés par le Conseil d'Etat pour le terme de trois ans. Les membres de ce Conseil prêtent serment devant le Conseil d'Etat ; les directeurs et médecins des asiles d'aliénés ne peuvent en faire partie.

ART. 14. — Les membres de ce Conseil agissent collectivement ou individuellement, suivant les cas ; ce Conseil peut déléguer tout ou partie de ses compétences à l'un de ses membres ou à une commission prise dans son sein.

Il se réunit au moins une fois par mois ; il est dressé procès-verbal de ses décisions ; ce Conseil choisit son président et son secrétaire.

ART. 15. — Les membres de ce Conseil visitent tous les établissements d'aliénés situés dans le canton, au moins deux fois par année.

ART. 16. — Le Conseil de surveillance veille à la stricte observation des lois et règlements concernant les aliénés ; il signale à qui de droit les contraventions qu'il constate ; il exerce son autorité de surveillance sur tous les aliénés soumis aux dispositions de la présente loi ; il peut les visiter et doit, dans l'intérêt des aliénés, provoquer, s'il y a lieu, toutes mesures relatives à leurs personnes et à leurs biens.

ART. 17. — Le Conseil de surveillance devra, après enquête, donner au Conseil d'Etat son préavis :

- 1^e Sur l'autorisation à accorder pour l'ouverture de tout établissement privé ;

2° Sur la fermeture d'un tel établissement ;

3° Sur l'approbation à donner par le Conseil d'Etat aux règlements destinés aux établissements publics et privés et leur sortie desdits établissements.

ART. 18. — Le Conseil de surveillance vérifie la régularité des entrées dans les établissements d'aliénés. Il exerce les attributions que lui confèrent les dispositions du titre III de la présente loi, concernant le placement des aliénés dans les établissements publics et privés et leur sortie desdits établissements.

ART. 19. — Il peut être recouru au Conseil d'Etat contre toute décision du Conseil de surveillance. Le Conseil d'Etat devra statuer à bref délai.

ART. 20. — Le Conseil d'Etat assure l'exécution des décisions du Conseil de surveillance.

TITRE III

Du placement des aliénés dans un établissement public ou privé et de leur sortie desdits établissements.

ART. 21. — Nul ne peut être interné dans un établissement public ou privé destiné à la garde et au traitement des aliénés sans une autorisation du Département de justice et police.

ART. 22. — Lorsqu'il y aura danger manifeste pour la sécurité des personnes, les directeurs d'établissements publics pourront recevoir des aliénés dont l'identité est justifiée et sur le vu d'un certificat médical, à charge d'obtenir du Département de justice et police, dans les vingt-quatre heures qui suivront l'internement, l'autorisation prévue à l'article 21.

ART. 23. — Hormis ces cas, les placements se distinguent en placements d'office et placements volontaires.

ART. 24. — Les placements d'office sont ceux qui sont ordonnés par le Département de justice et police sans qu'il en soit requis.

Ils sont réservés aux cas qui nécessitent l'urgence, et notamment aux aliénés abandonnés, indigents ou dangereux ; ils peuvent être ordonnés sur le vu d'une attestation médicale datant de moins de huit jours, émanant d'un médecin autorisé à pratiquer dans le canton et qui

ne soit pas attaché à l'établissement où aura lieu le placement.

ART. 25. — Les placements volontaires sont ceux qui sont demandés par un parent ou par telle personne que les circonstances pourront autoriser à pareille réquisition, ou par le malade lui-même. Ces demandes doivent être formulées par écrit.

Le Département de justice et police pourra les autoriser sur la production :

1° D'une pièce établissant l'identité du malade et de celui qui requiert le placement ;

2° D'un certificat médical constatant la maladie et la nécessité d'interner. Ce certificat devra dater de moins de huit jours et ne pourra émaner d'un médecin attaché à l'établissement où devra avoir lieu l'internement. Le Département de justice et police peut encore, s'il le juge convenable, exiger d'autres justifications.

ART. 26. — Lorsque les formalités nécessaires pour le placement d'une personne dans un établissement d'aliénés ont été remplies, si cette personne s'oppose par la force à son transport dans cet établissement, l'autorité de police pourra être requise aux fins d'assurer ce transport.

ART. 27. — Tout placement dans un établissement d'aliénés est signalé dans les quarante-huit heures au procureur général par le Département de justice et police ; il en sera de même de toute sortie.

ART. 28. — Les placements sont considérés comme provisoires pendant une période qui ne pourra pas dépasser trois mois.

A l'échéance de ce terme, ou même auparavant, et sur le vu d'un rapport médical circonstancié émanant du service médical attaché à l'établissement dans lequel le malade est interné, le Conseil de surveillance statue sur la prolongation de l'internement. Cette autorisation de prolonger l'internement devra être renouvelée tous les six mois.

ART. 29. — L'individu placé dans un établissement d'aliénés n'y sera plus retenu :

1° Lorsqu'il est en état de guérison ou d'amélioration suffisante ;

2° Lorsque le temps pour lequel l'autorisation de pla-

cement a été donnée s'est écoulé sans qu'elle ait été renouvelée;

3° Si le Conseil de surveillance des aliénés estime que cette sortie doive être ordonnée dans l'intérêt du malade et que cela puisse se faire sans danger pour la sécurité publique;

4° Lorsque la sortie est sollicitée par toute personne autorisée s'intéressant au malade, et qu'elle peut être ordonnée sans danger pour la sécurité des personnes ou l'intérêt du malade.

ART. 30. — Toute sortie doit être autorisée par le Département de justice et de police, qui avisera le Conseil de surveillance des circonstances dans lesquelles cette sortie s'est opérée. Dans les cas douteux, le Département devra demander le préavis du Conseil de surveillance.

ART. 31. — Le Département de justice et police pourra autoriser la sortie provisoire d'un aliéné; s'il n'y a pas lieu de réintégrer le malade dans le mois de sa sortie, celle-ci devient définitive. En cas de réintégration dans le mois de la sortie provisoire, il y est procédé sans formalité autre que l'avis donné au Département de justice et police, dans les vingt-quatre heures, par le directeur de l'asile où s'opère la réintégration.

ART. 32. — Lorsqu'un aliéné s'est évadé d'un établissement public ou privé, sa réintégration peut s'accomplir sans formalité si elle a lieu dans le mois.

Passé ce délai, il ne peut être réadmis dans un asile que moyennant l'observation des formalités de la présente loi.

ART. 33. — Tout individu condamné à une peine privative de la liberté, qui serait reconnu aliéné pendant qu'il subit sa peine, pourra sur l'ordre du médecin de la prison être interné dans un asile public d'aliénés.

Il sera retenu jusqu'à sa guérison ou jusqu'à l'expiration de la peine.

TITRE IV

Effet de la présente loi sur l'administration des biens et la capacité civile.

ART. 34. — Tous les aliénés résidant dans le canton de Genève et tous Genevois aliénés se trouvant à l'étran-

ger sont soumis aux effets de la présente loi sur l'administration des biens et la capacité civile.

Sont réservées les dispositions des traités et de la loi fédérale du 25 juin 1891 sur les rapports de droit civil des citoyens établis et en séjour.

ART. 35. — Dès qu'un aliéné est interné dans un établissement public ou privé, le Conseil de surveillance doit provoquer de l'autorité compétente les mesures nécessaires à la sauvegarde de ses biens. Le Conseil de surveillance doit également signaler à l'autorité compétente le cas de tout aliéné résidant en dehors d'un établissement public ou privé et non pourvu d'un tuteur, ou dont le tuteur négligerait ses devoirs.

ART. 36. — Dans les trois mois qui suivent l'internement d'un aliéné qui n'a pas de représentant légal, le procureur général requiert du Tribunal de première instance siégeant en Chambre du Conseil la nomination d'un administrateur provisoire des biens de l'aliéné, si la demande n'en a pas été faite par les parents ou le conjoint de ce dernier ; dans ce dernier cas, le préavis du procureur général est obligatoire.

ART. 37. — L'administrateur provisoire doit, dans le mois de son entrée en fonction, faire dresser un inventaire des biens soumis à son administration par le greffier des tutelles ou par un notaire.

Le Conseil de surveillance des aliénés pourra en tout temps exiger de l'administrateur provisoire une reddition des comptes et, s'il y a lieu, provoquer sa révocation et son remplacement.

Cette reddition de comptes devra avoir lieu en tous cas lors de la cessation des fonctions de l'administrateur provisoire en mains de qui de droit.

ART. 38. — L'administrateur provisoire fera tous les actes conservatoires des biens de l'aliéné et ceux de simple administration.

Pour tous les actes ne rentrant pas dans cette catégorie, il devra se faire autoriser par le tribunal de première instance siégeant en Chambre du Conseil.

ART. 39. — Les pouvoirs de l'administrateur provisoire cesseront de plein droit :

1^e Lors de la sortie du malade de l'asile où il est interné ;

2^e Lorsque la révocation de l'administrateur provisoire et son remplacement auront été prononcés par l'autorité qui l'avait nommé ;

3^e lorsque le malade est interdit.

ART. 40. — Les significations à faire à tout aliéné pourvu d'un administrateur provisoire devront, à peine de nullité, avoir lieu au domicile de ce dernier, ou à défaut d'administrateur au parquet du procureur général.

Sont réservées les dispositions relatives aux interdits.

L'administrateur provisoire représentera l'aliéné en justice tant en demandant qu'en défendant, dans les limites fixées à l'article 38.

ART. 41. — L'interdiction d'un aliéné pent, en tout temps, être provoquée conformément au Code civil. Elle devra l'être nécessairement à l'expiration de la seconde année, depuis le jour de la nomination de l'administrateur provisoire, si le malade ne peut reprendre l'administration de ses biens.

Le procureur général, quelle que soit la forme de l'aliénation mentale, est chargé de provoquer cette interdiction si elle ne l'a été par les personnes mentionnées à l'article 490 du Code civil.

ART. 42. — Le procureur général sera entendu dans toutes les causes concernant les aliénés pourvus d'administrateurs provisoires ou interdits.

ART. 43. — Après la mort d'un individu dont l'interdiction n'aura été ni prononcée ni provoquée, les actes par lui faits pendant qu'il était placé dans un établissement d'aliénés pourront être attaqués pour cause d'aliénation mentale, nonobstant la disposition de l'article 504 du Code civil.

TITRE V

Dispositions pénales.

ART. 44. — Toute personne qui contreviendrait aux dispositions des articles 5, 21, 22 et 28 de la présente loi sera punie d'une amende qui pourra s'élever à cinq mille francs.

ART. 45. — Toute personne qui contreviendrait aux

dispositions des articles 6 et 7 de la présente loi sera punie d'une amende pouvant s'élever à mille francs.

ART. 46. — La connaissance des infractions prévues aux articles 44 et 45 est attribuée au tribunal de police ; cela sans préjudice des dispositions du Code pénal en cas de crime ou délit.

TITRE VI

Dispositions générales et abrogatoires.

ART. 47. — Le Conseil d'Etat fera tous les règlements que pourra nécessiter l'exécution de la présente loi.

ART. 48. — Sont abrogées la loi du 5 février 1838 sur le placement et la surveillance des aliénés et toutes les dispositions législatives contraires à la présente loi.

Le Conseil d'Etat est chargé de faire promulguer les présentes dans la forme et le terme prescrits.

Fait et donné à Genève le vingt-cinq mai mil huit cent quatre-vingt-quinze, sous le sceau de la République et les signatures du Grand Conseil.

Le président du Grand Conseil,

D^r A. VINCENT.

Le secrétaire du Grand Conseil,

A. TRIQUET.

Du 2 juillet 1895.

LE CONSEIL D'ETAT,

Vu la loi constitutionnelle sur le referendum facultatif du 25 mai 1879 et la loi organique sur l'exercice du referendum du 25 juin 1879 ;

Considérant que le texte de la loi du 25 mai 1895 sur le régime des aliénés a été publié le 1^{er} juin 1895 dans la *Feuille d'Avis* ;

Considérant que le délai de trente jours dès la publication est expiré le 30 juin 1895 sans qu'aucune demande de votation populaire ait été formulée par les électeurs ;

ARRÊTE :

De promulguer la loi ci-dessus pour être exécutoire dans tout le canton dès le jour de demain.

Certifié conforme :

Le Chancelier,

J. LECLERC.

GENÈVE, le 2 juillet 1895.

Revue critique.

DUCHENNE (DE BOULOGNE)

ET SON ŒUVRE

*Éloge lu à la séance solennelle du 21 mars 1896
à l'occasion du Centenaire de la Société de médecine de Paris.*

Par le Dr A. MOTET

Membre de l'Académie de médecine.

MESSIEURS,

Un siècle ! Une longue série d'années où les découvertes succédant aux découvertes, l'humanité s'est trouvée lancée dans des voies nouvelles, marchant vers le Progrès, voyant s'ouvrir à chaque heure des horizons imprévus ! — Un siècle ! commençant au bruit des batailles, et s'illustrant, dès son début, non plus seulement par les triomphes d'armées victorieuses, mais aussi par un prodigieux effort scientifique, voilà, Messieurs, le passé que vous évoquez aujourd'hui !

Vous célébrez le Centenaire d'une Société savante fondée sur les ruines d'un monde qui s'écroulait, au lendemain de ces heures troublées où les pires violences avaient ensanglé le sol du pays. Vous voulez rendre hommage à ces hommes restés droits et forts, au milieu de la tourmente révolutionnaire, poursuivant, sans se laisser distraire par les événements, leurs travaux, leurs recherches fécondes, profitant de la première accalmie pour se réunir, pour mettre en commun, leur science, leur esprit d'initiative, leurs ardentes aspirations vers le développement des connaissances humaines.

Spectacle grandiose ! Avec quelle fierté nous pouvons le contempler aujourd'hui ! C'était des médecins qui le donnaient au monde !

Au milieu de cette longue liste de savants qui tinrent à honneur de faire partie de la Société de médecine de Paris, vous avez voulu choisir l'un de ces travailleurs énergiques qui donna toute sa vie au développement d'une idée, et qui, à force de patience, au prix de recherches continuées avec une persévérance jamais lassée, est arrivé, non sans gloire, à donner à des découvertes qui pouvaient, tout d'abord, ne paraître qu'ingénieuses, la plus haute portée scientifique ; j'ai nommé Duchenne, de Boulogne.

Vous m'avez fait l'honneur de me demander de prendre la parole dans cette séance solennelle, de venir vous dire quelle avait été l'œuvre de ce médecin qu'en Angleterre, en Autriche, en Russie, en Italie, aussi bien qu'en France, on prisait si haut. Je me suis laissé séduire par la grandeur même de la tâche que m'imposait votre confiance : j'espère être soutenu par elle et pouvoir dignement répondre à ce que vous attendez de moi.

Duchenne, Guillaume-Benjamin-Amand, est né à Boulogne-sur-Mer, le 17 septembre 1806. Je n'ai rien à vous dire de sa première jeunesse. Il appartenait à une famille d'aisance modeste qui voulut, à défaut de plus riche héritage, lui donner les moyens de se créer dans l'avenir une situation. Il fit, comme on disait alors, ses humanités, et fut reçu bachelier à Douai, à l'âge de dix-neuf ans. Il se sentit attiré vers la médecine, et vint à Paris pour y suivre les cours de la Faculté. Il avait vingt-cinq ans lorsqu'il passa sa thèse de doctorat, ayant pour sujet : Essai sur les brûlures. Puis il alla se fixer à Boulogne, où il vécut onze années. Rien dans ses débuts ne faisait présager sa brillante carrière ; il était bien ce qu'il a toujours été, un médecin honnête, scrupuleux observateur de ses devoirs professionnels, dévoué à ses malades ; mais il souffrait de la monotonie d'une existence où il ne trouvait pas l'occasion de faire des recherches scientifiques. Il se souvenait du temps de ses études dans les hôpitaux de Paris, il regrettait de

n'avoir plus à exploiter le champ si vaste d'observations qu'ils lui avaient offert autrefois. Il se sentait arrêté dans l'essor qu'il voulait prendre ; il n'était pas sollicité par un besoin de mouvement, de bruit ou d'aventures, car personne n'eut plus que lui de mesure, de pondération dans l'esprit. Mais il avait en lui le sentiment de sa force : il lui semblait qu'il était presque coupable de la laisser s'énerver et se perdre dans un milieu où il étouffait : il prit le parti de revenir à Paris. Un hasard heureux lui ouvrit la voie qu'il devait parcourir avec tant d'éclat.

Un malade auquel il avait appliquée l'électro-puncture lui présenta des phénomènes curieux qui, peut-être, eussent passé inaperçus pour un observateur moins attentif, moins habile que lui. Il se mit à les étudier avec cette patience, cette ténacité qui étaient le fond même de son caractère, et il ne tarda pas à entrevoir un avenir qui lui sembla plein de promesses. Il n'était pas de ceux qui prétendent arriver d'un bond aux succès, à la gloire ; il n'avait qu'une passion, celle de la vérité scientifique, et toutes ses recherches ont été conduites avec cette méthode sévère que s'imposent à eux-mêmes les hommes sans préoccupations intéressées, indépendants, libres dans leurs allures, marchant tout droit et sans dévier jamais vers le but qu'ils ont décidé d'atteindre.

Dans une notice biographique d'une rare élévation de sentiments et de pensées venues du cœur, MM. les professeurs Lasègue et Straus ont dit de lui : « Duchenne eut le mérite, et c'en est un, car il est presque le seul qui ait poursuivi une pareille entreprise, de ne jamais se contenter du capital de faits qu'il avait amassé. Empruntant aux gens d'affaires leur activité insatiable, il ne se trouvait pas encore scientifiquement assez riche, aux derniers jours de sa vie ; c'est ainsi que nous l'avons vu, même épousé par la souffrance, ne rien abandonner des ardeurs de sa jeunesse. »

Ce qu'il y a de remarquable, en effet, chez Duchenne, de Boulogne, c'est la continuité dans l'effort : pas de hâte, pas de propositions hasardées ; toujours, au contraire, des déductions simples et sûres, tirées de faits soigneusement et consciencieusement observés. Il n'y a

pas un de ses travaux, — et le nombre en est si grand qu'on peut se demander aujourd'hui comment il a pu y suffire, — il n'y a pas un de ses travaux, dis-je, qui ne soit achevé, complet de premier jet. Les matériaux en ont été lentement amassés, l'œuvre s'élève jour par jour, chacune de ses assises est inébranlable, et le temps a passé sur elle sans rien enlever à ses puissants reliefs.

Je trouve le secret de cette perfection dans la manière de travailler de Duchenne, de Boulogne : il avait une méthode et des procédés scientifiques dont il ne s'écartait jamais. Au cours de ses recherches sur l'électricité, il avait pris l'habitude de résoudre les problèmes en s'appuyant sur des lois déterminées et fixes. Son traité de l'électrisation localisée et de son application à la pathologie et à la thérapeutique en est le plus éclatant témoignage.

En le lisant, on est frappé de la précision du style ; avec une simplicité rare Duchenne, de Boulogne, met toutes choses à leur place. Il annonce en quelques lignes ce qu'il va démontrer, et ses explications sont si claires qu'on le suit sans effort. En vingt pages on peut apprendre de lui ce que c'est que l'électricité statique, ou l'électricité dynamique, quelles sont les indications thérapeutiques de l'une ou de l'autre. Les détails dans lesquels il entre au sujet de l'électricité d'induction, la définition des courants inducteurs, des courants induits, des extra-courants, des courants de deuxième, troisième, quatrième ordre, etc., etc., révèlent ses connaissances profondes ; et l'on comprend sans peine qu'un savant possédant aussi bien que lui les lois physiques de l'électricité, soit devenu l'un des plus ingénieux inventeurs de perfectionnements dans la construction des appareils destinés à la produire.

Là où la supériorité de Duchenne, de Boulogne, devint surtout éclatante, c'est dans l'étude des propriétés physiologiques différentielles des courants d'induction ; je ne saurais développer ici les considérations dans lesquelles il entre, ni vous relater ses curieuses expériences. Il me suffira de vous dire qu'elles lui ont permis de lutter avec succès contre des physiciens éminents, les Becquerel, entre autres, dont il ne partageait pas les avis, et de démontrer par des faits d'observation

clinique la sûreté de ses vues. Puis, après avoir exposé magistralement les principes de l'électrisation localisée, il se résume :

« Chacune des sources électriques dont je viens d'expliquer les actions physiologiques et thérapeutiques, répond à des indications spéciales : il devient alors nécessaire d'introduire dans le langage des expressions différentielles qui indiquent clairement leur emploi. Le mot électrisation ne devrait être employé que d'une manière générale.

« L'application de l'électricité de frottement pourrait être appelée électricité statique, et celle de l'électricité de contact conserverait le nom de galvanisation. Mais, sous cette dernière dénomination, on a, en général, désigné indifféremment, dans la pratique médicale, l'emploi de l'électricité de contact et de l'électricité d'induction. On comprend les conséquences fâcheuses d'une telle confusion, après les considérations électro-physiologiques que j'ai exposées dans ce chapitre.

« Puisqu'il est nécessaire de créer un mot qui désigne exactement l'électricité d'induction ou son application, n'est-il pas permis de le tirer du nom du savant qui a découvert cette espèce d'électricité? Ainsi, de même que Galvani a laissé son nom à l'électricité de contact, de même aussi on peut donner à l'électricité d'induction le nom de Faraday. En conséquence, cette électricité serait appelée faradisme, et son application désignée par le mot faradisation. Cette dénomination consacre le nom d'un savant à qui la médecine doit une découverte non moins précieuse pour la thérapeutique que celles de Galvani. »

Pardonnez-moi cette citation un peu longue ; elle m'a paru intéressante à produire ici : elle précède, dans le beau livre de Duchenne, de Boulogne, la description des appareils qu'il appelle producteurs d'électricité médicale. Nous y retrouvons, sous leurs formes variées, tous ces instruments d'un maniement assez difficile, dont il me souvient, pour ma part, d'avoir maudit bien des fois les défaillances. Nous n'avions pas, dans les hôpitaux, les appareils volta-faradique ou magnéto-faradique de Duchenne, de Boulogne. On nous confiait la petite machine magnéto-électrique de Breton. Il fallait être deux

pour l'utiliser ; l'un tournait la manivelle, qui présentait un fer doux aux extrémités polaires d'un aimant permanent ; l'autre promenait les éponges sur des muscles qui ne se contractaient guère. Il a fallu bien des années pour que, sous l'impulsion première de Duchenne, de Boulogne, on en arrivât aux perfectionnements d'aujourd'hui, à ces applications multipliées, à ces résultats heureux qui font, au temps présent, de l'électricité l'un des agents les plus précieux de la thérapie.

Duchenne, à ses heures de loisir, lui avait demandé un concours qu'elle ne lui refusa pas. « Les lois qui régissent l'expression de la physionomie humaine peuvent être recherchées par l'étude de l'action musculaire », pensait-il ; et le voilà, « pendant des années, cherchant la solution, provoquant, à l'aide de courants électriques, la contraction des muscles de la face, pour leur faire parler le langage des passions et des sentiments. » En 1862, il publiait son livre sur le Mécanisme de la physionomie humaine, ou analyse électro-physiologique de l'expression des passions, applicable à la pratique des arts plastiques.

S'il est vrai, comme disait Topffer, « qu'il y a bien plus de gens qui regardent que de gens qui lisent », on comprendra sans peine le succès du livre de Duchenne : dans une succession de photographies il fait passer sous les yeux les expressions les plus variées, non pas seulement des passions, mais encore des sentiments, et comme il est déjà dans l'art de la photographie d'une habileté consommée, rien n'est plus intéressant que les « masques et visages » présentés par lui. Mais vous êtes sans doute comme moi, Messieurs, de ceux qui lisent ; vous ne serez donc pas surpris que tout mon intérêt se soit porté sur le chapitre II du livre. Il a pour titre : « Faits généraux principaux qui ressortent de mes expériences électro-physiologiques » ; on y trouve décrites et expliquées les contractions partielles des muscles de la face, complètement ou incomplètement expressives, les contractions combinées et la synergie musculaire des mouvements expressifs de la face. Jamais anatomiste n'a poussé aussi loin que Duchenne d'aussi fines dissections ; les résultats auxquels il est arrivé dans la reproduction des traits du visage, modifiés par

l'électrisation localisée, à un moment où la photographie était loin de la perfection qu'elle a atteinte de nos jours, témoignent à la fois de sa science profonde, et de ses soins scrupuleux.

Entre les mains de Duchenne, de Boulogne, l'électricité fut aussi un élément de diagnostic, d'une sûreté, d'une précision telles qu'il put, avec elle, isoler d'abord, constituer définitivement ensuite, des maladies mal définies, et qui, pour n'avoir pas échappé, dans leur symptomatologie, à l'attention des observateurs, avaient été mal interprétées par eux. Il les dégagea et leur fit, dans le cadre nosologique, une place qu'elles ont gardée. Comme vous avez eu raison, Messieurs, de vouloir rendre, dans cette séance solennelle, un suprême hommage à ce savant qui connut toutes les difficultés qu'accumulent sur la route les hommes prévenus que troublent des procédés nouveaux, ceux dont l'esprit, peu accessible au progrès, aiment mieux douter que chercher. Mais Duchenne, de Boulogne, n'était pas de ceux que les obstacles arrêtent et découragent : il avait deux qualités supérieures : une inaltérable patience, une inébranlable volonté. La foi dans son œuvre, la conviction profonde qu'il avait la vérité scientifique sous sa main, suffisaient à le soutenir au milieu de toutes les épreuves. Il ne fut pas toujours incompris, d'ailleurs ; il y avait des esprits d'élite qui suivaient ses travaux avec l'intérêt le plus vif. C'est de bonne justice de rappeler ici les noms de Aran, de Trouseau, de Lasègue, de Charcot, et aussi ceux de quelques-uns de leurs plus brillants élèves, devenus des maîtres à leur tour, MM. les professeurs Straus et Joffroy, M. le Dr Jules Simon. Auprès d'eux il trouva ce qui lui manquait ailleurs, des sympathies actives, un appui solide et sûr, les témoignages d'une confiance absolue. C'était mon devoir de les associer à la manifestation de notre respect pour la mémoire du chercheur dont ils ne dédaignèrent jamais de défendre, de vulgariser les découvertes.

C'était, en effet, pour eux un précieux collaborateur. Il se servait avec une merveilleuse habileté d'un agent dont il connaissait toutes les ressources ; ses applications journalières lui avaient révélé peu à peu tous les secrets de la contractilité musculaire. Il avait classé soi-

gneusement tous les faits que les hasards de la clinique lui avaient présentés, et, avec une mémoire impeccable, il se souvenait de tout ce qu'il avait observé : avec une bonne grâce qui ne se démentait jamais, il apportait son utile concours aux cliniciens parfois embarrassés en présence de symptômes obscurs, d'une interprétation encore douteuse. Lorsque Aran publia, en 1850, dans les *Archives générales de médecine*, « ses recherches sur une maladie non encore décrite du système musculaire » (atrophie musculaire progressive), il n'oublia pas de citer Duchenne : « J'ai surtout mille obligations, écrivait-il, à mon ami, M. le Dr Duchenne, de Boulogne, qui a bien voulu mettre à ma disposition tous les faits qu'il a recueillis, et sans l'officieuse intervention duquel il m'eût été impossible de donner des détails aussi circonstanciés sur l'état du système musculaire chez mes malades. » L'un aidant l'autre, une maladie sinon nouvelle, certainement non décrite jusqu'alors, prit définitivement sa place dans le cadre nosologique ; le type Aran-Duchenne était constitué, complet dans toute sa symptomatologie, par la seule force de l'observation clinique, doublée, il est vrai, de l'expérience d'un homme qui, depuis plusieurs années déjà, dans le silence, amassait des matériaux, attendait patiemment l'heure propice de les utiliser, non pas seulement pour soi, — le désintéressement de Duchenne n'a jamais été suspecté, — mais surtout pour la science, dont il était le serviteur le plus modeste, comme aussi le plus infatigable.

Ce que Duchenne apportait à Aran c'était une certitude : l'atrophie musculaire progressive est une affection distincte des paralysies ; aussi longtemps que la transformation graisseuse du muscle envahi n'est pas complète, tant qu'il reste des fibres musculaires, la contractilité persiste et l'électrisation localisée la révèle. Cette affirmation, à une époque où l'on ne connaissait encore qu'une autopsie faite par Cruveilhier en 1848, et qui n'avait donné que des résultats négatifs au point de vue de lésions médullaires, eut pour conséquences de localiser l'affection dans le muscle exclusivement, et de laisser croire que les centres nerveux n'étaient pour rien dans les altérations de nutrition du muscle. C'est l'idée de Duchenne, reprise, développée par Aran en 1850.

Trois noms doivent s'inscrire au début de l'étude de l'atrophie musculaire progressive. Le premier est celui de Duchenne, de Boulogne, qui fut un véritable initiateur, puis celui de Aran, qui publia son remarquable travail, et enfin celui de Cruveilhier. Le médecin de la Charité, professeur d'anatomie pathologique, avait éprouvé un grave mécompte au moment de sa première autopsie : « Quelle ne fut pas ma stupéfaction, écrit-il, en trouvant la moelle parfaitement intacte, de même que toutes les parties constitutantes de la masse encéphalique, cerveau, cervelet, isthme de l'encéphale. Quoi! me disais-je, tout le système locomoteur est paralysé, depuis les muscles des membres jusqu'aux muscles de la respiration, de la phonation, de l'articulation des sons, et rien, absolument rien au centre nerveux céphalorachidien ! Jamais, je l'avoue, je n'ai été plus porté à accuser d'impuissance l'anatomie pathologique dans certaines affections du système nerveux. »

L'autopsie du saltimbanque Lecomte vint réconforter Cruveilhier et donner raison à ses prévisions. Elle révéla l'atrophie des racines antérieures des nerfs rachidiens, et le siège de prédilection de cette atrophie sur les racines nerveuses de la région cervicale, au niveau de l'origine des nerfs du plexus brachial.

Mais Duchenne, de Boulogne, n'était pas convaincu, il ne se rendait pas. Une autopsie faite par Axenfeld dans le service d'Andral, d'autres examens nécropsiques faits en Allemagne par Hasse, Oppenheimer, Friedreich, avaient semblé démontrer que les racines antérieures de la moelle étaient intactes. Il lui fallut bien cependant se rendre à l'évidence, quand les constatations de Luys vinrent donner aux prévisions de Cruveilhier une éclatante sanction. Les faits se multiplient, les lésions les plus étendues sont décrites ; M. le professeur Jaccoud publie les résultats de deux examens cadavériques des plus probants, et alors il échappe à Duchenne, qui sent bien la valenr des coups portés à sa conception de l'atrophie musculaire comme maladie exclusivement du muscle, une phrase sous laquelle on devine une tristesse un peu amère : « A moins, dit-il, qu'elle ne dépende d'une lésion du système ganglionnaire. »

M. Jules Simon, avec un grand talent, a défendu cette

opinion émise par Schnevoogt ; pour lui, « le processus morbide, dans les autopsies de M. le professeur Jaccoud, avait débuté par le grand sympathique, et rayonnant de là en deux sens opposés, il s'était propagé sur la moelle par les rameaux anastomotiques, et vers la périphérie ainsi que le démontrait l'altération partielle des nerfs médians. »

Tant de travaux, tant d'examens nécroscopiques faits avec un soin si scrupuleux devaient bien un peu ébranler la foi de Duchenne, de Boulogne. Il était trop honnête pour nier systématiquement l'évidence. Mais on n'est pas père à demi, et alors même qu'il admet les lésions des cornes antérieures de la moelle, l'atrophie des racines antérieures, et les propriétés à la fois motrices et trophiques des cellules, son hypothèse primitive de l'origine périphérique de l'atrophie musculaire progressive lui paraît toujours la meilleure. N'est-il pas au moins curieux de rapprocher cette vue de l'esprit de Duchenne des travaux si importants de Vulpian, Charcot et Marie, Hoffmann, Dubreuilh, Gombault et Mallet, Dejerine et Sottas, etc., sur les névrites périphériques, sur l'amyotrophie progressive, neurotique ? Je n'ai pas le loisir de développer cet inépuisable sujet ; je ne veux retenir qu'une chose, c'est que, quelles que soient les interprétations anatomo-pathologiques, c'est toujours à la description symptomatique de la maladie, telle que l'ont faite Aran et Duchenne, qu'il faut revenir. On n'y a rien ajouté, rien retranché depuis ; le tableau était si fidèle, peint d'une main si sûre, qu'il n'a jamais eu besoin de retouches.

J'en aurais presque autant à dire de l'ataxie locomotrice. C'est notre Société qui, en 1857, a reçu la première les confidences de Duchenne, de Boulogne. Il nous offrit la primeur de ses recherches, pour ainsi dire, les grandes lignes du Mémoire qui parut l'année suivante dans les *Archives générales de médecine*, et qui eut un si grand retentissement. J'ai voulu relire, pour m'en bien pénétrer, cette œuvre qui reste sans égale par la finesse de l'observation, la précision des détails et la merveilleuse clarté avec laquelle ils sont présentés. Quoi qu'on en ait dit alors, c'était bien une œuvre toute personnelle ; Duchenne, de Boulogne, n'avait pas inventé

de toutes pièces la maladie qu'il décrivait ; sous le nom de *tabes dorsalis*, on la trouve dans Bonet, Sauvages, Frank ; mais ce terme s'appliquait à une foule d'affections dans lesquelles les fonctions génitales étaient plus ou moins compromises. Tout restait vague et confus, l'entité pathologique ne se dégageait pas. Il n'est que juste de reconnaître que les premiers travaux anatomo-pathologiques ont été faits en Allemagne, et que Löwenhardt, Wenzell, d'abord, puis Horn, Hufeland, Steinthal, Romberg — ce dernier en 1837 — ont constaté l'atrophie des nerfs de la queue de cheval, ou se sont montrés un peu plus précis dans la symptomatologie. Successivement, Wunderlich, Virchow, Rokitansky, Turk, apportent par l'examen microscopique des données plus complètes ; en Angleterre, de 1841 à 1858, se succèdent les travaux de Stanley, de Webster, de Tood, de Gull ; en France, le mouvement était moins actif. Cruveilhier, Botillaud, le stimulèrent. Mais il manquait à toutes les recherches l'unité de vues qui les féconde. Le mérite de Duchenne fut de voir clair, le premier, non pas à l'aide des travaux étrangers, qu'il ne connaissait pas, mais avec les ressources de son esprit méthodique, de ses facultés supérieures d'observation. Si donc la question de priorité n'est pas douteuse, il reste encore à Duchenne la gloire d'avoir écrit des pages magistrales ; d'avoir été, en France, le promoteur des recherches sur l'anatomie pathologique des centres nerveux. Je ne saurais apporter à la mémoire de Duchenne un hommage plus respectueux et plus élevé que celui-ci : les admirables travaux de la jenne école de la Salpêtrière, sous l'impulsion puissante de Charcot, impulsion qui survit au maître tant regretté, ont consacré la plupart des vues de Duchenne. On est certainement plus juste aujourd'hui pour lui qu'on ne le fut de son vivant.

Cependant, quoi de plus saisissant que cette entrée en matière :

« Abolition progressive de la coordination des mouvements et paralysie apparente, contrastant avec l'intégrité de la force musculaire : tels sont les caractères fondamentaux de la maladie que je me propose de décrire. Ses symptômes et sa marche en font une espèce

morbide parfaitement distincte. Je me propose de l'appeler ataxie locomotrice progressive, me réservant de justifier bientôt cette dénomination.

« Voici comment je suis arrivé à la connaissance de cette maladie. Depuis quelques années [huit ans], je m'étais mis à rechercher l'état de la force des mouvements partiels, dans les conditions de santé et de maladie. Je ne tardai pas à reconnaître alors qu'un assez grand nombre d'affections dans lesquelles les mouvements semblaient affaiblis ou abolis, et que l'on désignait sous le nom de paraplégies ou de paralysies générales, n'étaient rien moins que des paralysies : que dans ces cas, au contraire, la force des mouvements était considérable, si je la mesurais, si les malades étaient assis ou dans la position horizontale. Je remarquai, en outre, que les malades ne pouvaient conserver la station sans osciller ou tomber, ni marcher sans appui et sans projeter les membres inférieurs en avant et d'une manière plus ou moins désordonnée. Ces troubles fonctionnels, qui n'avaient lieu que pendant l'exercice des mouvements volontaires, qui n'étaient compliqués, ni de tremblement des membres, de la langue ou des lèvres, ni de spasmes cloniques, qui enfin ne s'observaient que chez l'adulte, ces désordres, dis-je, étaient évidemment produits par un état pathologique de la motricité, par la perte de la coordination des mouvements. »

Toute l'ataxie locomotrice n'est-elle pas dans cette page d'un style si précis et si simple à la fois ? Troussseau, qui s'y connaissait bien, n'hésite pas à dire que : « Nous sommes redevables à Duchenne de connaître l'ataxie locomotrice progressive, qui jusque-là restait confondue au milieu d'affections très différentes. De l'aveu même de Axenfeld, qui réclame en faveur de Romberg particulièrement, le mérite de l'avoir, avant tout le monde, bien étudiée, on est forcé de reconnaître que, tant en France, où l'on n'en avait aucune notion, qu'en Angleterre ou en Allemagne, où elle était mal vue ou complètement oubliée, l'attention du public médical n'a été réellement éveillée sur cette maladie que depuis la publication du mémoire de Duchenne, paru en 1858. »

Je ne pouvais pas abriter sous une autorité plus haute la revendication de la part si large qui doit être faite à

Duchenne dans l'étude, dans la vulgarisation de l'ataxie locomotrice. Personne avant lui n'avait tracé une symptomatologie aussi complète, ni marqué aussi sûrement les périodes de la lente évolution d'une maladie à marche progressivement envahissante. Si je ne m'étends pas davantage, si je n'entre pas dans des détails qui vous sont bien connus, je veux cependant insister sur un fait qui intéresse notre Société.

Un jour, Duchenne, qui poursuivait ses recherches, qui, toujours attentif, avait l'esprit tendu vers l'ataxie locomotrice dont la « personnalité pathologique » se dégageait peu à peu, crut trouver chez les paralytiques généraux des symptômes importants à noter au point de vue de l'incoordination des mouvements : il s'en ouvrit à Brierre de Boismont, et tous les deux, ils tentèrent d'établir le diagnostic différentiel entre l'ataxie locomotrice et ce qu'ils appelaient la paralysie générale spinale, et la paralysie générale des aliénés. Sandras avait soulevé à la Société de médecine de Paris une discussion qui fut assez vive. Brierre de Boismont, Baillarger, Bouvier, Delasianve, Requin, Sandras et Duchenne y prirent part. Avec sa bonne foi accoutumée, Duchenne reconnaît que la proposition qu'il avait été entraîné à défendre devant la Société de médecine de Paris était née prématurément, qu'elle n'avait pas été suffisamment mûrie par l'observation et la réflexion, et il ajoute : « loin de la faire revivre, je l'ai déjà modifiée. » — C'était sa manière de reconnaître que sa perspicacité avait pu être mise en défaut. Sans parti pris, il reprenait son œuvre, et le jour où, plus sûr de lui-même, il se décidait à la présenter au monde savant, elle défiait la critique, elle affirmait une fois de plus la valeur de ses observations cliniques.

Il procédait avec une précision presque mathématique ; la longue habitude qu'il avait des explorations de la contractilité musculaire et qui lui a permis d'écrire son traité de la physiologie des mouvements, lui faisait aussi découvrir de singulières altérations dans des maladies où, avant lui, on ne les soupçonnait pas. Dans la paralysie saturnine, par exemple, il a pu déterminer les points d'élection de l'intoxication plombique. Aux membres supérieurs, il suit pas à pas la lésion :

« On est frappé, dit-il, d'un phénomène fort bizarre, c'est que la lésion de la contractilité électro-musculaire semble toujours se porter de préférence sur certains muscles, alors même que le membre entier est frappé de paralysie. Si l'on étudie la marche de cette lésion dynamique et l'ordre dans lequel les muscles sont successivement atteints, on remarque que l'extenseur commun des doigts, et après lui les extenseurs propres de l'index et du petit doigt, puis le long extenseur du pouce, sont les premiers atteints dans leur contractilité électrique. Des muscles extenseurs de l'avant-bras la lésion s'étend aux muscles radiaux. Les deux radiaux peuvent être affectés à la fois, ou isolément. Dans ce dernier cas (phénomène constant jusqu'à présent), c'est le second radial qui est atteint le premier ; et lorsque, étant lésés simultanément, ils le sont d'une manière inégale, c'est encore le second radial qui est le plus malade. Enfin, le cubital postérieur, le long abducteur et le court extenseur du pouce, sont presque toujours les derniers muscles de la région postérieure de l'avant-bras qui perdent la propriété de se contracter sous l'influence de la faradisation. »

N'est-ce pas là une dissection anatomique de la plus merveilleuse finesse, et pour y arriver, combien il avait fallu de soin, de patience, aidés, soutenus par un ardent désir d'éclairer les points restés dans l'ombre ! Et, comme s'il ne se doutait pas de l'importance de ses découvertes, il termine le chapitre consacré à la paralysie saturnine généralisée par cette phrase d'une modestie sans pareille : « En résumé, lorsque l'intoxication saturnine frappe en masse et d'emblée de paralysie tout le système musculaire, la contractilité électrique est diminuée ou abolie seulement dans certains muscles d'élection. On remarquera aussi que les muscles qui, dans ces cas, ont conservé leur contractilité électrique, recouvrent, en général, rapidement, leur motilité, tandis que la paralysie et l'atrophie persistent longtemps dans les muscles qui ont perdu cette propriété. » Ainsi, quelques lignes lui suffisent pour formuler presque une loi, et l'observation journalière en a reconnu depuis longtemps la rigoureuse exactitude.

Tous les travaux cliniques de Duchenne ont ce caractère : j'ai choisi ceux qui le mettaient le mieux en relief.

Vous l'auriez retrouvé dans ses études sur les paralysies consécutives aux lésions traumatiques des nerfs mixtes, dans l'atrophie musculaire héréditaire à type facial, dans la paralysie atrophique spinale de l'enfance, dans les paralysies spinales aiguës de l'adulte, dans la paralysie pseudo-hypertrophique ou myo-sclérosique, dans les paralysies *a frigore* du facial, du radial, etc. Mais je devais me borner, ayant encore à vous parler d'œuvres de haute valeur, qui vous présenteront Duchenne, de Boulogne, sous un nouvel aspect.

En 1862, Charcot et Vulpian arrivaient à la Salpêtrière comme médecins des hôpitaux. Leur premier soin fut d'amasser des matériaux relatifs à l'anatomie pathologique du système nerveux, de créer un laboratoire : l'un, Vulpian, attiré déjà vers la médecine expérimentale et la physiologie, suivit sa voie ; l'autre, Charcot, qui resta fidèle à la Salpêtrière, eut pour objectif de rechercher les relations entre les troubles fonctionnels et les lésions des centres nerveux. Admiralement préparé pour ces études si délicates et si difficiles, l'esprit ouvert à tous les perfectionnements, il adapta, sans hésitation, la méthode anatomo-clinique à ses investigations dans un domaine peu exploré encore, et que lui, ses élèves, devaient si largement fertiliser.

Duchenne, de Boulogne, pour lequel Charcot avait une particulière estime, était l'un des plus assidus dans ce service où l'on sentait, de toutes parts, un souffle puissant de vie scientifique. Il se prit de passion pour l'histologie, et, tout en restant ce qu'il avait été, un fervent de l'électricité, il devint un fervent du microscope. Je n'oserais dire qu'il fut aussi heureux dans cette nouvelle phase de sa carrière, mais cependant, il sut mettre au service de l'anatomie micrographique sa grande habileté dans l'art de la photographie, et ses albums contenaient des épreuves remarquables ; c'est surtout le bulbe rachidien qui posa le plus souvent devant son objectif. Il avait réuni une série de coupes très fines, qui furent, à cette époque, une véritable révélation.

Comme il le dit lui-même, en parlant de la paralysie glosso-labio-laryngée, « je n'eus pas plutôt exposé, en 1860, l'étude clinique de cette maladie, que je fus tourmenté par le désir de rechercher l'explication physiolo-

gique de la série des symptômes qu'elle avait successivement offerts à mon observation pendant sa marche progressive ». Or, ses premières observations dataient de 1852. Lorsqu'il décrivit la maladie en 1860, avec sa précision accoutumée, il n'avait pas fait d'autopsies ; c'est alors que l'influence de Charcot lui fut heureuse ; elle le détermina à établir la structure intime du bulbe. Il le fit, au point de vue icono-photographique, avec une telle supériorité que Lockart-Clarke, d'une part, Stilling, d'autre part, reconnaissent que ses planches étaient plus nettes que celles de leurs albums. Il les présenta, en 1868, à la Société de médecine de Paris, « faisant ressortir l'utilité de ses recherches icono-photographiques sur la structure intime du bulbe à l'état normal, en faisant l'application des notions anatomiques qui en ressortent à la physiologie pathologique de la paralysie glosso-labio-laryngée ».

Ce qui reste aujourd'hui, c'est la description classique de Duchenne : « De 1852 à 1861, dit-il, j'avais recueilli treize cas d'une affection paralytique qui, sans causes connues, envahit successivement les muscles de la langue, ceux du voile du palais, et l'orbiculaire des lèvres, qui produit conséquemment des troubles progressifs dans l'articulation des mots et dans la déglutition ; qui, à une période avancée, se complique de troubles dans la respiration ; dans laquelle enfin les sujets succombent, ou à l'impossibilité de s'alimenter, ou pendant une syncope. »

Vous reconnaîtrez à cet exposé si concis, et cependant si complet, le clinicien qui aura mis plus de dix ans à mûrir son sujet ; la première observation lui est fournie par Chomel ; les autres, toutes semblables, se succèdent, mais elles sont recueillies dans la pratique civile, il n'y a pas encore d'autopsies. Ce n'est qu'à partir de la publication de son mémoire qu'il a l'occasion de vérifier ce qu'il avait soupçonné.

L'observation la plus complète qui ait été publiée à cette époque est de 1869 ; elle a paru, le 4 juillet 1870, sous le nom de Duchenne, de Boulogne, et de M. le professeur Joffroy, dans les *Archives de physiologie normale et pathologique* ; elle a pour titre : « De l'atrophiie aiguë et chronique des cellules nerveuses de la

moelle et du bulbe rachidien. » Si je vous la signale, c'est que les savantes considérations anatomo-pathologiques qui suivent les détails de l'autopsie, et qui ne sont pas de Duchenne, sont déjà le résultat des découvertes successives de l'école de la Salpêtrière.

L'histoire de cette autopsie vaut de vous être racontée.

A ce moment, l'occasion des examens nécroskopiques était encore rare. Il s'agissait d'une pauvre femme que Duchenne, de Boulogne, avait suivie pendant plusieurs années, avec une grande bonté, et j'ai à peine besoin de le dire, avec un désintérêt absolu. Il avait été pour elle et pour sa famille un bienfaiteur discret, qui rendait moins dures à supporter les rudes épreuves qui se succédèrent pendant de longs mois. Quand la malade mourut dans une syncope, Duchenne demanda à son fils l'autorisation d'examiner son cerveau. On avait pour lui tant de reconnaissance qu'on ne la lui refusa pas. Il prévient M. Joffroy, dont la curiosité scientifique n'était pas moins aiguë que la sienne. Les voilà tous les deux partis pour des régions absolument inconnues d'eux, dans la zone suburbaine. A un moment, leur cocher s'arrête ; il n'y avait plus de rues, plus de chemins, rien que des sentiers déserts sur les bords desquels s'élevaient des masures délabrées. Il s'informe de la demeure de la veuve Tournier ; on les regarde avec méfiance, on ne leur répond pas. De guerre lasse, ils se font conduire chez le commissaire de police qui, prévenu d'un décès et d'une demande d'autopsie, les fit accompagner par son secrétaire au domicile de la morte. Là, dans des conditions que vous devinez, avec des difficultés inouïes, M. Joffroy put enfin enlever le cerveau et la moelle ; s'ils oublièrent toutes leurs peines, ils gardèrent toujours le souvenir de cette expédition du 22 août 1869, dont les résultats furent d'une importance décisive. Ils trouvèrent, du côté du bulbe, avec l'intégrité de presque toutes les parties de cet organe, des altérations plus ou moins profondes, portant sur les noyaux d'origine de certains nerfs, à savoir : 1^o de l'hypoglosse; 2^o du facial; 3^o du spinal antérieur; 4^o du pneumo-gastrique; et 5^o du noyau innommé de Clarke.

Dans le milieu où j'ai l'honneur de parler aujourd'hui, pourquoi me priverais-je de la haute et légitime satis-

faction de rappeler les admirables travaux dus à Vulpian et à Charcot, à leurs élèves MM. Cornil et Lépine, Joffroy, Pierret, Pitres, Marie, Dejerine, Raymond, Brissaud, Ballet, Dutil, pour ne citer que les plus vaillants dans cette phalange d'élite, qui, sous la direction d'un incomparable maître, le professeur Charcot, firent, pendant une période à peine d'un quart de siècle, marcher la science à pas de géant? Nous profitons aujourd'hui de leurs conquêtes; mais elles ne furent pas sans causer un moment d'émoi profond; on put craindre que les entités pathologiques nouvelles créées par Duchenne ne fussent atteintes. Charcot, dans ses leçons, s'était efforcé « de constituer dans la pathologie spinale tout un groupe d'affections élémentaires dont la combinaison produit les formes complexes, celles-ci pouvant être à leur tour, à l'aide de l'analyse clinique, décomposées en leurs éléments constituants ». Il fut conduit à prédire que la lésion de la paralysie infantile, entre autres, devait avoir pour substratum anatomo-pathologique constant une atrophie des grosses cellules motrices des cornes antérieures, que le processus anatomo-pathologique devait être le même dans l'atrophie musculaire progressive de cause spinale, à la différence près d'une évolution suraiguë dans la première, d'une évolution lente, chronique, dans la seconde. C'était un coup un peu rude porté à la doctrine de Duchenne. Quand les caractères cliniques de la sclérose latérale amyotrophique furent définitivement fixés par lui, il fut autorisé à dire que la maladie de Aran-Duchenne était plus rare qu'on ne l'avait prétendu; que dans l'amyotrophie protopathique, le type Aran-Duchenne, l'impuissance motrice, relève, en grande partie, de l'atrophie des masses musculaires, tandis que dans la sclérose latérale la paralysie domine certainement la situation, l'atrophie des muscles n'étant fréquemment qu'un fait accessoire ou consécutif. Dans la syringomyélie, on retrouve encore des traits de l'atrophie musculaire progressive: même début par l'atrophie des petits muscles de la main, même mode d'extension aux membres supérieurs, même déformation en griffe, avec cette différence, cependant, qu'il existe des troubles sensitifs qu'on ne trouve pas dans l'atrophie musculaire progressive.

Mais de ce que des lésions anatomiques différentes pouvaient produire des symptômes identiques, devait-on rayer dédaigneusement du cadre nosologique une maladie que Aran et Duchenne avaient si nettement isolée? Quelques-uns l'ont pensé. Mais Charcot lui-même n'était pas de cet avis. Et, par un juste retour, voici que des observations nouvelles sont venues, avec des preuves anatomiques indiscutables, rendre toute leur valeur aux faits anciens. Le grand clinicien que fut Duchenne est resté debout. Les progrès de l'anatomie pathologique ont apporté, par la détermination des lésions, la considération des types cliniques qu'il avait si magistralement décrits. M. Jean Charcot, qui tient à honneur de porter dignement son illustre nom, dans des publications faites en collaboration avec son ami, M. le Dr Dutil, dans sa thèse inaugurale, M. Dejerine à la Société de biologie, ont démontré que Duchenne ne s'était pas trompé. Dans un livre paru d'hier, où l'hommage le plus respectueux est rendu à la mémoire de Charcot, où son évolution scientifique, son influence, sont appréciées par M. le professeur Raymond avec une hauteur de vue supérieure, j'ai trouvé avec bonheur ce que j'appellerais volontiers une réhabilitation, si l'œuvre de Duchenne, de Boulogne, avait été jamais sérieusement compromise.

Je ne crois pas, Messieurs, qu'elle pût l'être. Si l'on reprend la vie de Duchenne à ses débuts à Paris, on le trouve en possession d'une idée maîtresse. Il a deviné l'importance de l'électricité en thérapeutique; il se donne pour mission de substituer à un empirisme un peu grossier, parfois dangereux, des applications plus sérieuses. Puis, il s'aperçoit bien vite que des maladies justiciables de son traitement électrique étaient souvent abandonnées à elles-mêmes, qu'on n'espérait pas les guérir. Il cherche et comme il trouve, il suscite autour de lui des hostilités un peu jalouses. Il eut à soutenir des luttes arides, passionnées; il y déploya une indomptable énergie. Lasègue et Straus ont dit de lui : « Le courage scientifique dont Duchenne fut une si remarquable expression, exclut les solennelles aventures; il s'épuise dans une résistance impassible et n'en impose pas moins de douloureux sacrifices. Peu d'hommes ont au même degré abdiqué leur susceptibilité légitime ou

opposé au mauvais vouloir une volonté en apparence toute passive. Le succès finit par récompenser ses peines, et, quand il l'eut atteint, la tâche était devenue aisée. »

Alors, il était entré de plain pied dans la pathologie nerveuse : vous savez avec quelle fermeté, quelle constance, il se livra à l'observation clinique. Je vous ai dit la sûreté de sa méthode, la rigueur de ses procédés d'analyse. Pourvu de pareils moyens, un homme décidé à garder son indépendance, à n'obéir à aucune sollicitation ambitieuse, à ne produire ses travaux qu'à l'heure où ils lui paraîtraient achevés, était, à mon avis, garanti contre les chances d'erreur. D'une vie très simple et très retirée, Duchenne ressemblait à ces artistes d'autrefois ciselant, pendant des années, l'armure damasquinée d'or d'un chevalier. Elle sortait de leurs mains habiles avec un fini, une richesse incomparables. Après celle-ci, ils en commençaient une autre, et leur vie se passait à produire des chefs-d'œuvre.

La carrière de Duchenne n'a pas été moins laborieuse, ni moins simple : pour le connaître, et pour parler de lui, il faut l'aller chercher dans ses livres et demander aux rares amis qui survivent, ce qu'il était dans son intimité, ce qu'il cachait, sous ses dehors modestes, de bonté, de désintéressement, de qualités du cœur. Pour moi, Messieurs, j'avais à faire valoir surtout sa grande intelligence, à vous dire quel noble usage il en avait fait, et les services qu'il a rendus à la médecine.

J'ai le droit de dire que si l'influence de Charcot et de ses élèves fait la gloire de la médecine française, Duchenne a eu sa large part dans le mouvement scientifique de la seconde moitié de ce siècle. Il m'apparaît comme un « Précurseur », et cette grande figure, dans un horizon déjà lointain, est éclairée des lueurs de l'aurore nouvelle. Il a pu assister au lever de ces jours glorieux pour la neuropathologie, et se dire qu'il avait, pour son compte, dissipé bien des nuages. Vous lui apportez aujourd'hui, Messieurs, la récompense, et j'imagine que ses mânes doivent tressaillir d'allégresse au spectacle que leur offrent les témoignages de notre reconnaissance, de notre respect, et la solennité même de l'hommage que nous avons voulu lui rendre.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 24 FÉVRIER 1896

Présidence de M. CHARPENTIER.

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

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

- 1^o Une lettre de remerciements de M. Bergeron, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine ;
- 2^o Une lettre de remerciements de M. Buffet, nommé membre associé étranger ;
- 3^o Une lettre de M. Francesco Cascella, médecin du manicombe d'Aversa, sollicitant le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Chaslin, Febvre et Moreau (de Tours), rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

- 1^o Un volume de M. Michel Bombarda, intitulé : *Leçons sur l'épilepsie et la pseudo-épilepsie*;
- 2^o Les mémoires de la Faculté de médecine de Tokio (Japon).

Rapports de candidature.

M. SÉRIEUX. — Messieurs, vous avez nommé une Commission composée de MM. Vallon, R. Semelaigne et P. Sérioux, à l'effet de vous présenter un rapport sur la candidature de M. le D^r Taguet, médecin en chef à l'asile d'aliénés de Vaucluse, au titre de membre titulaire. Les travaux de M. Taguet, les services signalés qu'il a rendus depuis plus de vingt-cinq ans qu'il se consacre aux aliénés, ont rendu aisée la tâche de votre

Commission. M. Taguet appartient au service des aliénés depuis 1870. Il était interne des asiles de la Seine lorsque la Société médico-psychologique, sur le rapport élogieux de notre collègue, M. Motet, lui décerna, en 1871, le prix Esquirol pour un mémoire portant pour titre : *Du délire des grandeurs en dehors de la paralysie générale*. Ce mémoire a été publié dans les *Annales* en 1872. Deux ans après, M. Taguet était nommé membre correspondant de notre Société. En 1877, la Société protectrice de l'enfance de Paris accorde à notre confrère un prix et une médaille d'argent pour son mémoire : *De l'influence de l'alcool sur la santé de la nourrice et de l'enfant*. La même année, M. le D^r Taguet obtient une récompense de 200 francs des *Annales médico-psychologiques*, pour son mémoire sur le *Délire intermittent*, et publie dans les *Annales* un travail intitulé : *De l'hérédité dans l'alcoolisme*. En 1883, M. Taguet porte cette question de l'alcoolisme devant l'Académie royale de médecine de Belgique, et obtient une « première mention très honorable ».

On doit à M. le D^r Taguet des observations cliniques et des études fort intéressantes, parmi lesquelles il faut citer ses travaux sur le *Suicide dans l'hystérie*, — sur *Un trouble spontané de la sensibilité générale* (*Annales médico-psychologiques*, 1876), — sur un cas d'*Hypnotisme avec hyperesthésie de l'ouïe et de l'odorat*. Cette dernière communication, insérée dans les *Annales* en 1884, constitue un document clinique des plus intéressants. Elle a d'ailleurs, et à juste titre, retenu l'attention du public scientifique. On était, à l'époque, encore au début des études sur l'hypnotisme, et l'observation signalée par notre confrère parut, alors, très extraordinaire. Ce ne fut que plus tard qu'un grand nombre de faits analogues vinrent corroborer les faits observés avec tant de sagacité par M. Taguet. Je me bornerai à vous rappeler l'important travail consacré par notre confrère à l'étude des *Persécutés-persécuteurs*; ce mémoire est trop connu et trop apprécié pour qu'on ait besoin d'en souligner la valeur.

M. Taguet a publié des travaux très consciencieux sur l'assistance des aliénés. Je citerai brièvement ses études sur la *Loi du 30 juin 1838* (*Annales médico-psy-*

chologiques, 1875, p. 220) ; — sur *Les sorties provisoires comme moyen curatif de la folie* ; — sur *La création de colonies agricoles* (Congrès de médecine mentale de 1889). Ajoutons à ces travaux un rapport très volumineux fait sur la demande du Préfet et du Conseil général du Nord et qui a pour titre : *Des divers services d'assistance publique dans le département du Nord* (1^{er} janv. 1895), et une communication instructive sur *l'Ivrognerie dans le Morbihan* (Congrès de médecine mentale, 1889).

Nous devons rappeler aussi les services rendus par M. le Dr Taguet à l'enseignement des maladies mentales. Notre confrère a été, en effet, chargé, de 1882 à 1886, du cours clinique des maladies mentales à la Faculté de Bordeaux. Pendant toute cette période, M. Taguet a pris une très large part à la rédaction de la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales*, du *Bulletin d'anthropologie* et de la *Revue d'hygiène du Sud-Ouest*.

Enfin, ajoutons que M. le Dr Taguet appartient, comme membre correspondant, à un grand nombre de Sociétés savantes et qu'il a produit, en dehors des études médicales que je viens de citer, un certain nombre de publications littéraires.

Cet exposé, trop bref, suffit cependant pour montrer les services éminents que notre confrère a rendus à la clinique mentale, à l'assistance des aliénés et à l'enseignement de notre science spéciale. Aussi bien les travaux et la personnalité de M. le Dr Taguet vous sont-ils trop connus, vous les tenez en trop haute estime, pour qu'il soit utile d'insister plus longtemps. Vous penserez, avec votre Commission, que la place de M. Taguet est depuis longtemps marquée parmi nous.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées et M. Taguet est, à l'unanimité, nommé membre titulaire.

M. ROUBINOVITCH. — Messieurs, vous avez nommé une Commission composée de MM. Joffroy, Briand et Roubinovitch, rapporteur, à l'effet d'examiner les titres du candidat à la place vacante de membre titulaire de notre Société.

Il s'agit de M. le Dr Toulouse, qui est connu de vous tous et qui a déjà sollicité vos suffrages l'année dernière. A cette époque, mon excellent collègue le Dr René

Semelaigne a exposé dans un rapport aussi détaillé qu'éloquent, les différents titres et travaux du candidat.

Je vais donc les résumer les uns et les autres très brièvement.

M. le Dr Toulouse, ancien interne-lauréat des hôpitaux de Marseille, ancien interne des asiles de la Seine, a été nommé médecin-adjoint des asiles de la région de Paris, au concours de 1891, où il a été placé premier. Il a été envoyé à l'asile Saint-Yon. En 1894, il est reçu au concours du clinicat des maladies mentales de la Faculté de médecine de Paris. Ajoutons qu'il est lauréat de l'Académie des sciences qui lui a accordé, en 1895, le prix Lallemand pour son ouvrage sur les *Causes de la folie*. Membre honoraire de la Société de médecine mentale de Belgique, M. Toulouse est membre correspondant de la Société médico-psychologique de Paris, depuis le 27 juin 1892.

Passons maintenant aux travaux du candidat. Depuis sa thèse inaugurale soutenue à Paris en 1891 et intitulée : *Etude clinique sur la mélancolie sénile chez la femme*, thèse appréciée déjà à cette place même par M. Semelaigne, M. Toulouse a publié une série de recherches dont voici les titres : en 1892, *Convulsions infantiles par alcoolisme de la nourrice*; en 1892, *Hallucinations unilatérales chez une femme ayant une lésion circonscrite du cerveau*; en 1893, plusieurs communications aux Sociétés savantes, notamment à la Société de biologie : *Sur quelques expériences dynamométriques chez les aliénés* et, à notre Société, *Sur un cas de délire de négation*. La même année, il publie dans le *Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique* un travail *Sur le délire de négation chez un mélancolique* et, dans la *Tribune médicale*, sur le *Délire infectieux de la période post-puerpérale*. En 1894, il étudie *la stupeur cataleptiforme dans le délire alcoolique aigu* et un *cas d'amnésie rétro-antérograde à type continu progressif par choc moral*.

Tout dernièrement, M. Toulouse nous a fait deux communications : une sur *la valeur respective de la prédisposition et des causes dites occasionnelles dans l'étiologie des maladies mentales*, une autre sur *un nouveau marteau percuteur*. Enfin, il vient de faire

paraître un volume très documenté sur les *Causes de la folie. Prophylaxie et assistance*, ouvrage qui lui a valu, ainsi que je l'ai dit tout à l'heure, le prix Lallemand à l'Institut.

C'est sur ce dernier ouvrage que je désirerais m'étendre un peu plus longuement.

La première partie est consacrée à la question de l'hérédité. L'auteur démontre qu'il est essentiel de ne pas tout rejeter sur ce facteur étiologique et de songer qu'à côté de l'hérédité il existe une foule d'autres causes qui peuvent prédisposer aux troubles mentaux, comme, par exemple, les troubles de nutrition durant la grossesse, les émotions, les intoxications de la mère pendant la gestation, l'éducation des enfants, les habitudes qu'on leur fait prendre, etc... Le problème de la *dégénérescence*, ainsi soulevé, apparaît dans toute sa complexité. On comprend alors, étant donnée la multiplicité des facteurs qui y interviennent, pourquoi il est difficile de donner à cette dégénérescence une définition scientifique rigoureuse. On y arrivera probablement, mais pour le moment on est obligé de se contenter de ce que la clinique nous apprend : elle nous dit nettement que les types dégénératifs diffèrent énormément des autres types de l'aliénation mentale et méritent, par cela même, une place à part dans nos classifications.

Dans la deuxième partie, M. Toulouse étudie les *causes directes* de la folie, et d'abord : les causes sociales, la civilisation, le régime politique, la religion, le mariage, le célibat, le veuvage, la profession, le régime pénitentiaire. Viennent ensuite les causes biologiques : l'âge, le sexe, la natalité, la longévité, la morbidité ; les causes physiologiques, comme les excès et défaut d'exercice, les fonctions sexuelles, le sommeil, les rêves, la menstruation, la grossesse, la ménopause ; les *causes morales* : les passions, les émotions. La question qui se rattache étroitement à ces dernières, est celle de la contagion mentale et l'auteur n'a pas manqué d'en parler en citant des cas d'épidémies psychopathiques, des imitations de crimes, de folie imposée, de folie simultanée et de folie communiquée. Il indique aussi les *causes physiques* : l'influence du pays, du climat, de la lune, des saisons, de la température, de la lumière, des

couleurs, de la nuit. Les influences traumatiques ne sont pas oubliées et notamment le rôle du shock émotif est décrit avec soin. Un chapitre important traite des causes pathologiques : les intoxications volontaires, médicamenteuses, professionnelles, alimentaires ; les maladies infectieuses, les maladies générales et cutanées, les diathèses, les maladies viscérales, les maladies nerveuses.

La troisième partie traite de la prédisposition vésicale et des causes directes ou occasionnelles dans leurs rapports entre elles.

Enfin, dans la dernière partie, l'auteur s'occupe de la prophylaxie et de l'assistance.

Dans le dernier chapitre de cette partie, M. Toulouse se déclare partisan du non-restréint et du placement des aliénés dans les familles autant que possible.

En résumé, l'ouvrage que je viens de résumer trop rapidement est, comme vous le voyez, d'une érudition très grande. Ajoutons que l'auteur a su donner à son livre une précision scientifique rigoureuse et une clarté qui en rend la lecture très agréable.

Je vous rappellerai encore que M. Toulouse est l'auteur d'un nombre considérable de revues publiées dans la *Gazette des Hôpitaux* et la *Tribune médicale*, sur lesquelles M. Semelaigne vous a entretenus dans son rapport du 25 mars 1895.

Maintenant, il faut conclure et c'est chose facile après tout ce que je viens de dire sur le candidat.

Votre Commission estime que M. le Dr Toulouse est digne du titre qu'il sollicite et vous propose de l'accepter à la place vacante de membre titulaire à la Société médico-psychologique.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées et M. le Dr Toulouse est nommé membre titulaire, à la majorité des membres présents.

M. J. SÉGLAS. — Messieurs, vous avez désigné dans la dernière séance une Commission composée de MM. Joffroy, Magnan et Séglas, rapporteur, à l'effet d'examiner la candidature de M. Godfernaux au titre de membre correspondant de la Société médico-psychologique.

A l'appui de sa candidature, M. Godfernaux a pré-

senté sa thèse de doctorat ès lettres sur le *Sentiment et la Pensée*. Ce volume est aujourd'hui connu de vous tous et je ne pense pas avoir besoin de vous en donner une analyse très détaillée.

Son objet est la recherche et la détermination, au moins approximative, des rapports principaux qui peuvent exister entre le sentiment et la pensée, ces deux mots étant pris dans leur sens le plus communément accepté : le premier désignant les phénomènes de la vie affective et dont l'origine, du moins chez l'individu, est subjective ou interne ; le second désignant les phénomènes de la vie représentative et dont l'origine est externe ou objective.

Les lois fondamentales de la pensée ont été longtemps résumées par la théorie de l'association des idées. Mais si cette théorie montre *comment* les représentations mentales se groupent et se reproduisent, elle ne donne pas le *pourquoi* de ce groupement et de cette reviviscence. Les lois qui régissent la pensée sont indépendantes d'autres lois plus profondes et cet agent de l'association des idées, qui ne se trouve pas dans la pensée, ne peut se rencontrer que dans le sentiment, forme opposée et complémentaire de la vie consciente.

Partant de ce point de départ, l'auteur a recherché d'abord s'il n'était pas possible de rencontrer soit le sentiment, soit la pensée à l'état isolé. L'homme normal n'offre rien de semblable, mais les maladies mentales réalisent en ce sens, pour l'observateur, des expérimentations des plus variées. C'est donc à la pathologie mentale que M. Godfernaux s'est adressé tout d'abord. La première partie de son livre résume les observations qu'il a faites à cet égard. La seconde partie expose l'application, chez l'individu sain, des indications générales fournies par l'étude des aliénés. Cette seconde partie renferme des chapitres très intéressants sur les états affectifs chez l'homme normal, les émotions et les associations d'idées, les mouvements des muscles sensoriels et les sensations et images élémentaires. Je ne fais que les indiquer pour revenir à la première partie qui nous intéresse ici plus particulièrement, comme ayant trait à la psychologie morbide.

L'auteur y envisage différentes affections mentales

qu'il groupe sous le nom générique de psychoses simples et qui sont la manie, la mélancolie, l'extase, l'hypochondrie, en complétant ensuite cette étude psychologique par celle du délire chronique à évolution systématique.

Dans la manie, les fonctions organiques sont conservées, elles échappent au trouble maniaque, tandis que la pensée se désagrège en même temps que tous les mouvements de la vie de relation se dissocient. La dissociation graduelle des mouvements musculaires coïncide ainsi avec une dissociation graduelle des associations d'idées. A l'état extrême, toute tendance, toute intervention du sujet étant supprimée, les éléments simples de la connaissance du monde extérieur, du non-moi pur et non élaboré, défilent seuls et sans ordre dans la conscience. La psychose maniaque élimine donc le sentiment de la conscience du sujet et ne laisse subsister que la pensée, nécessairement réduite à ses éléments simples.

La mélancolie présente un ensemble de faits tout opposé. Au lieu que dans la manie c'était la pensée qui tendait à occuper seule la conscience sans aucune intervention du sentiment, maintenant la pensée disparaît graduellement et le sentiment tend à occuper seul la conscience. C'est une sorte de retrait graduel de la vie consciente vers l'état affectif, vers la forme la plus indifférenciée du sentiment, l'aperception directe d'un moi dououreux et sans pensée.

L'hypochondrie a un aspect psychologique très différent. Dans la mélancolie, l'état affectif qui envahissait le sujet, ne s'accompagnait pas d'une succession définie de perceptions ou de représentations différentes, ces phénomènes étant au contraire graduellement exclus de la conscience. Dans l'hypochondrie, la conscience est occupée, comme dans la manie, par des séries d'états de conscience distincts, mais ces états de conscience, au lieu d'être des sensations et des images élémentaires des sens de la vie de relation (vue, ouïe, etc.), sont fournis par l'organisme même du sujet, par son *moi physique*. Les sensations organiques ou internes prennent alors une importance telle qu'elles absorbent peu à peu toute la conscience au détriment des autres formes du sentiment et de la pensée. Il est probable que ce sont

des ensembles, plus ou moins considérables et variés, de ces sensations internes qui constituent la base de nos émotions. Elles sont alors non différenciées, ni localisées, mais ressenties en bloc et le sujet les revêt de différents systèmes appropriés d'images de la vie de relation, qui forment leur « justification » objective, nécessaire et font corps avec elle.

L'extase montre, comme la mélancolie, l'envahissement de la conscience par un état affectif. La pensée disparaît et le sentiment existe seul, dissocié des représentations mentales qui l'accompagnent chez l'être normal. Mais tandis que, dans la mélancolie, cet état affectif de plus en plus intense et exclusif peut être attribué au jeu des inhibitions, on pent, avec autant de raison, expliquer l'extase par une rupture d'équilibre en sens opposé, c'est-à-dire au profit des tendances actives ou expansives. A l'état extrême de la psychose extatique, ces tendances agissent sans contrepoids ; l'extase est alors l'intuition directe du non-moi.

Les quatre formes précédentes, considérées isolément, sont pour ainsi dire symétriques et fournissent séparément tous les éléments de la vie consciente. Elles révèlent un rapport quantitatif constant entre le sentiment et la pensée, en sorte que lorsqu'une de ces deux formes opposées de la vie consciente s'exagère, l'autre diminue.

Il restait à rechercher si les variations successives, ou mieux qualitatives, de ces troubles du sentiment concordent toujours avec des variations de la pensée et quelle est l'origine véritable de ces troubles à double aspect. L'auteur croit avoir trouvé la démonstration dans le délire chronique à évolution systématique qu'il considère comme une succession définie et constante d'états affectifs différents, correspondant à des modifications définies et constantes de l'association des idées, en sorte que l'évolution soit la transcription ou mieux la justification des états affectifs. Je dois avouer que, pour ma part, je trouve cette interprétation psychologique difficilement acceptable et possible de nombreuses objections dans le détail desquelles je ne puis entrer ici.

Bien que très rapide, ce résumé, Messieurs, a pu vous montrer, je l'espère, l'importance du travail de M. Godfernaux ainsi que l'originalité des idées qui s'y trouvent

exposées. Il en est un certain nombre qui ne s'accordent pas avec les opinions couramment admises. Nous ne pouvons à cet égard que regretter que l'auteur, au lieu de se borner à l'exposé pur et simple de ses propres opinions, ne les ait pas appuyées d'une critique de celle des autres auteurs, déjà nombreux, qui ont écrit sur le sujet, en France et à l'étranger. Malgré cette lacune, le livre de M. Godfernaux est un titre des plus sérieux à vos suffrages, et votre Commission est unanime à vous proposer de voter à son auteur le titre de membre correspondant de la Société médico-psychologique.

D'après les conclusions de ce rapport, M. Godfernaux est nommé, à l'unanimité, membre correspondant.

*Un cas d'illusion de « déjà vu »
ou de « fausse mémoire ».*

M. ARNAUD. — On a décrit sous le nom de *fausse mémoire* ou de *paramnésie* une illusion qui consiste à croire que l'on a *déjà connu*, et par conséquent à *reconnaitre* un fait entièrement nouveau. L'illusion porte sur l'ensemble et sur les détails, sur le fait lui-même comme sur l'impression qu'en éprouve le sujet, et le sentiment de la *reconnaissance* est si énergique que le faux souvenir est affirmé comme une certitude.

Je crois qu'il vaut mieux abandonner ces mots *fausse mémoire* et *paramnésie*, qui ont le double inconvénient d'être vagues et d'être inexacts — car il n'est pas sûr du tout qu'il s'agisse ici d'un phénomène de mémoire — pour conserver l'expression très claire, n'impliquant aucune théorie, d'*illusion de déjà vu*.

Signalé en Angleterre par Wigan, Maudsley, James Sully, etc., cet état a été étudié principalement en Allemagne, par Jensen, Sander, Arnold Pick, Anjel, Forel, Kræpelin, etc. En France, il ne semble guère avoir attiré l'attention. M. Ribot (*Maladies de la mémoire*) décrit brièvement la *fausse mémoire* d'après les Anglais et les Allemands. MM. Lalande et Dugas lui ont consacré dernièrement deux études dans la *Revue philosophique* (novembre 1893 et janvier 1894). Je crois que c'est à peu près tout, et je ne connais aucun travail mé-

dical français sur ce sujet. Dans son livre si documenté sur « les troubles de la mémoire », notre collègue, M. Sollier, se borne à définir la *fausse mémoire*.

La plupart des auteurs pensent que cette illusion est très fréquente dans l'état normal, à ce point que toute personne cultivée doit en avoir l'expérience personnelle; elle serait, au contraire, assez rare chez les aliénés.

Il me paraît vraisemblable qu'on a exagéré la fréquence de l'illusion de *déjà vu*, parce qu'on l'a confondue avec certaines erreurs qui ont avec elle certaines analogies : souvenirs obscurs, réminiscences vagues et lointaines, etc. La véritable et complète illusion de *déjà vu* présente deux caractères fondamentaux qui la différencient absolument : c'est d'abord l'intensité du sentiment illusoire, intensité qui entraîne la certitude ; c'est ensuite et surtout l'identité des états subjectifs en rapport avec la situation prétendue double. Au moyen de ces deux caractères on pourra toujours reconnaître cette illusion très spéciale et la distinguer de ce qui n'est pas elle.

On peut en admettre deux formes; 1^o une forme légère, compatible avec l'état normal, et dans laquelle l'illusion a une durée très courte, cesse brusquement, et se trouve aussitôt rectifiée ; 2^o une forme grave, d'une plus longue durée, et dans laquelle la rectification est incomplète ou nulle. Cette dernière forme est évidemment pathologique.

J'ai eu l'occasion d'observer à Vanves un cas particulièrement grave, puisque l'illusion dure depuis plus de trois ans, qu'elle s'étend à la plus grande partie de la vie mentale, et que la rectification fait complètement défaut. Notre malade est un *neurasthénique* avéré, sa mémoire est notablement affaiblie et il présente des idées de persécution assez développées. C'est à la suite d'accès répétés de fièvre paludéenne que sont apparus les symptômes actuels. Voici le cas.

Louis, âgé de trente-quatre ans, officier, entré à la maison de santé de Vanves en juillet 1894.

Sa mère passe pour *nerveuse*; c'est tout ce que l'on sait de positif sur ses antécédents héréditaires.

De taille moyenne, vigoureux, bien conformé. *Oreilles mal ourlées*; aucun autre stigmate de dégénérescence. *Neurasthénie*

manifeste ; fréquents maux de tête, survenant d'ordinaire après les repas ; sensations de serrement autour du front, de compression à la nuque ; zones douloureuses à la pression le long de la colonne vertébrale, *plaqué sacrée* bien nette ; troubles digestifs, insomnie, irritabilité, etc.

Au moral, nature rêveuse et concentrée. Il a toujours eu le goût de la solitude et du vagabondage. Fort intelligent, ayant une très bonne mémoire (au lycée il avait tous les ans le prix de récitation), il est entré second à Saint-Cyr, et son avancement a été rapide.

Nous trouvons dans son passé un détail intéressant à notre point de vue : Louis dit avoir éprouvé quelquefois, dans son enfance cette impression de *déjà vu* qui le poursuit sans cesse maintenant ; il croit qu'il se trompait alors, tandis qu'aujourd'hui il a la certitude que son impression est réellement fondée.

Son histoire pathologique commence au Tonkin. Il y passe près de cinq ans et il a, plusieurs fois, la fièvre paludéenne. Un accès pernicieux extrêmement grave le force à rentrer en France en août 1891. A ce moment, avec un état physique des plus alarmants, il présentait une *amnésie généralisée*, à la fois rétrograde et antérograde : il avait oublié la plupart des événements de sa vie et, de plus, les faits actuels s'effaçaient de sa mémoire au fur et à mesure, à ce point qu'il répétait la même question *cinq ou six fois en quelques minutes*. L'amnésie n'était cependant pas absolue, quelques souvenirs surnageaient.

L'état physique s'améliora graduellement et, après six à sept mois, les forces étaient redevenues à peu près normales ; mais la mémoire restait affaiblie, surtout pour les faits postérieurs au retour du Tonkin. Il existait aussi des symptômes neurasthéniques : douleurs en calotte, irritabilité, troubles digestifs, etc.

C'est en janvier 1893, dix-huit mois après sa fièvre paludéenne, que l'on constate les premiers symptômes caractéristiques du *déjà vu* : Louis affirme reconnaître, pour les avoir lus antérieurement, certains articles de journal ; il dit même qu'il doit avoir écrit plusieurs de ces articles. Il importe de retenir que l'illusion était alors *intermittente* et que, pendant quelque temps, elle resta limitée aux lectures du malade.

Louis souffrait alors cruellement de ses maux de tête, il s'inquiétait de son état, s'emportait et récriminait sans aucun motif. Il eut peu après une illusion absolument typique et très impressionnante pour les siens ; assistant au mariage de son frère, il déclara tout à coup qu'il était très sûr d'avoir assisté, l'année précédente et dans des conditions identiques, aux mêmes cérémonies ; qu'il en reconnaissait tous les détails et qu'il ne comprenait pas pourquoi on recommandait tout cela.

Quelques mois se passent ensuite sans incidents notables, les

illusions se reproduisant de temps à autre, lorsque, en juin 1893, Louis s'éprend d'une jeune fille et déclare qu'il veut l'épouser. En raison de son état de santé, les parents s'opposent au mariage.

Louis est très affecté de cette opposition, et, depuis ce moment, ses illusions se multiplient avec une grande rapidité. Bientôt apparaissent *des idées de persécution* : le malade attribue ses maux de tête à *des drogues* que ses parents lui administrent pour lui faire oublier son projet de mariage ou pour le consoler de son chagrin, en l'abrutissant. Il interprète dans le même sens les faits les plus naturels, il a de fréquents accès de colère, il se livre à des actes de violence. On l'envoie dans un établissement d'hydrothérapie ; il en sort au bout de quarante-huit heures, en disant qu'il y était déjà venu l'année précédente et qu'il en était parti de la même manière. Enfin, sur les instances de son père qui lui remontrait la nécessité d'un traitement suivi, du calme et de l'isolement, il vient à Vanves volontairement et seul (juillet 1894).

A peine entré dans la maison, *il reconnaît successivement* tout ce qu'il voit : la cour, le salon avec ses sièges et ses tentures, le parc dans ses moindres détails ; les personnes qui le reçoivent ont déjà fait les mêmes gestes, prononcé les mêmes paroles ; lui-même a fait les mêmes réponses. *C'est l'année dernière, dit-il, à pareille époque, qu'il est déjà venu ici, et il veut s'en aller, comme l'année dernière.*

Quand je l'aborde, voici exactement ce qui se passe : il répond à mon salut d'une façon absolument correcte et de l'air de quelqu'un qui se trouve en présence d'un inconnu. Quelques paroles sont prononcées, et sa physionomie change, il me dit en souriant : « Je vous reconnais maintenant, docteur ! C'est bien vous qui m'avez reçu l'an dernier, à cette même heure, dans ce même salon. Vous m'avez adressé les mêmes questions et je vous ai répondu de même. Tout cela est très net pour moi. Vous jouez fort bien la surprise, mais il est inutile de continuer. » Malgré mes dénégations les plus énergiques, Louis reste inébranlable dans sa conviction.

Quelques instants après, scène identique avec M. Falret.

Toute cette première journée se passa ainsi en *reconnaisances successives* de tout ce que Louis découvrait dans la maison. *La reconnaissance, toujours très rapide, n'était jamais instantanée.* Nous reviendrons plus longuement sur ce point d'une grande importance.

Le lendemain de son arrivée, Louis écrivait à son frère la lettre suivante qui caractérise parfaitement son état :

« 5 heures matin, juillet 1894.

« Mon cher frère,

« Je me rends de plus en plus compte que la scie des drogues

me poursuit. Je vois pourquoi on m'a renvoyé dans cette maison où je suis déjà venu l'an dernier. Comme toujours, pas d'esprit de suite. D'abord *des drogues pour*, ensuite *des drogues contre*. De telle sorte que quand, comme cette nuit, très exactement, minute par minute, je retrouve ce que j'ai fait l'an dernier, je n'ai affaire qu'à une carafe d'eau qui me détraque la tête et va me forcer à quitter la place demain, à la première heure. Vous vous obstinez à me mettre des bâtons dans les roues au moment où je sens que cela va aller bien. Je vais repartir pour B..., où vous pourrez me droguer à votre aise et achever de m'abrutir. Quoi qu'il arrive, je vous serai toujours très reconnaissant de ce que vous avez fait.

« Pour mon compte personnel, ce que je vois de plus terrible, c'est surtout cet empêchement cérébral qui fait que, dans les mêmes circonstances, je fais, je dis ou je ne fais pas, je ne dis pas les mêmes choses. C'est ce qui fait qu'en arrivant ici j'ai exactement dit au docteur ce que je lui avais dit l'année dernière ; c'est ce qui fait que, comme l'an dernier, je n'ai pas parlé à M^{me} X..., l'autre jour, chez les Z...

« Il s'agit maintenant de m'en aller d'ici, où je n'ai pas dormi de la nuit et où je n'ai eu pour me rafraîchir que de l'eau empoisonnée, comme l'an dernier, toujours comme l'an dernier.

« En d'autres termes, ma maladie qui, évidemment, existe, est ceci : placé dans les mêmes conditions, je refais les mêmes choses, bonnes ou mauvaises. Qu'en faut-il conclure ? J'affirme avec plus d'énergie que jamais, que seule M^{me} X... peut me guérir, et que, encore une fois, si je pouvais la voir huit jours de suite, je serais exactement ce que j'étais avant de tomber malade.

« Et là-dessus, je t'embrasse très affectueusement, désolé que vous soyez décidés à m'empêcher de faire ce mariage que je me sens capable de faire à partir de maintenant.

« LOUIS. »

Dans cette lettre apparaît, avec toute la netteté possible, la sensation de *déjà vu*, de *déjà vécu*. *Les idées de persécution* s'y montrent aussi, étroitement liées aux illusions et avec ce caractère très particulier que le persécuteur est considéré comme *bienveillant par l'intention* s'il est *malfaisant en fait*.

Depuis ce premier jour de l'arrivée, l'état du malade ne s'est pas sensiblement modifié dans son ensemble.

Les idées de persécution, dont nous parlerons d'abord, n'ont présenté aucune apparence d'évolution. Louis n'a jamais eu d'hallucination d'aucune espèce ; jamais il n'a dit avoir trouvé aux aliments une odeur ou un goût suspects. Il reconnaît *les drogues* à leurs prétendus effets, d'ailleurs variables, tantôt *excitants* et tantôt *déprimants*. Il ne peut s'expliquer pourquoi

on lui donne ainsi des *drogues contraires*, pourquoi, surtout, on choisit pour l'abrutir le moment précis où il va mieux.

D'ordinaire, il est de dispositions bienveillantes et d'humeur douce ; il se plaint sans aigreur de son internement, de son empoisonnement continual ; il admet que tout cela est fait pour son bien, tout en protestant que l'on se trompe, que l'on fait fausse route, *puisque ces mêmes moyens ont échoué déjà l'année dernière*. Mais, dans les moments d'exacerbation douloureuse, il s'emporte, il menace, il frappe, il bouscule et brise les meubles. Il dit ensuite que nous avons, au moyen *des drogues*, volontairement provoqué ces violences qui, seules, peuvent légitimer sa maintenue dans la maison de santé. Très défiant, il interprète dans le sens de la persécution tout ce qui est pour lui, dans la vie de tous les jours, un ennui ou une difficulté.

L'illusion de *déjà vu*, que nous allons étudier maintenant, a conservé ses caractères de *généralité* et d'*apparente continuité*. *Elle embrasse les événements subjectifs comme les faits objectifs*. Tous ou presque tous les faits nouveaux de conscience affectent la double physionomie du souvenir et de l'actualité. La reconnaissance illusoire est affirmée avec *d'autant plus d'énergie que l'on attire davantage* sur le fait l'attention du malade.

Louis n'a jamais cessé d'affirmer que son existence actuelle répète exactement sa vie de l'an dernier : « Dans les six mois que je viens de passer ici (janvier 1895), il n'y a pas deux minutes qui diffèrent de mon premier séjour ». Il reconnaît les faits quelconques de la vie quotidienne. Il reconnaît aussi, sans hésitation, tous les événements publics dont on lui parle ou qu'il apprend par les journaux : la mort de M. de Lesseps (décembre 1894) ; la démission de M. Casimir-Perier et l'élection de M. Félix Faure (janvier 1895) ; l'expédition de Madagascar (1895) et ses diverses phases ; les fêtes de Kiel (juin 1895), la mort de Pasteur (septembre 1895), l'accident de la gare Montparnasse (octobre 1895), etc., etc.

De chaque nouvelle *reconnaissance*, il tire une preuve nouvelle et chaque fois décisive de son précédent séjour dans la maison de santé. Sans paraître se douter qu'il nous avait dit la même chose la veille, il répétait chaque jour : « Hier encore, je n'étais pas très sûr ; je pouvais avoir des doutes sur mon séjour antérieur ici. Mais, à présent, c'est très net, je suis absolument certain d'avoir connu le fait de tout à l'heure ici même, l'année dernière et dans des circonstances identiques. »

Non seulement, il revoit, réentend, refait les mêmes choses « jour par jour », mais il éprouve aussi « les mêmes sentiments », il traverse « les mêmes états d'âme », il fait « les mêmes rêves » ; ce qu'il résume dans cette formule nette et concise : « Je vis deux années parallèles ».

La répétition de sa vie intérieure l'impressionne beaucoup plus que la reconnaissance des faits extérieurs : « J'ai la certitude d'avoir séjourné ici l'an passé, *non pas tant, grâce à mes souvenirs que par l'identité des pensées qui me viennent à l'esprit*, de mes rêves, de mes dispositions intérieures. Je ne vous cache pas que cela m'ennuie beaucoup. Recommencer, dans le même ordre, les mêmes pensées et les mêmes rêves, cela est évidemment maladif. »

Ces illusions répétées entraînent pour le malade des conséquences bien faites pour troubler sa chronologie. C'est ainsi qu'il en vient à croire qu'il a séjourné *trois fois* dans la maison de santé, parce que, dit-il, « le souvenir de mon séjour de l'an dernier se présente lui-même à mon esprit comme un souvenir antérieur, comme un souvenir déjà vécu ». Une autre conséquence erronée est une confusion de dates qui a été également observée, sous la même forme, chez des malades de Pick et de Forel. Louis suppose d'abord, puis il affirme « que nous sommes en 1895 », puisque tous les journaux qu'on lui donne, et qu'il a « lus l'année dernière », portent la date de 1894. Naturellement, le 1^{er} janvier 1895 devient pour lui le 1^{er} janvier 1896, et ainsi de suite.

Dans d'autres cas, un raisonnement non moins logique aboutit à la négation des faits. Le malade écrivait à son frère, en octobre 1894 : « J'ai suivi jour par jour mon séjour précédent dans cet établissement. J'y ai retrouvé au fur et à mesure les mêmes articles de journaux. *Vous m'y avez envoyé les mêmes fausses nouvelles* : la mort de M^{le} X..., le mariage de M^{le} Z... Je ne puis écrire à M^{me} X..., ne sachant pas exactement si c'est vrai ou faux. *Il me semble bien pourtant que c'est faux, puisque je suis sûr d'avoir lu la même chose l'an dernier*, ainsi que le mariage de M^{le} Z... J'ai beau avoir la tête malade, il y a évidemment des choses qui se fixent, et celles-là en sont... Je n'écrirai pas à M^{me} X..., malgré la parfaite occasion que me donne la *pseudo-mort* de sa fille. J'agirai exactement de la même façon que la première fois, et je suis sûr de ne lui avoir pas écrit l'an dernier, *je le sens à la netteté avec laquelle je prends la résolution de ne pas lui écrire.* »

Il est inutile d'accumuler les exemples du même genre qui trahiraient tous le même mécanisme intellectuel : l'impression de *déjà vu* est en désaccord avec les apparences ; un raisonnement plus ou moins voulu, plus ou moins conscient, vient rétablir la concordance ; suivant les intimes préférences du malade, le raisonnement aboutit tantôt à une erreur de dates et tantôt à la négation pure et simple, mais toujours il est logique, logique jusqu'à l'absurde.

Remarquons ici que Louis distingue fort bien ses anciens

souvenirs de ses *reconnaissances* actuelles. Il a évidemment conscience que son esprit ne fonctionne plus comme autrefois, et, chose singulière, il semble avoir une confiance plus grande dans le nouveau mécanisme. Il disait souvent qu'on le ferait douter plutôt de sa réception à Saint-Cyr que de la réalité de son séjour antérieur à Vanves. Ceci ne doit évidemment pas être pris au sens absolu, et Louis n'avait pas le moindre doute sur son entrée à Saint-Cyr. Il entendait seulement exprimer avec force l'intensité de son impression de *déjà vécu*. Un malade observé par Sander semblait pousser plus loin encore la conviction : « J'ai peur, disait-il, que le fait actuel ne soit qu'une apparence, n'existe que dans ma pensée, tandis qu'en réalité, il se serait produit antérieurement ». Ce malade en venait donc jusqu'à presque nier l'existence de sa perception présente, au profit de son faux souvenir.

Pour compléter l'étude de l'état mental de Louis, il est nécessaire d'examiner l'état général de sa mémoire. Nous savons qu'*elle est affaiblie*. L'amnésie porte principalement sur la période qui a suivi la fièvre paludéenne et sur les faits actuels. Les acquisitions nouvelles sont très difficiles et très instables. Le malade oublie au fur et à mesure les choses dont il est le témoin. Il a toujours fort mal apprécié la durée de son séjour à Vanves ; il lui est presque impossible de retenir les noms des personnes qu'il voit tous les jours, etc. Dans cette amnésie, il faut faire une part assez importante à *la distraction* qui résulte des préoccupations habituelles du malade. Toujours absorbé par la pensée de sa maladie, ne parlant guère d'autre chose, Louis est indifférent à tout ce qui se passe autour de lui. Mais si l'on réussit à attirer son attention, à l'intéresser, les souvenirs se fixent assez bien.

Après avoir exposé les faits, nous devons chercher à déterminer le mode de développement et les caractères de l'illusion chez notre malade.

Pour cela, nous pouvons recourir soit à son propre témoignage, soit au témoignage direct des faits. Or, ces deux témoignages ne concordent pas toujours. De plus, les affirmations du malade, à propos d'un fait donné, varient suivant le moment où on les recueille. En tant, d'une part, les circonstances de l'événement et les dires du malade à ce moment précis pour les comparer, d'autre part, aux appréciations qu'il en donnait quelques heures ou quelques jours après, j'ai acquis la certitude que le *témoignage ultérieur* du malade, en dépit de son absolue sincérité, ne mérite aucune confiance. Il faut

donc lui préférer, chaque fois qu'elle est possible, l'observation directe, seule valable et probante.

Ceci posé, nous allons chercher à résoudre les questions suivantes, dont la solution est indispensable à l'exacte appréciation du singulier état qui nous occupe.

1° Y a-t-il un intervalle appréciable entre la perception réelle et le souvenir illusoire? Cet intervalle, s'il existe, est-il petit ou grand, est-il fixe ou variable?

2° La réflexion rend-elle l'illusion plus claire et plus précise?

3° En quoi consiste exactement l'illusion, quels en sont les *caractères primitifs*?

4° L'illusion est-elle chez notre malade réellement continue?

I. — Nous savons déjà que le malade se plaignait de ne pas reconnaître assez vite les choses qu'il affirmait ensuite avoir déjà connues autrefois. D'après lui, la *reconnaissance* ne se produisait que le lendemain ou les jours suivants, ou même beaucoup plus tard. Voici, par exemple, ce qu'il pensait de son arrivée à Vanves, trois mois après : « Ce n'est que deux ou trois jours après mon arrivée ici que j'ai commencé à soupçonner mon séjour précédent; au bout d'une quinzaine, j'en avais la presque certitude; depuis ces derniers jours, la certitude est complète, absolue. » Or, si l'on se reporte à ce que j'ai dit de l'entrée du malade à Vanves, de sa promptitude à *reconnaitre* tout ce qu'il voyait pour la première fois, on se rendra compte de l'étendue de son erreur. Il attribuait une durée de plusieurs semaines à une gradation qui avait demandé tout au plus quelques minutes. — J'ai choisi cet exemple, parce qu'il est particulièrement caractéristique. Mais cette erreur d'appréciation se reproduit pour les faits de tous les jours. Et il n'est pas nécessaire d'attendre plusieurs semaines, pas même plusieurs jours, pour le voir se contredire. Quelques heures après une fausse reconnaissance, il ne manque jamais de dire que *tout à l'heure* il avait des doutes, mais que *maintenant* il est tout à fait sûr. Le lendemain, à propos du même fait, il dit que la veille, il avait seulement des présomptions, mais qu'aujourd'hui sa certitude est absolue. Et il est toujours fort surpris quand

on lui rappelle ses affirmations successives, toutes également énergiques.

En fait, la reconnaissance illusoire suit *de très près* la perception qui lui donne naissance. J'ai souvent essayé de mesurer l'intervalle qui les sépare ; je l'ai toujours trouvé *d'environ une minute*, avec de légères variations suivant l'importance du fait, suivant aussi le degré d'attention du malade. Quand on a soin d'éveiller et de fixer son attention, toujours très faible, la *reconnaissance* paraît, en général, plus rapide, mais l'intervalle reste bien apparent. Quand l'illusion se produit spontanément, l'intervalle semble parfois plus considérable. Mais ce n'est là qu'une apparence, et il ne faut pas confondre le moment où le sujet avoue son illusion avec le moment où elle se produit. — On peut dire, en résumé, que la *reconnaissance* ne se produit pas à la façon d'un instantané photographique, son élaboration exige un certain temps de pose.

II. — Sur un second point, qui n'est qu'une conséquence de celui que nous venons d'examiner, le malade se trompait encore. Il prétendait que ses souvenirs illusoires devenaient d'autant plus clairs, d'autant plus précis, qu'il y réfléchissait davantage : « Je retrouve alors, disait-il, jusqu'aux moindres détails. » On a pu voir, par les faits déjà rapportés, *qu'avant toute réflexion* l'affirmation de reconnaissance était aussi catégorique, aussi absolue que les jours suivants. Voici maintenant la preuve que, malgré la réflexion, l'illusion perdait rapidement toute netteté.

En décembre 1894, je présente à Louis une même personne deux fois, à dix jours d'intervalle et *dans des circonstances différentes*. Comme d'ordinaire, *il reconnaît* chaque fois la personne pour l'avoir vue, l'an dernier, *dans des circonstances identiques*. Mais, la seconde fois, malgré tout ce que nous pouvons lui dire, *il refuse absolument d'admettre qu'il l'ait vue il y a quelques jours seulement*.

Un deuxième fait est encore plus démonstratif. Au commencement d'octobre 1895, nous conduisons le malade voir l'enterrement de Pasteur. Il était à un balcon, en compagnie de deux inconnus, un homme et une femme, qu'il a d'ailleurs *très vite reconnus*, comme il a

reconnu la maison, la rue, la foule et le cortège dans tous ses détails. Le lendemain, nous reparlons plusieurs fois de cet enterrement, et, suivant son habitude, Louis affirme que, *plus il y pense*, plus clairement il revoit tout cela ; il a particulièrement gardé le souvenir très précis des deux personnes qui étaient auprès de lui. « Je les vois aussi nettement que hier. » On lui demande alors de rappeler leurs physionomies, la couleur et la forme de leurs vêtements. *La description qu'il en fait est aussi éloignée que possible de la vérité* ; il prête au Monsieur un chapeau haute forme gris, alors qu'il portait une casquette anglaise, — une redingote noire au lieu d'un veston gris. Il coiffe la dame d'un chapeau rouge, tandis qu'elle avait un chapeau noir, etc.

Il me serait facile de multiplier les faits de ce genre ; ceux-ci me semblent suffire. Il s'ensuit jusqu'à l'évidence que, en dépit de la conviction du malade, la réflexion n'éclaircit ni l'illusion, ni le souvenir réel qui s'y rattache. Nous aurions pu le supposer *à priori*, connaissant la faiblesse de la mémoire et de l'attention chez Louis. Il n'en fallait pas moins donner la preuve directe de son erreur. Mais, cependant, comment expliquer une conviction si sincère et, en même temps, si contraire à la réalité ? Je crois que l'accumulation des fausses reconnaissances renforce l'impression déjà acquise antérieurement. Chaque nouvelle reconnaissance est pour le malade une preuve de la vérité des précédentes, qu'il affirme dès lors avec une conviction d'autant plus profonde. Ici, nous arrivons à notre troisième question, celle des vrais caractères de l'illusion.

III. — C'est la question la plus importante, celle qui commande l'interprétation du phénomène. Il est caractérisé, à mon avis, par une très forte impression de souvenir, qui s'impose comme telle au malade ; mais il n'y a pas souvenir complet, véritable.

En effet, des trois éléments qui constituent le souvenir complet : *conservation, reproduction, localisation dans le passé ou reconnaissance*, les deux premiers, nous venons de le montrer, sont très instables, très imparfaits et le troisième est toujours insuffisant. Le fait est bien reporté *dans le passé*, mais il est fort mal situé dans le temps comme dans l'espace, il n'a pas sa place

individuelle entre un antécédent et un conséquent. Il est conçu comme déjà éprouvé dans des conditions identiques aux conditions actuelles, et si, comme nous l'avons fait, l'on modifie ces conditions, l'impression de *déjà connu* s'adapte immédiatement aux conditions nouvelles, sans rien perdre de sa vivacité. La localisation *dans l'espace* est donc toujours celle *de la perception présente*. Pour la localisation *dans le temps*, ce n'est qu'à la faveur d'un raisonnement que le malade arrive à une certaine précision. Louis localise ses prétendus souvenirs à une année en arrière au moyen des journaux. Un malade de Forel est persuadé qu'il a déjà vu le lac de Zurich entièrement gelé, et il en conclut qu'il l'a vu l'hiver précédent, etc. Le seul élément *primitivement fixe et énergique* dans l'illusion qui nous occupe est donc *la reconnaissance* sans localisation réelle. Or, la reconnaissance est l'élément *subjectif* par excellence, celui qui d'après l'expression de M. Ribot « représente l'apport de la conscience dans le fait de la mémoire ».

La comparaison des souvenirs illusoires avec les vrais souvenirs du malade va nous montrer encore des différences profondes. Nous savons que les souvenirs antérieurs à la maladie sont bien conservés. Quand un de ces souvenirs reparaît dans la conscience, il s'accompagne immédiatement, comme à l'état normal, des souvenirs accessoires qui s'y rattachent. Si Louis rencontre des personnes de sa connaissance, il les reconnaît tout de suite, dès qu'il les aperçoit, et il se rappelle aussitôt leur nom, leur profession, les circonstances dans lesquelles il les a connues, l'impression qu'il en avait éprouvée, etc. En un mot, quand il s'agit d'un *vrai souvenir*, la perception actuelle évoque tout un ensemble de souvenirs partiels en rapport avec elle, mais qui la dépassent et la complètent. Au contraire, le souvenir illusoire ne diffère en rien de la perception actuelle, il ne contient rien de plus, ni rien de moins, il lui est rigoureusement superposable, il en est la reproduction photographique de grandeur naturelle. Si Louis voit une personne de dos, il la *reconnait* parfaitement, mais seulement de dos, et il ne peut rien dire de son visage, etc. L'illusion de *déjà vu* n'est donc rien autre chose que la perception elle-même rejetée dans le passé, antériorisée. On pourrait

l'appeler une *perception rétroactive* ou *rétrospective*.

IV.— Un dernier point à examiner est la question de savoir si l'illusion est *réellement continue*, si la *reconnaissance* s'étend à tous les faits, comme l'affirme Louis quand il dit : « Je vis deux années parallèles, dans mes deux séjours ici, il n'y a pas deux minutes qui diffèrent, etc. » Je n'hésite pas, en m'appuyant sur l'observation des faits, à répondre par la négative. Nous avons eu souvent de longues conversations avec le malade sans le voir manifester d'aucune manière une fausse *reconnaissance*. Mais il suffisait de lui demander à un moment quelconque, s'il reconnaissait la conversation, pour obtenir aussitôt une réponse affirmative. Assez souvent, et ce sont là les cas particulièrement instructifs, l'impression de *déjà vu* se produisait après une période normale, et, à partir de ce moment, tout était *reconnu*, non seulement ce qui suivait l'impression, mais aussi ce qui l'avait précédée. Enfin, il est avéré qu'au début l'illusion était *intermittente* et qu'à la longue seulement elle a paru devenir continue.

Il me paraît légitime de conclure que *la continuité de l'illusion n'est qu'apparente*, qu'elle est le résultat d'une sorte d'entraînement, d'une habitude ayant déterminé *un faux pli* de l'esprit et un véritable délire.

Par quel mécanisme psychologique peut-on maintenant expliquer l'illusion de *déjà vu*?

Chaque auteur propose sa théorie et la question ne s'en trouve ni éclaircie, ni simplifiée. On a invoqué la dualité fonctionnelle du cerveau, la télépathie et même la métapsychose! Parmi les théories plus accessibles nous citerons celle d'Anjel (de Gräfenberg) qui explique l'illusion par un *retard de la perception*, analogue au *retard de la sensation* observé dans le tabes ; — celle de M. Ribot, qui suppose une hallucination très vive, effaçant en quelque sorte la perception et la refoulant dans le passé ; — enfin, la théorie indiquée, puis rejetée par MM. Lalande et Dugas, et d'après laquelle l'illusion résulterait d'une courte distraction survenant entre deux perceptions du même objet ou du même fait.

La discussion de ces diverses théories nous entraînerait trop loin, je la réserve pour un travail plus complet. L'explication qui me semble plausible, analogue à

celles d'Anjel et de MM. Lalande et Dugas, repose sur l'existence, incontestable chez notre malade, de l'*amnésie* et de la *distraction habituelle*.

L'analyse attentive du phénomène montre qu'il consiste essentiellement en ceci : à un événement *unique et actuel* correspondent *deux* images ou représentations mentales, dont l'une conserve les caractères de l'actualité, tandis que l'autre prend l'apparence d'un souvenir. Ces deux représentations sont liées à *des états de conscience absolument identiques* ; cela suppose qu'elles se sont formées à *peu près simultanément*, sans quoi elles seraient rapportées à des états de conscience plus ou moins analogues mais distincts, il y aurait *illusion de ressemblance* ou d'*analogie* et non point *illusion d'identité*. L'analyse psychologique, remarquons-le, concorde ici pleinement avec l'observation qui nous a montré le faux souvenir suivant toujours de très près la perception. L'*illusion* consiste donc à croire que deux représentations mentales sont séparées par un laps de temps considérable, alors qu'en réalité elles sont contemporaines. Et ce qu'il faut expliquer, c'est comment une perception actuelle peut donner lieu à *la fois* à sa représentation normale et à une autre représentation qui a l'apparence d'un souvenir.

Il me semble que la distraction profonde, chez un sujet atteint d'amnésie continue, peut aboutir à ce résultat. En effet, dans l'état de distraction, les perceptions se produisent passivement, elles restent en dehors de la personnalité du sujet, jusqu'à ce que, par leur durée même ou par leur intensité, elles finissent par s'imposer à la conscience. Alors, la distraction cesse. Si le sujet est normal, il se rend parfaitement compte de ce qui vient de se passer ; par exemple, voyant tel ou tel objet, il se souvient que ce même objet était tout à l'heure devant ses yeux et qu'il ne le voyait pas. La perception devenue consciente réveille sa première phase inconsciente, la mémoire les fusionne et rétablit la continuité de la vie psychologique. Mais si la mémoire est à peu près incapable, comme chez Louis, d'acquérir de nouveaux souvenirs, il y aura discontinuité psychologique ; les deux phases de la perception resteront séparées par une sorte d'*hiatus*, et la première, de beaucoup la plus

faible, sera tout naturellement reportée dans un passé plus ou moins lointain.

J'avoue que cet essai d'explication ne me satisfait pas complètement. On peut lui opposer plusieurs objections. D'une manière générale, on peut dire que le domaine de la distraction est infiniment plus étendu que celui du *déjà vu*. Cette objection perdrat une partie de sa valeur s'il était vrai que l'illusion fût aussi fréquente que le soutiennent certains auteurs. Mais, surtout, je réponds que la distraction n'est que l'occasion, une forme particulière d'amnésie devant intervenir pour donner la raison du phénomène.

On peut objecter encore que cette explication n'est plus admissible dans les cas où l'illusion se prolonge, quand le malade dit *reconnaître toutes les phases, tous les mots* d'une conversation.

Ici, je répéterai qu'à mon avis l'illusion de *déjà vu* n'est ni continue, ni réellement prolongée à tous les détails d'un ensemble, à toutes les parties d'un tout. Elle apparaît à propos de tel ou tel fait limité, de tel ou tel détail, et le sujet étend ensuite à l'ensemble l'impression produite par cette illusion limitée. Cette interprétation s'impose dans les cas cités plus haut où l'on assiste au *développement récurrent* de l'illusion, où on la voit s'étendre à ce qui l'a précédée comme à ce qui la suit.

Il est évidemment difficile de donner une explication satisfaisante de phénomènes aussi délicats et aussi complexes. Celle que je hasarde peut rendre compte, dans une certaine mesure, de ce qu'il y a d'essentiel dans l'illusion de *déjà vu*. Elle a au moins le mérite de ne pas sortir des données de l'observation, de ne pas exiger d'extraordinaires hypothèses. Il est possible, d'ailleurs, que tous les cas ne relèvent pas d'une explication unique. Cependant, les diverses observations que j'ai retrouvées sont étrangement semblables, et j'ai la conviction que la théorie de ce curieux état doit être cherchée dans les modifications apportées par l'état de la mémoire et de l'attention au mécanisme de la perception.

Je ferai remarquer, en terminant, l'intérêt que présente notre observation au point de vue étiologique ; le

rapport de cause à effet entre le paludisme et les troubles de la mémoire y est évident. Ces faits ne paraissent pas fréquents, puisque l'infection paludéenne n'est pas signalée par les auteurs parmi les causes de l'amnésie ou des autres troubles de la mémoire. M. le professeur Raymond insistait récemment (janvier 1896) sur la rareté de ces cas, en présentant un malade atteint de névrite périphérique liée au paludisme et compliquée d'*amnésie des souvenirs anciens*. Par ce côté encore, notre observation méritait d'être rapportée.

M. PIERRE JANET. — Je pense que l'état désigné sous le nom de fausse mémoire est plutôt un fait de perception que de mémoire ; les objets ne se présentent pas avec leurs caractères habituels. J'ai observé chez certains sujets, principalement des neurasthéniques ou des hystériques, l'illusion de *jamais vu*. Chez d'autres la perception paraît être un souvenir ; c'est l'illusion de *l'anciennement vu*.

M. PAUL GARNIER. — L'expression fausse mémoire peut paraître erronée ; pourtant je suis d'avis de conserver le mot. En réalité, ces faits ne se produisent guère que chez les invalides de la mémoire. Il y a amnésie relative à la notion du temps.

M. PIERRE JANET. — M. Mayers a publié un article sur ce sujet ; il se sert du mot promnésie.

Les amnésies localisées dues à une lésion cérébrale, ne coexistent pas avec ces phénomènes.

M. PAUL GARNIER. — Le malade est-il quelquefois allé au-devant d'une personne inconnue, spontanément et croyant la connaître ?

M. ARNAUD. — Jamais.

M. CHARPENTIER. — Le malade de M. Arnaud, prétend que toutes les impressions ont été déjà éprouvées par lui. On pourrait tâcher de contrôler son dire, à l'aide de points de repère vérifiables.

Je me rappelle un persécuté qui avait donné un coup de couteau à sa femme ; il soutenait que c'était lui qui avait reçu la blessure et montrait une cicatrice.

M. BRIAND. — Dans le cas d'un événement anormal, on pourrait demander au malade quel a été le dénouement.

M. ARNAUD. — J'ai essayé. Il s'en tire en répondant :
je ne me souviens pas ; ma mémoire est mauvaise.
La séance est levée à six heures moins le quart.

RENÉ SEMELAIGNE.

SÉANCE DU 30 MARS 1896

Présidence de M. CHARPENTIER.

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

M. LE PRÉSIDENT annonce à la Société que M. Bechholm, médecin-adjoint de l'asile de Bergen (Norvège), assiste à la séance.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1^o Une lettre de M. Sollier s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;

2^o Une lettre de M. Régis, remerciant la Société des 300 francs alloués au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de Bordeaux ;

3^o Des lettres de remerciements de MM. Taguet et Toulouse, nommés membres titulaires, et de M. Godfernaux, nommé membre correspondant à la dernière séance.

La correspondance imprimée comprend :

1^o *Gazetta del manicomio di Macerata*, 1896, n° 1 ;

2^o *Medical Bulletin*, 1896, n° 3.

Mort de M. Constans.

M. LE PRÉSIDENT, fait part de la mort regrettée de M. Constans, inspecteur général honoraire des établissements d'aliénés, membre honoraire et ancien président de la Société médico-psychologique, décédé le 26 février dernier, à Saint-Vrain (Seine-et-Oise), dans sa quatre-vingt-cinquième année.

La séance est suspendue en signe de deuil et reprise dix minutes après.

Rapport de candidature.

M. MOREAU (de Tours). — Messieurs, vous avez chargé une Commission composée de MM. Febvré, Chaslin et Moreau (de Tours), de vous présenter un rapport sur les titres du Dr Francesco Cascella, qui sollicite de vos suffrages le titre de membre associé étranger. Le Dr F. Cascella est médecin du Manicome d'Aversa. Versé dans la pratique des maladies mentales, notre distingué confrère a eu, à plusieurs reprises, l'occasion d'être appelé à rédiger des rapports médico-légaux, qui, tous, font preuve d'une connaissance profonde et d'une observation méticuleuse, et dont j'ai eu l'occasion de rendre compte dans les *Annales médico-psychologiques*. Le Dr Cascella s'est également occupé d'anthropologie, et dans un mémoire des plus intéressants a étudié les crânes des criminels qui existent dans le cabinet du Manicôme d'Aversa. Ce travail est divisé en deux parties. Dans la première, il fait connaître les variétés rencontrées, les décrit brièvement et accompagne chacune d'elles de figures qui mettent en relief les divers caractères constituant les types ; dans la seconde, il décrit plus complètement chaque crâne, s'appesantissant principalement sur ceux qui présentent des anomalies multiples. Dans une autre brochure, l'auteur étudie le chloralose chez les aliénés et conclut que ce produit peut être utilement employé comme calmant dans les états hallucinatoires et, en général, dans tous les cas d'excitations qui accompagnent les diverses formes de phrénopathies. En s'adjointant le Dr Cascella, votre Société, messieurs, rendra hommage à un aliéniste distingué et votre commission vous propose d'accorder à notre distingué confrère le titre qu'il sollicite de vos suffrages.

A l'unanimité des membres présents, M. Francesco Cascella est nommé membre associé étranger.

Un cas de psychose post-influenzique.

M. RITTI donne lecture du travail suivant qui a pour auteur M. LARROUSSINIE, médecin de la maison de santé de Castel d'Andorte, près Bordeaux, et membre correspondant de la Société médico-psychologique.

Avant l'apparition des épidémies qui, depuis l'hiver 1889-90, ont frappé l'Europe entière, on n'avait pas étudié les rapports de la folie avec l'influenza.

Rush (1), Pétrequin (2), Bonnet (3), avaient bien publié quelques observations ; de même, Crichton-Browne (4) avait rapporté, en 1874, un cas de démence consécutive à la grippe. Mais il faut arriver en 1890 pour voir l'attention des médecins se fixer sur ce point de la psychiatrie. Becker (5), Krauss (6), publient quelques faits. M. Joffroy (7) rapporte à la Société médicale des hôpitaux de Paris, un cas de délire avec agitation maniaque dans l'influenza. Dans la même année, Révillod (8) et Ewald (9) étudient les psychoses fébriles ou de la période d'état de l'influenza. Enfin, Kræpelin (10) et Ladame (11) font d'importants travaux sur les psychoses des maladies infectieuses. Ces deux auteurs distinguent, dans ces délires, les délires de la période d'état, et ceux de la convalescence comprenant les délires d'inanition pouvant arriver au délire du collapsus (Weber) (12), et les délires asthéniques (Kraepelin). Pour

(1) Rush. *Inquires and observation Philadelphie 1805. On account of the influenza as it appeared in Philadelphia 1789-1790-1791.*

(2) Pétrequin. *Recherches pour servir à l'histoire générale de la grippe de 1837 en France et en Italie (Gaz. méd. de Paris, 1837, n° 51).*

(3) Bonnet. *Journal de médecine de Bordeaux, 1837. T. V, p. 175.*

(4) Crichton-Browne. *Acute Dementia (West-Riding lunatic asylum medical reports, 1874).*

(5) Becker. *Affection mentale à la suite de l'influenza (Neurol. Centralblatt., 1890).*

(6) Krauss. *Deux cas de folie consécutive à l'influenza (Neurol. Centralblatt., 1890).*

(7) Joffroy. *Délire avec agitation maniaque (Soc. méd. hôpit. Paris, 28 mars 1890).*

(8) Révillod. *Des formes nerveuses de la grippe (Revue médicale de la Suisse romande, 10 mars 1890).*

(9) Ewald. *Deutsche med. Wochenschrift, 23 janvier 1890.*

(10) Kraepelin. *Psychoses après l'influenza (Deutsche med. Wochenschrift, mars 1890).*

(11) Ladame. *Des psychoses après l'influenza (Ann. méd.-psychol., 1890).*

(12) Weber. *On delirium of acute insanity during the decline of the acute diseases (Med. chirurg. transactions. London, 1865).*

ces derniers, Ladame croit que « dans un certain nombre de cas, leur pathogénie doit être recherchée dans l'intoxication cérébrale par les produits microbiens ». Il s'occupe surtout, dans son travail, des « psychoses qui se déclarent après l'influenza, pendant la convalescence, alors que la fièvre est tombée ». Il les divise en trois groupes principaux : 1^o mélancolie et hypocondrie ; 2^o psychoses asthéniques ; 3^o autres formes mentales. Nous signalerons aussi les observations de Pick, de Bartels, de Becker (1), et celles de Œhrens (2) et de Weynerawski (3).

En 1891, M. Leledy fait, dans sa thèse, l'exposition des travaux parus (4) ; à la même époque, est soutenue, en Allemagne, la thèse du Dr Mucha sur les psychoses après l'influenza (5). Signalons aussi les observations de Munter (6). En 1892, M. G. H. Savage, en Angleterre (7), M. Raphaël Canger, en Italie (8), s'occupent aussi du délire grippal. MM. Pierret et Paret publient une observation très intéressante (9) ; Krypiakiewitz fait connaître un cas de paralysie générale ayant éclaté après une attaque d'influenza (10). Dans le courant de l'année suivante, J. Althaus faisait un travail sur les psychoses post-influenziennes (11).

(1) Becker. *Neurologisches Centralblatt*, 1890.

(2) Œhrens. *Beiträge zur Casuistik von Psychosen nach Influenza (Dissert. inaug. de Greifswald, 1890)*.

(3) Weynerawski. Même titre. (*Thèse de Greifswald, 1890.*)

(4) Leledy. Contribution à l'épidémie de grippe et de son influence sur les maladies mentales (*Th.*, Paris 1891).

(5) Mucha. Ueber Psychosen nach Influenza (*Dissert inaug. de Göttinge, 1891*).

(6) Munter. (*Alleg. Zeitch. f. Psych.* Bd 47, Heft 1.)

(7) G. H. Savage. (*The Journal of mental science*, juillet 1892).

(8) Raphaël Canger, médecin en chef de l'asile Victor-Emmanuel II. Du délire grippal. *Nocera Inf.* 1892.

(9) Pierret et Paret. Mélancolie avec stupeur à la suite d'influenza ; hypothermie ; autopsie ; méningo-encéphalite infectieuse (*Lyon médical*, 9 oct. 1892).

(10) Krypiakiewitz. Über Psychosen nach Influenza nebst Bemerkungen über einen Fall von Paralysis progressiva (*Jahrbücher für Psychiatrie*, 1892, X. 1).

(11) J. Althaus. On Psychose after influenza (*The journal of mental science*. April 1893).

A Edimbourg, Elkins signalait l'influenza comme cause de cas de folie observés par lui (1). M. Toulouse publiait son étude sur les psychoses post-influenziennes (2). Au Congrès de médecine mentale, tenu à La Rochelle du 1^{er} au 6 août 1893, MM. Régis et Chevalier-Lavaure résumaient, dans leur remarquable rapport, les connaissances acquises (3). Enfin, M. Pailhas, d'Albi, faisait paraître dans le numéro de novembre-décembre des *Annales médico-psychologiques* une intéressante observation (4).

En 1894, paraissent les travaux de Ganger (5), de Mehrer (6), de Stephens (7), et, en 1895, ceux de Potassov (8) et de Putmain (9).

L'observation que nous avons l'honneur de soumettre à la Société médico-psychologique concerne un homme de trente ans, qui, avant de présenter des symptômes cérébraux, fut atteint d'influenza. Toute une semaine, il fut retenu à la chambre par « un très violent rhume de poitrine, raconte sa famille, suivi d'un rhume de cerveau tel qu'il disait n'avoir jamais eu le pareil ». Il existait de la fièvre. Durant quinze jours au moins, le malade a été en proie à un froid si intense que rien ne pouvait le réchauffer. Pendant la nuit, cependant, il avait de très fortes transpirations. Il se plaignait de douleurs dans le dos, au côté droit, à la tête, il éprouvait une sensation de froid ; accidents gastro-intestinaux.

(1) Elkins. Influenza comme cause de folie. Rapp. des hôp. d'Edimbourg, 1893.

(2) Toulouse. Psychose post-influenzienne et post-fébrile. La Confusion mentale (*Gaz. des Hôp.*, 30 mai 1893).

(3) Régis et Chevalier-Lavaure. Des intoxications dans les maladies mentales.

(4) Pailhas. Obsessions survenues au cours d'une attaque d'influenza.

(5) Ganger. Influenza e disturbi neuro-psichi; studio-clinico (*Manicomio moderno*, X, 12, 1894).

(6) Mehrer. Influenza cerebralis (*Wiener med. Voch.* 94, X, liv. 65-67).

(7) Stephens. Hypocondriasis asra sequelæ of influenza (*Lancet*, n° 737, 1894).

(8) Potassov. Les troubles psychiques après l'influenza, en russe (*Médic. obozr.*, n° 24, 695).

(9) Putmain. Relation of infections processus to the nervous system pathology and etiology (*Amer jour. of med. sc.*, 1895, n. S, cix, p. 254, 77).

Le malade est un homme intelligent, ancien élève de l'Ecole centrale, ingénieur. Dans ses antécédents héréditaires, on ne trouve qu'une tante « originale », dit la famille.

M. Z... a toujours eu des idées religieuses exagérées. Non seulement, il était très pratiquant, mais encore il avait des scrupules poussés au point qu'il ne cessait d'examiner si sa conduite ne présentait rien de contraire aux commandements de Dieu et à ceux de l'Eglise.

Avant son mariage, qui datait de six mois quand il tomba malade, il n'avait jamais eu de rapports sexuels. Quand il se sentait de l'excitation génésique, il se jetait à genoux et priait Dieu de lui enlever ce qu'il appelait « ses mauvaises pensées ». Quelques jours après son mariage, il manifesta l'intention de ne plus partager chaque soir le lit de sa femme. Son devoir était accompli, disait-il, et il était plus convenable que chacun des deux époux eût une chambre séparée. Cette idée ne laissa pas que d'étonner beaucoup la belle-mère de M. Z..., laquelle, quoique très religieuse, se montrait fort étonnée et presque irritée de cette séparation charnelle si hâtive. Elle pria son gendre de continuer à accomplir l'acte conjugal.

Ces quelques détails prouvent évidemment que le terrain était tout préparé, chez le sujet, pour l'invasion d'une psychose, et surtout d'une psychose à forme mystique.

M. Z..., avant de tomber malade, avait été très préoccupé de la responsabilité qui pesait sur lui, parce qu'il remplaçait pour la première fois, à la tête d'une grande industrie, son père absent. La santé de sa femme lui avait donné de vives inquiétudes ; quelques préoccupations secondaires s'étaient ajoutées aux précédentes.

Il était en pleine convalescence de son influenza, quand, un soir, il se sent très fatigué et se met au lit. On remarque qu'il se déshabille très lentement, qu'il jette ça et là ses vêtements. Il se plaint de ne pas pouvoir rassembler ses idées, disant : « C'est une excitation nerveuse, une anémie cérébrale, mais je ne suis pas fou, ne m'envoyez pas dans une maison de santé. On va m'interdire. Les journaux parleront de moi, etc... » Toute la nuit, le malade est couvert de sueurs, il est en proie à un tremblement généralisé. Phobies.

On fait prévenir son père, auquel il raconte qu'il a été hypnotisé par un juif, dont il cite le nom. Cela avait lieu un jour et demi après l'apparition des premiers accidents cérébraux. Dans l'après-midi du même jour, sur le conseil de son médecin, M. Z... se lève, s'occupe un peu dans la maison. Le soir, il dîne en famille. Une purgation avait été ordonnée.

Mais les accidents reparaissent dès le lendemain. Le malade se remet au lit ; il se montre très anxieux : « Seigneur, s'écrie-

t-il, donnez-moi la force de supporter cette épreuve ! » Il attribue ses souffrances à une culpabilité imaginaire, il s'offre à Dieu comme victime.

Trois jours se passent avec des alternatives de calme et d'anxiété. M. Z... voit, une nuit, des hommes pénétrer dans sa chambre, puis il se calme et se rend très bien compte qu'il a été victime d'une hallucination. Une autre fois, pris de frayeur, il se rejette en arrière dès que quelqu'un s'approche de lui; il se rend un certain compte de son état, et dit à sa femme : « Mais dites-moi donc ce qui se passe! Je sens que dans les moments de grande surexcitation que j'ai, je dois faire et dire des choses dont je ne me rends pas bien compte. »

Enfin, la situation s'aggravant, le malade est placé dans un établissement spécial.

Là, on constate qu'il est en proie à une anxiété des plus vives. Il paraît avoir des hallucinations terrifiantes de la vue, il est très effrayé, considère avec terreur toute personne qui se présente à lui. Il répète sans cesse les mêmes termes. Aussitôt après, le délire prend nettement une forme mystique; M. Z... prononce un mot quelconque, et aussitôt il croit avoir blasphémé; il se lamente, s'imagine être possédé, s'accuse d'avoir offensé Dieu, etc... Les hallucinations de la vue persistent, toujours terrifiantes. Le malade ne dit pas ce qu'il voit. Il refuse de se nourrir pendant une journée, puis ensuite ne mange que fort peu.

Quatre jours après, le malade devient calme, ne manifeste aucun délire. Il comprend, dit-il, qu'il a été très souffrant. Cela se passait le 1^{er} novembre 1893. Jusqu'au 4 novembre, M. Z... est dans un état relativement satisfaisant.

Le 6 novembre, le malade paraît un peu inquiet; dans la nuit du 6 au 7, il a quelques hallucinations; insomnie, tristesse. Le 12, il présente des idées de culpabilité, il déclare qu'il a offensé Dieu, etc... Après une atténuation qui dure quelques jours, les idées délirantes reparaissent, le malade est inquiet, sombre. Le 17 novembre, il émet des idées de culpabilité ; il a des hallucinations de l'ouïe (bruits confus qui lui paraissent être dus à des voix) et de la vue ; il semble ressentir une grande frayeur, mais ne dit pas ce qu'il voit. Puis, deux jours se passent dans un état relativement satisfaisant, et l'insomnie reparaît le 20 accompagnée d'hallucinations, hallucinations qui se présentent aussi pendant la journée. Il s'imagine qu'on le regarde avec méfiance.

M. Z..., souffrant de constipation avec embarras gastrique, une purgation est ordonnée à la date du 22. Dès l'entrée du malade, on avait constaté l'existence de la constipation et de douleurs intermittentes se localisant de préférence à la région

du côlon transverse, ainsi que de troubles dyspeptiques. Le 23, le malade est calme, l'amélioration qui s'est produite persiste jusqu'à la date du 29 novembre, date à laquelle M. Z... est de nouveau troublé, inquiet, halluciné. Il se plaint du ventre et de l'estomac. Le 2 décembre, après une selle abondante, l'amélioration réapparaît et dure jusqu'au 9 ; le 11 surtout, le malade est très troublé. On constate les symptômes d'un embarras gastrique. Nouveau purgatif; nouvelle période d'amélioration qui se prolonge longtemps, à peine troublée par quelques hallucinations.

Dans le courant du mois de janvier 1894, l'état de M. Z... devient satisfaisant. Mais, à la date du 31, reviennent de nouveaux accidents gastro-intestinaux, et le délire réapparaît; puis tout rentre dans l'ordre. En février, hallucinations de l'ouïe et de la vue; le malade voit des démons; un jour, il s'imagine qu'une cloche « passe dans l'air » (18 février); un autre jour, nous le trouvons arrêté devant un arbuste, en proie à une vive émotion : « Je viens, dit-il, d'être témoin d'un phénomène de génération spontanée » : en nous parlant ainsi, il regarde fixement un bourgeon (21 février); apparition des mêmes troubles du côté de l'appareil digestif. Nouvelle amélioration à dater du 23. Amélioration qui permet au malade de faire quelques promenades.

Le 9 mars, nous constatons que M. Z... est très énervé, il se plaint d'avoir mal dormi. Il souffre de l'estomac; la langue est sale. M. Z... a des nausées, il se plaint d'être constipé. Les hallucinations deviennent plus vives le 10 ; M. Z... nous dit que « le magnétisme et l'électricité répandus dans la nature ont une influence sur lui ». Il ne doit plus coucher dans son lit, « qui est condamné » ; il se montre violent à l'égard de son domestique. Nous faisons prendre un purgatif, et les accidents se dissipent encore le 15 mars.

Enfin, au début du mois d'avril, sous l'influence des mêmes causes (embarras gastro-intestinal), M. Z... présente encore des troubles psychiques. Il voit, dit-il, un homme dans un nuage. Il refuse de se nourrir, parce que Satan lui a défendu de manger. Il est anxieux, parle à peine (ses voix lui défendent de parler). Le 7 avril, il est dans un état d'anxiété extrême, il se roule sur son lit, demande grâce à Dieu pour les fautes qu'il a commises, il a des hallucinations terrifiantes. Enfin, sous l'influence d'une médication et d'un régime appropriés à l'état de l'appareil digestif, la situation devient meilleure le 10 avril, et, au bout de trois semaines, M. Z... part en voyage avec sa famille.

Il a continué à se soumettre, chez lui, aux précautions hygiéniques qui lui avaient été indiquées afin d'éviter les troubles

digestifs. Il n'a repris ses occupations que longtemps après sa guérison.

Nous avons eu des nouvelles de M. Z.... dont l'état mental et l'état psychique se maintiennent satisfaisants.

Réflexions. — Le malade qui fait le sujet de notre observation est certainement un individu prédisposé aux affections mentales. La grippe n'est venue que provoquer un mal prêt à éclore sous une influence quelconque.

Ce n'est pas sur ce point, que nous voulons attirer l'attention. Tous les travaux publiés sur les psychoses dues à l'influenza ou à d'autres maladies infectieuses prouvent que ces psychoses n'éclatent que chez des sujets prédisposés.

Nous voulons insister sur la liaison intime, qui, chez notre malade, a existé entre les accidents qui ont frappé l'appareil digestif et les accidents cérébraux.

M. Z..., préoccupé de la responsabilité d'une grande industrie, a l'influenza. Cette maladie attaque, non seulement l'appareil respiratoire, mais encore et surtout l'estomac et l'intestin. Les digestions sont mauvaises ; il existe de la constipation. Enfin, des poussées aiguës du côté de l'appareil digestif reviennent de temps en temps, et c'est au moment où elles se montrent que les troubles mentaux acquièrent leur plus grande force.

Dès le début des accidents psychiques, M. Z.... présente des accidents du côté de l'appareil digestif. Le 20 novembre, après une certaine amélioration, les accidents reparaissent, et le malade a de l'embarras gastro-intestinal ; sous l'influence d'une médication appropriée, ces désordres somatiques cessent et les symptômes cérébraux s'atténuent pendant sept jours ; ils reparaissent, et cessent, après une selle abondante, le 2 décembre ; répit d'une durée de sept jours encore, puis, mêmes phénomènes physiques accompagnés des mêmes troubles psychiques ; disparition des troubles somatiques, et en même temps des troubles mentaux. Cette bonne situation dure presque un mois, puis les accidents (toujours les mêmes) se représentent, ils n'ont que peu de durée, et ne reviennent accompagnés d'embarras gastro-intestinal qu'après plus de quinze jours ; ils ne persistent

alors que peu de temps (six jours). Rien pendant quinze jours encore. Nouvelle crise, mêmes symptômes physiques et psychiques, du 1^{er} au 10 avril ; puis, guérison absolue de la psychose coïncidant avec celle des troubles de l'appareil digestif, guérison qui se maintient.

Il nous a semblé que l'influence de l'auto-intoxication était, dans le cas de M. Z..., aussi nette que possible. Chez ce malade, les accidents physiques et psychiques ont suivi une marche entièrement parallèle. Dès que les uns apparaissaient, les autres entraient en scène ; de même, ils disparaissaient ensemble.

L'observation que nous avons l'honneur de présenter à la Société médico-psychologique nous paraît, à ce point de vue, être digne d'intérêt et apporter à l'appui de la théorie du rôle joué par les auto-intoxications dans la production des psychoses une preuve nouvelle (1).

M. VALLON. — Les troubles mentaux et l'influenza se sont développés en même temps ; ce n'est qu'une coïncidence, et la maladie ne me semble pas mériter le nom de post-influenzique.

M. FALRET. — Il serait plus juste de lui donner pour titre : psychose liée à l'influenza.

M. CHRISTIAN. — Je suis tout à fait de l'avis de M. Vallon, le malade de M. Larroussinie était fou avant d'avoir l'influenza, et on pourrait tout au plus, admettre que l'influenza a aggravé les symptômes vésaniques. Quant à l'interprétation qu'on nous propose, de considérer cette maladie mentale comme due à une auto-intoxication, c'est une simple hypothèse, que je ne veux pas rejeter *à priori*, mais qui ne pourra être acceptée que le jour où on aura démontré l'existence et le mode d'action des poisons dont on invoque trop facilement l'influence.

La séance est levée à cinq heures.

RENÉ SEMELAIGNE.

(1) Nous adressons nos remerciements à M. G. Lalanne, docteur ès sciences, directeur de la Maison de santé de Castel-d'Andorre, qui, ayant vu le malade au début de sa maladie, a bien voulu nous communiquer les notes qu'il avait prises.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ITALIENS

Rivista di patologia nervosa e mentale.

ANNÉE 1896.

I. — *De la valeur respective de la partie chromatique et de la partie achromatique du cytoplasma des cellules nerveuses;* par le D^r E. Lugaro (n^o de janvier). — Quel rôle fonctionnel peut-on attribuer, dans le protoplasma du corps cellulaire, aux parties qui se colorent et à celles qui ne se colorent pas, par exemple avec la méthode de Nissl, à qui sont dus les progrès les plus considérables, accomplis durant ces dernières années, touchant la structure intime de la cellule nerveuse? La fixation avec l'alcool à 96 degrés et la coloration au bleu de méthylène des pièces anatomiques ont en partie renouvelé la conception anatomique des neurones. Dans cette note, Lugaro s'est proposé de produire, d'après ses observations personnelles, une série d'arguments tendant à faire admettre que la conduction de l'onde nerveuse a lieu dans la partie achromatique de la cellule, la partie chromatique occupant simplement les espaces laissés libres par les fibrilles nerveuses; bref, la partie achromatique serait constituée par la masse fibrillaire du neurone, la partie chromatique par la masse non fibrillaire. La coloration de Nissl donne pour ainsi dire une épreuve négative de la structure de la cellule nerveuse.

Suivant Nissl, aux différences de structure doivent correspondre des différences fonctionnelles, principe que Benda s'est naguère efforcé de ruiner, et qui ne nous paraît pas non plus très solide. Encore ce rôle physiologique ne semble-t-il certain à Nissl que pour les cellules du groupe des stylochromes (cellules dont la partie chromatique du protoplasma présente des stries parallèles au contour de la cellule ou à la surface du noyau, stries formées de séries de granulations colorées), catégorie de cellules représentée typiquement par les cellules des cornes antérieures de la moelle épinière, des noyaux moteurs

de l'axe cérébro-spinal et de la région motrice de l'écorce du cerveau. Dans les cellules nerveuses motrices des invertébrés, où tous les prolongements de la cellule émanent d'un tronc unique (*Stammfortsatz*), où le corps cellulaire est entièrement nu, il existe une disposition de la partie chromatique sous forme de *reticulum* parfaitement cohérent : ce qui s'explique par la distribution concentrique, autour du noyau, des faisceaux de fibrilles achromatiques, laissant entre eux des intervalles. Tel est l'aspect des cellules du cordon ventral des invertébrés. Or, dans les cellules des ganglions spinaux des vertébrés, qui sont également dénues de prolongements protoplasmiques, la disposition de la partie chromatique n'est pas aussi manifestement réticulée que celle des invertébrés ; cependant les granulations chromatiques sont disposées régulièrement, dans un ordre concentrique, et confluent entre elles ou s'agglomèrent d'une manière plus ou moins nette.

La substance chromatique est abondante dans le corps cellulaire, elle l'est moins dans les gros troncs protoplasmiques ou « cônes de bifurcation » (Nissl), elle l'est encore moins dans les prolongements protoplasmiques ou dendrites moins gros, elle manque absolument dans les fins dendrites et les prolongements nerveux. Dans les cellules nerveuses très petites, les prolongements protoplasmiques, très fins, quoique très développés et très ramifiés, manquent également de partie chromatique. Il en est ainsi pour les ramifications des cellules ganglionnaires de la rétine, à l'exception des troncs les plus gros de ces branches où l'on observe quelques éléments colorés. Au contraire, dans les cellules de grande dimension (cellules des cornes antérieures, cellules de Purkinje, etc.), l'origine des prolongements protoplasmiques ressemble à cet égard au corps cellulaire lui-même. Dans ces masses chromatiques, interfibrillaires, de la cellule nerveuse, Lugaro voit des substances nutritives et des produits de désassimilation : on comprendrait ainsi que ces masses, interposées entre les masses fibrillaires qu'elles isolent, se forment de plus grands amas dans les corps cellulaires de volume considérable et munis de puissants prolongements protoplasmiques que dans les cellules nerveuses plus minces et d'une grande étendue de surface relative, où la facilité des échanges ne rend pas nécessaires ces accumulations de matériaux. Les graines du cervelet, du bulbe olfactif, du lobe optique des poissons, les spongioblastes (cellules amacrines) de la rétine, présentent, pour ainsi dire, un corps cellulaire d'aspect

achromatique; ce n'est que dans les éléments plus gros que cette coloration augmente d'intensité : les cellules ganglionnaires de la rétine, celles de la fascia dentata, les petites cellules de la couche moléculaire de l'écorce cérébelleuse et de l'écorce cérébrale, celles de la substance gélantineuse de Rolando, sont toutes très pauvres d'éléments chromatiques, et d'autant plus qu'elles sont plus petites. Mais plus les cellules sont volumineuses, plus leur protoplasma abonde en granulations chromatiques : celles-ci sont donc les plus nombreuses dans les cellules des noyaux moteurs de l'axe cérébro-spinal, les cellules de Purkinje, les grandes pyramides de l'écorce cérébrale, les cellules des ganglions spinaux, celles du lobe électrique des torpilles, etc.

Dans les parties fibrillaires, achromatiques, de la cellule nerveuse, on note souvent une disposition vaguement fasciculée le long des prolongements protoplasmiques, réticulée dans le corps cellulaire. Pour expliquer la disposition de la partie chromatique, ou interfibrillaire de la cellule, Lugaro a admis, pour l'achromatique, une structure intime plus délicate, d'une apparence homogénéité. Que cette homogénéité ne soit qu'apparente, avec la coloration de Nissl, c'est ce qui est certain. Car, avec la fixation à l'acide osmique et la coloration à la fuchsine acide (Kupffer, Boveri), la structure fibrillaire du cylindre-axe est apparue dans toute sa délicatesse et on a pu suivre ses fibrilles constituantes, sur de longs trajets, sans divisions ni anastomoses (Retzius).

Mais ce sont surtout des arguments de nature physiologique qui forcent d'admettre l'existence, dans les parties en apparence homogènes de la cellule, d'une structure fibrillaire.

Chez nombre d'invertébrés, la majeure partie des cellules présente, on le sait, un corps tout nu d'où part un seul prolongement, lequel ne laisse pas d'émettre de nombreux rameaux latéraux qui s'entrelacent avec d'autres rameaux voisins et avec les terminaisons des fibres nerveuses afférentes : ces rameaux ont été considérés comme de vrais prolongements protoplasmiques issus du cylindre-axe par Retzius (*cylindrodendrites*) et par Lenhossek (*axodendrites*), comme des branches collatérales de prolongement nerveux par Waldeyer. Lugaro veut se borner à constater le fait que, quelle que soit leur nature, ces rameaux latéraux du prolongement cellulaire ne présentent, pas plus que le tronc principal, d'éléments chromatiques : ils sont d'un aspect entièrement homogène. Il en est ainsi du pro-

longement unique en T des cellules des ganglions spinaux. La partie périphérique de ce prolongement, identique à la partie centrale, a été considérée comme représentant un prolongement protoplasmique à conduction cellulipète ; or, avec la coloration de Nissl, la branche périphérique apparaît aussi homogène et achromatique que le prolongement nerveux central et le tronc commun qui naît, dans le corps cellulaire, d'un amas piriforme de substance achromatique d'une manière tout à fait analogue au prolongement nerveux des grandes cellules des cornes antérieures.

Dans les cellules des invertébrés, dont nous venons de parler, comme dans celles des ganglions spinaux des vertébrés, « le tronc commun doit contenir des parties distinctes à conduction inverse ». Ainsi, « l'unique solution est dans l'hypothèse d'une structure fibrillaire et d'une conductibilité isolée des différentes fibrilles des tractus en apparence homogènes, des prolongements protoplasmiques et nerveux, et en conséquence aussi des parties achromatiques du corps cellulaire. Cette hypothèse, ajoute Lugaro, nous permet de comprendre de quelle manière les différents ramuscules protoplasmiques peuvent posséder une certaine autonomie comme organes de conduction, et comment la cellule peut réagir de façon diverse en présence de stimuli de diverse provenance. » C'est là une théorie que Lugaro croit nécessaire, comme il l'a montré ailleurs, et dont nous avons rendu compte, pour l'explication du dynamisme psychique.

II. — *De la fine anatomie du pont de Varole chez l'homme* ; par le Dr Ercole Pusateri (n° de janvier). — Les résultats de cette étude, dont les recherches ont porté sur des fœtus humains de cinq à sept mois, des nouveau-nés et des enfants d'un à deux ans, et qui sont fort importants pour l'histologie du pont, du pédoncule moyen du cervelet et du faisceau interne du pied du pédoncule cérébral, doivent être lus dans le texte.

III. — *Recherches expérimentales relatives à l'influence du cerveau sur les échanges d'azote* ; par E. Belmondo, de Florence (n° de février). — Aucune loi physiologique n'a sans doute de plus solides assises dans l'observation et l'expérimentation que celle-ci : Les échanges chimiques de tous les tissus du corps, et par conséquent ceux de l'organisme entier, sont réglés chez les animaux supérieurs par le système nerveux central. Les échanges matériels sont donc une fonction nerveuse.

Voici les principaux faits qu'on peut rappeler à l'appui de ce principe :

1^o Toutes les excitations des organes des sens accélèrent les échanges organiques : chez les pigeons tenus à l'état de jeûne dans l'obscurité complète, la durée de la vie est plus longue, la perte journalière de poids et la consommation de glycogène sont moindres que chez les pigeons exposés à la *lumière* (Aducco). Mêmes effets chez les animaux en état d'hibernation, ce qui prouve que cette action est indépendante des mouvements (Fubini et Benedicenti). L'effet de la lumière se manifeste par une augmentation d'absorption d'oxygène et d'élimination d'acide carbonique. Une influence analogue est due aux *excitations cutanées* et à celles de l'organe de l'*ouïe* (Tarchanoff).

2^o Dans le *sommeil*, quelque interprétation qu'on en donne, l'activité des centres nerveux est notablement diminuée, les processus métaboliques des tissus sont ralentis et surtout dans le sommeil hivernal des animaux hibernants où les échanges respiratoires et l'oxydation des tissus descendent au minimum.

3^o L'absorption de *substances excitantes* des centres nerveux augmente la destruction des albuminoïdes des tissus (diminution du rapport de l'acide phosphorique à l'azote durant la période d'excitation, augmentation du taux relatif de l'acide phosphorique dans la période consécutive de dépression). De même pour les *substances narcotiques*.

4^o Chez les *animaux curarisés*, les échanges diminuent considérablement : dès que le système nerveux ne peut plus agir sur les muscles, les processus d'oxydation s'abaissent fortement (Pflüger).

5^o La *section des troncs nerveux* qui innervent les glandes et les muscles détermine la dégénérescence aiguë des organes, alors que cela n'arrive pas lorsqu'ils sont condamnés, même durant de longues périodes, au repos absolu. Le fait noté par Baldi, que les éléments épithéliaux d'un membre paralysé se renouvellent beaucoup plus lentement que ceux des parties normalement innervées, implique l'existence d'une *fonction trophique*, au sens large du mot, exercé d'une façon constante par les centres nerveux sur les tissus de l'organisme.

6^o On sait depuis longtemps qu'on peut produire une *glycosurie expérimentale* non seulement par la piqûre du plancher du quatrième ventricule (Cl. Bernard), mais par les lésions les plus variées du cervelet, de la moelle épinière, des nerfs périphériques, des ganglions du sympathique. Lustig a récemment découvert que l'extirpation du plexus cœliaque (chiens et lapins)

produit l'acétonurie, accompagnée parfois de glycosurie et d'autres troubles des échanges.

7° L'intégrité des centres nerveux est indispensable à l'oxydation des produits des échanges, afin qu'ils ne s'accumulent pas dans l'organisme : la *section de la moelle épinière* au niveau des dernières vertèbres cervicales et des premières dorsales détermine une augmentation de la quantité totale des hydrates de carbone (sucre, glycogène).

8° Dans la lésion ou l'irritation de certaines régions du cerveau, par exemple d'une partie du corps strié (Aronsohn et Sachs), une élévation fébrile de la température peut se produire avec augmentation d'absorption d'O et dégagement de CO₂, avec destruction plus rapide des albuminoïdes. Lorsque, au contraire, une partie du système nerveux est séparée du cerveau, le dégagement de CO₂ diminue beaucoup (Voit).

Bref, le système nerveux est le régulateur direct des combustions des tissus et de la température du corps.

En clinique, en dépit du petit nombre de faits bien observés résultant des échanges dans les maladies nerveuses et mentales, on peut déjà affirmer que, à tout processus morbide du cerveau ou du système nerveux correspond une altération plus ou moins grave des échanges matériels.

Le but de la présente étude a été d'étudier si les *hémisphères cérébraux*, pris dans leur ensemble, exercent, comme les autres parties du système nerveux, une influence sur la destruction des albuminoïdes de l'organisme et, par conséquent, sur les échanges azotés. L'auteur a recherché la quantité d'azote émise par les animaux normaux en la comparant avec celle dégagée par l'animal privé de ses hémisphères cérébraux. Des *Tables* fort bien faites montrent quelle a été la *diminution du poids* durant l'inanition et l'*élimination totale d'azote* chez les animaux normaux (pigeons) et chez ceux qui avaient subi l'ablation des hémisphères cérébraux : 1° chez les pigeons décérébrés, tenus à jeun, la diminution progressive du poids du corps a été *notablement moindre* que celle subie par les pigeons normaux placés dans les mêmes conditions ; 2° la quantité d'azote éliminée chaque jour par les pigeons décérébrés soumis au jeûne a été *beaucoup moins élevée* que celle éliminée par les pigeons sains. Ainsi, diminution de poids et élimination d'azote également abaissées chez les animaux décérébrés.

Ces deux résultats (voyez les chiffres et les graphiques) concordent assez pour mettre en lumière l'action considérable des

fonctions du cerveau sur les échanges généraux de l'organisme, que cette *influence trophique*, ou *régulatrice*, soit directe ou indirecte (par l'intermédiaire des centres sous-corticaux), du moins dans les jours qui suivent le traumatisme opératoire. Mais après soixante jours et plus, tous les phénomènes irritatifs ayant cessé depuis longtemps, l'échange azoté a bien été trouvé réduit au minimum. Ce phénomène ne peut être attribué à une diminution de l'activité musculaire chez les animaux décérébrés, parce que ces oiseaux s'agitent au moins autant que ceux qui n'ont pas subi la même opération, et qu'on croit aujourd'hui que le travail musculaire s'accomplit presque tout entier aux dépens des substances non azotées de l'organisme, spécialement du glycogène des muscles et du sucre de sang (Seegen), de sorte que, même pour un travail musculaire intense, il existe bien une plus grande absorption d'O et un plus grand dégagement de CO², mais point d'augmentation de l'échange d'azote.

On peut conclure de ces expériences que les hémisphères du cerveau, au moins chez les oiseaux, sont des régulateurs importants des échanges matériels et qu'ils stimulent la rénovation des tissus de l'organisme.

La diminution des échanges chez les animaux décérébrés dépendait-elle de l'abolition des *processus psychiques*, du fait que le *travail mental* n'avait plus lieu?

Il convient d'être très réservé dans la réponse qu'on pourrait être tenté de faire à cette question. Car il n'existe jusqu'ici aucune preuve que les phénomènes psychiques soient accompagnés d'une augmentation ou « d'une modification quelconque appréciable des processus métaboliques de l'organisme. De mes expériences, il résulte seulement la preuve que le cerveau exerce une influence très nette sur les tissus comme *organe trophique*. »

IV. — *De l'examen bactériologique du sang dans le délire aigu*; par le D^r Clemente Cabitto (n° de février). — On connaît les travaux du professeur L. Bianchi, de Naples, sur l'*origine infectieuse du délire aigu*. Dans cinq cas dont le diagnostic ne pouvait faire doute, suivant l'auteur, l'examen bactériologique du sang a été constamment négatif.

V. — *De la fine anatomie des régions pédonculaire et sous-thalamique chez l'homme*; par Domenico Mirto (n° de février).

— Entre le *cerveau* (écorce et noyaux sous-corticaux) et le *cervelet*, les connexions croisées sont représentées :

1^o Par les fibres du *pédoncule cérébelleux supérieur* qui traversent le *noyau rouge*, en y envoyant des collatérales, et pas-

sent dans le *noyau lenticulaire* et dans le *thalamus* du côté opposé ;

2° Par les fibres du *pédoncule cérébelleux supérieur* qui vont se terminer dans le *noyau rouge* du côté opposé en se mettant en rapport avec les cellules de ce noyau ;

3° Par les fibres du *pédoncule cérébelleux supérieur* qui sortent du *noyau rouge* du côté opposé ;

4° Par les *collatérales des fibres pyramidales* qui vont se mettre en rapport avec les cellules du *noyau rouge* qui donnent naissance aux fibres du *pédoncule cérébelleux supérieur opposé*.

Les connexions directes seraient représentées :

1° Par les fibres du *pédoncule cérébelleux supérieur* qui, en traversant le *noyau rouge* du côté correspondant, passent dans le *thalamus opticus* sans s'entrecroiser ;

2° Par les fibres du *pédoncule cérébelleux supérieur* qui se terminent dans le *noyau rouge* du même côté ;

3° Par les fibres du *pédoncule cérébelleux supérieur* qui sortent du *noyau rouge* du même côté ;

4° Par les *collatérales des fibres pyramidales* qui vont se mettre en rapport avec les cellules du *noyau rouge* qui donnent naissance aux fibres du *pédoncule cérébelleux supérieur homolatéral*.

VI. — *Rapports anastomotiques du nerf accessoire et du nerf vague*; par les D^{rs} D. Marto et E. Pusateri (n^o de février). — Nouvelles observations, à l'effet de vérifier des recherches déjà anciennes de Burchard sur ce sujet, instituées avec les procédés de la technique actuelle. Il n'est plus possible de considérer encore, avec Bischoff, Longet, etc., le nerf de la dixième paire comme un nerf exclusivement sensitif. Chaque nerf pneumogastrique présente deux noyaux d'origine, l'un pour sa partie motrice, l'autre pour sa partie sensitive. Les fibres motrices du nerf pneumogastrique ont leurs cellules d'origine dans la profondeur même de la moelle allongée : ces cellules radiculaires forment la partie moyenne de la colonne grise que l'on désigne sous le nom de *noyau ambigu*, noyau homologue de la substance grise de la corne antérieure de la moelle épinière. Les fibres sensititives du nerf pneumogastrique ont leurs cellules d'origine en dehors de l'axe cérébro-spinal, dans deux ganglions situés sur le trajet du nerf : le *ganglion jugulaire* et le *ganglion plexiforme* (Van Gehuchten).

J. SOURY.

BIBLIOGRAPHIE

Les impulsions irrésistibles des épileptiques; par le Dr Victor Parant. 1 vol. in-8, Paris, O. Doin, 1896.

Le Congrès des aliénistes et neurologistes français, tenu à Bordeaux, en août 1895, avait inscrit dans son programme l'importante question des *impulsions irrésistibles des épileptiques*, et en avait confié le rapport au Dr V. Parant, de Toulouse. C'est ce rapport, développé et complété, que vient de publier le Dr Parant.

Les impulsions irrésistibles y sont étudiées avec beaucoup de soin dans toutes les formes d'épilepsie: épilepsie *convulsive*, épilepsie *partielle*, épilepsie *larvée*.

Il est remarquable que, malgré leur fréquence et leur importance pratique si considérable, les impulsions épileptiques ne soient scientifiquement étudiées que depuis peu de temps. « L'histoire des impulsions irrésistibles, dit M. Parant, est de date toute récente. Morel et M. Jules Falret ont été vraiment les initiateurs de cette histoire (1860). Morel n'en a étudié qu'une des faces. M. Jules Falret, étendant ses regards, les a décrites dans leur ensemble, et la description qu'il en a faite, pour laquelle cependant il n'avait aucun guide, aucun modèle, s'est trouvée du premier coup si excellente que les traits en ont gardé leur intégrité première. »

Après d'intéressantes considérations sur « la spontanéité impulsive des épileptiques », qui aident à comprendre l'explosion des incidents plus graves, l'auteur passe en revue les impulsions irrésistibles liées aux *manifestations convulsives de l'épilepsie*, y compris les *absences* et les *vertiges*. Ces impulsions peuvent précéder, accompagner ou suivre les crises convulsives. Elles présentent, dans la grande majorité des cas, une perte plus ou moins complète de la conscience pendant leur durée et une amnésie consécutive. Celles qui suivent les accidents convulsifs sont les plus graves et les plus longues.

Les impulsions de l'épilepsie partielle ou jacksonienne sont moins connues que les précédentes. Signalées par M. Fournier

parmi les manifestations épileptiques de la syphilis du cerveau, elles ont été décrites par M. Fétré, par M. Rolland, mais surtout par M. Pitres qui admet, « à côté des accès épileptoïdes convulsifs, des accès épileptoïdes sensitifs, sensoriels, *psychiques* et paralytiques, véritables équivalents cliniques de l'épilepsie partielle convulsive ». Très souvent les impulsions qui relèvent de l'épilepsie partielle ne s'accompagnent ni de perte de conscience ni d'amnésie consécutive.

Mais les faits les plus importants sont ceux qui se rattachent à l'*épilepsie larvée*, c'est-à-dire à une épilepsie sans convulsions, absences ni vertiges. Ce chapitre est aussi le plus intéressant du remarquable travail de M. Parant. L'auteur résume avec une grande clarté, les controverses auxquelles a donné lieu l'existence même de l'*épilepsie larvée*. Décrit par Morel, qui l'a dénommé, et par Jules Falret; accepté par Billod, Echeverria, Bucknill et Tuke, Charcot, Ball, Magnan, Fétré, Pitres, P. Garnier, Vallon, Doutrebente, etc., cet état est nié ou contesté par Sankey, Gowers, Motet, Garimond, Christian, etc., qui pensent que, le plus souvent, il s'agit simplement d'*épilepsie méconnue*. M. Parant se range résolument parmi les partisans de l'épilepsie larvée, en se fondant sur trois arguments cliniques principaux : 1^o les phénomènes bien connus de *substitution* ou *d'alternance* des crises convulsives et des accès impulsifs; 2^o les auras purement intellectuelles; 3^o la similitude souvent constatée des impulsions chez deux individus, dont l'un est épileptique avéré, tandis que l'autre n'a jamais présenté d'autre manifestation de la maladie que l'impulsion elle-même.

Critiquant les termes d'*épilepsie larvée*, d'*épilepsie mentale*, d'*équivalent psychique*, employés par les différents auteurs, M. Parant propose l'expression d'*épilepsie impulsive*, en opposition à l'*épilepsie convulsive*. L'épilepsie impulsive comprendrait tous les cas d'impulsion à forme épileptique, qu'elles soient en rapport plus ou moins direct avec les crises convulsives, ou qu'elles surviennent chez des sujets indemnes de toute convolution, d'absences ou de vertiges.

On voit, dès lors, combien il importe de déterminer avec précision les caractères qui permettront de rattacher à l'épilepsie une impulsion donnée, de remonter de l'effet à la cause, du symptôme à la maladie. Cette détermination est d'autant plus nécessaire, que l'on peut observer *chez les épileptiques* des impulsions *indépendantes de l'épilepsie* et relevant de *délires associés*. Dericq, Magnan, Pichon, P. Garnier, etc., ont cité des

BIBLIOGRAPHIE

491

faits de ce genre fort instructifs. M. Parant s'est attaché à dégager aussi rigoureusement que possible les caractères cliniques de l'impulsion épileptique légitime.

Qu'elles appartiennent au *petit mal intellectuel* ou au *grand mal intellectuel* (J. Falret), ces impulsions se produisent avec soudaineté, d'une façon très brusque et, le plus souvent, sans prodromes ; — elles se poursuivent automatiquement, sans que le malade en ait conscience ou, du moins, sans qu'il en ait la conscience complète ; — dans la plupart des cas, l'impulsion, même quand elle se prolonge et entraîne des actes compliqués, ne laisse après elle aucun souvenir ; cette *amnésie consécutive* est, pour beaucoup d'auteurs, le symptôme essentiel de l'impulsion épileptique ; — les crises impulsives des épileptiques se reproduisent avec une fréquence très variable, mais elles se répètent toujours d'une manière très uniforme jusque dans les moindres détails, elles sont comme calquées les unes sur les autres, et souvent elles reviennent périodiquement ; — enfin, elles se dénouent brusquement, comme elles avaient commencé.

Aucun de ces caractères, il faut bien le dire, n'est rigoureusement constant, n'est pathognomonique. Mais leur réunion a la valeur d'un *criterium* certain et permet d'affirmer la *nature épileptique* de l'impulsion, même en l'absence de toute manifestation convulsive. C'est en tenant compte de l'ensemble de ces signes que l'on diagnostiquera les impulsions épileptiques de celles qui surviennent au cours des diverses affections mentales : manie, alcoolisme, hystérie, dégénérescence, paralysie générale, etc., etc. L'étude intrinsèque des *actes* commis au cours d'une impulsion irrésistible a également une grande importance ; elle peut mettre, à elle seule, sur la voie du diagnostic.

Au point de vue de la responsabilité légale, les impulsions épileptiques doivent être considérées comme de véritables accès d'aliénation mentale n'entraînant aucune responsabilité. Il ne s'ensuit pas que l'épileptique soit *toujours* irresponsable. Dans certaines circonstances, l'épileptique, ainsi que l'a bien montré M. Vallon, commet des actes délictueux ou criminels en connaissance de cause et très volontairement ; il est donc alors responsable de ces actes. La distinction n'est malheureusement pas toujours facile, et, dans la pratique, il sera sage de ne pas oublier que les actes de ces malades sont plus ou moins influencés par le *tempérament épileptique*, et que cette influence est de nature à atténuer le plus souvent la responsabilité.

Mais l'épileptique déclaré irresponsable d'un délit ou d'un crime est un malade qu'il faut interner et soigner. S'il vient à guérir, ou à sembler guéri, M. Parant est d'avis qu'il faut se montrer fort réservé pour la mise en liberté, car les tendances irritables et la spontanéité impulsive ne guérissant pas, on a toujours à craindre le retour des manifestations nuisibles à la société.

J'ai essayé de montrer, par cette analyse sommaire, la nature des questions traitées par M. Parant et l'intérêt considérable qui s'y attache. Mais je n'ai pu qu'insuffisamment indiquer le mérite de cet excellent ouvrage, avant tout clinique et pratique. Le côté théorique, discrètement développé, y est toujours appuyé d'arguments précis et d'exemples cliniques judicieusement choisis, grâce à l'expérience personnelle de l'auteur. Les points les plus discutés sont très clairement exposés et franchement résolus, toujours dans le sens de l'observation et de la clinique.

Il faut lire ce travail et remercier M. Parant d'avoir mis au point une question difficile, et aussi importante qu'incomplètement connue.

F.-L. ARNAUD.

Pathogénie de l'épuisement nerveux; par le Dr Maurice de Fleury. Broch. in-8. Extrait de la *Revue de médecine*, numéro de février 1896.

Par épuisement nerveux, l'auteur n'entend pas seulement le surmenage et la neurasthénie, mais tout un groupe d'affections qui, sans transitions brusques, va de la simple fatigue à la mélancolie dépressive. Quelle est la cause de ces symptômes ? « L'hérédité névropathique ou arthritique en est toujours la cause prédisposante; la cause déterminante est toujours la fatigue. » Mais la fatigue dérive-t-elle primitivement d'un phénomène mécanique ou chimique ? La cellule cérébrale a-t-elle été épuisée mécaniquement, par excès de fonctionnement, ou intoxiquée par la pénétration d'un poison dans son protoplasma ? Qu'il y ait des neurasthénies d'origine toxique, personne ne songe à le nier. Mais les toxines, portées par le sang au contact des neurones de l'écorce, les modifient-elles en altérant chimiquement leur constitution ou en exaltant jusqu'à l'épuisement leur irritabilité ? Car des propriétés connues de la cellule

nerveuse, une seule est certaine, l'irritabilité. « Nous ne connaissons, écrit M. de Fleury, à la cellule nerveuse qu'une propriété bien définie : l'irritabilité, le don de réagir aux excitations qui lui viennent. Nous savons comment se comporte un groupe de cellules de l'écorce quand on l'excite, soit directement, soit par l'intermédiaire des voies sensitives qui y aboutissent, quand on le touche avec les électrodes, ou quand on met à son contact des substances irritantes ; nous savons ce que devient une cellule quand une embolie a obstrué l'artère terminale qui la nourrit, quand une déchirure du centre ovale ou de la capsule interne a coupé ses connexions avec le monde extérieur, ou quand elle étouffe, enserrée par du tissu conjonctif de formation nouvelle ; mais nos connaissances sont infiniment moins précises sur les échanges que les agents chimiques peuvent faire entre leurs propres molécules et celles du protoplasma. »

Quant aux *symptômes* cliniques de l'épuisement nerveux : dyspepsie, entéroptose, viscérophtose, hypotension artérielle, hypoglycémie, asthénopie accommodative, psychasthénie, aboulie, débilité de la mémoire et de l'attention volontaire, faiblesse, peur, etc., ils relèvent tous d'un même phénomène, réductible lui-même au surmenage du système nerveux : l'amoindrissement de la tonicité des muscles lisses et striés et des appareils glandulaires, c'est-à-dire des deux grandes catégories de phénomènes nerveux centrifuges, par abaissement du tonus nerveux central.

Aussi la *thérapeutique* de l'épuisement nerveux consiste-t-elle surtout à stimuler mécaniquement le système nerveux pour changer cet hypotonus en hypertonus, la faiblesse en force, en énergie plus ou moins passagère d'abord, mais dont les effets consécutifs ne laissent pas de modifier l'organisme en accélérant la nutrition et en provoquant l'élimination des déchets organiques. Cette stimulation mécanique, réflexe, de l'organisme, appliquée aux nerfs de la peau, de la muqueuse digestive, des articulations, des muscles, des aponévroses, de la surface pulmonaire, de la surface endothéliale des vaisseaux, c'est la douche, la friction sèche, le bain, l'inhalation des gaz, le massage, surtout la franklinisation et la transfusion de sérum. « On peut ainsi modifier pour quelques heures, dans l'espace de quelques instants, l'état mental d'un neurasthénique ; à condition qu'un cerveau n'ait pas contracté d'habitudes trop anciennes avec l'affaissement mental, à condition qu'il ne se soit pas spécialisé depuis trop longtemps sur une idée fixe, on peut transformer expérimentalement un malade triste, humble et craintif,

en un homme vaillant, actif, joyeux de vivre, etc. » Car « si les cerveaux congestifs sont les plus excités, les cerveaux asthéniques sont les plus excitables. » Qu'il s'agisse bien d'un effet réel du traitement, non d'une suggestion, les modifications constantes de la pression artérielle, de la quantité d'urée et du nombre des globules rouges chez ces malades, avant et après l'injection de sérum, le prouvent d'abondance. M. le Dr J. Chéron a montré, en effet, que l'hypoglobulie des névropathes est, en réalité, de l'hydrémie : le système artériel étant en hypotension, le sang est dilué : « Sous l'influence de la stimulation nerveuse que provoque la présence du sérum dans le torrent circulatoire, le système nerveux central envoie plus de tonus aux muscles de la tunique moyenne ; l'arbre circulatoire tout entier se resserre, chasse l'eau en excès dans les tissus périvasculaires, tandis que des globules rouges restent dans les vaisseaux. Il se produit ainsi, *non pas une hypérglobulie réelle, mais une véritable concentration du sang.* »

Voici comment M. Maurice de Fleury résume ses propres recherches : « L'état moral et mental d'un neurasthénique est inséparable de son état physique ; l'hypotonie musculaire et l'hyposécrétion glandulaire ont pour reflet mental la mélancolie, la peur, l'humilité et la paresse ; il suffit d'une stimulation purement mécanique du système nerveux pour changer — momentanément, mais très promptement — l'hypotonus en hyper-tonus, la faiblesse en force musculaire et morale, voire même un excès de force, en énervement, en larmes ou en colère. »

La neurasthénie apparaît donc surtout dans cette étude comme une « maladie du tonus ». Ce phénomène réflexe permanent est, on le sait, entretenu par les excitations qui, de toute part, assaillent l'organisme, vibrations lumineuses et sonores, chocs mécaniques de la peau et des muqueuses, impressions chimiques des sens de l'odorat et du goût, actions thermiques, hygrométriques, électriques, etc., du milieu. La théorie mécanique de l'épuisement nerveux, telle que l'expose M. M. de Fleury, n'exclut d'ailleurs ni la théorie vaso-motrice ni la théorie chimique ou toxique, qu'on peut en certains cas invoquer avec toute raison. Mais la neurasthénie et les maladies de la même famille sont primitivement des maladies du tonus général de l'organisme, et les troubles dus au ralentissement de la nutrition ne sont que secondaires. L'étude de l'épuisement nerveux ne serait donc qu'un problème de mécanique biologique. Dans cette pathogénie de la fatigue, la propriété fondamentale

de la cellule nerveuse, du neurone, la sensibilité et l'irritabilité, domine décidément les causes et explique, avec les symptômes, les effets des stimulations mécaniques de l'organisme sur l'hypotonie des muscles et des glandes ainsi que sur la dépression de l'état mental.

J. SOURY.

Le patronage familial dans le gouvernement d'Ekaterinoslav;
par le Dr Govseëff. Broch. in-8 en langue russe, Moscou,
1895.

Déjà en 1888, M. Govseëff a indiqué, dans un Rapport adressé à l'administration de l'Asile départemental d'Ekaterinoslav, le patronage familial comme un moyen pouvant débarrasser l'hospice d'une quantité de malades chroniques et rendre par conséquent plus facile l'entrée de nouveaux malades. Ce projet a rencontré une vive opposition. Il a fallu céder et essayer l'application d'un autre système qui a déjà réussi dans un grand nombre de départements limitrophes, celui des colonies agricoles. Or, au cours des discussions sur l'organisation de ces dernières, la question du patronage fut remise à l'ordre du jour en 1891, et cette fois tout le monde consentit à l'essai. L'expérience n'a pu être faite qu'en 1893 et elle a parfaitement réussi.

Au 1^{er} mai 1895, 129 malades (80 hommes et 49 femmes) étaient placés chez des paysans habitant dans le voisinage de la ville d'Ekaterinoslav. Les choses se pratiquent très simplement. Tous les dimanches, la cour de l'asile d'aliénés se remplit d'une foule de paysans, des femmes le plus souvent, qui viennent demander des « pensionnaires ». Les séniles ont leurs préférences, sans doute parce qu'il y a moins de danger avec eux et aussi parce que le prix de leur pension est le plus élevé.

On rassemble ensuite tous les aliénés destinés au patronage et on les met en présence de cette foule à la recherche d'un bon pensionnaire.

Le choix se fait séance tenante. Tout est inscrit, et, une heure après, l'aliéné est amené dans sa nouvelle famille.

Le patronage est établi dans un rayon suffisamment limité pour pouvoir être facilement surveillé. Au début, la direction du patronage a été confiée à deux « feldschers » ; on appelle ainsi en Russie des infirmiers diplômés ayant reçu une certaine

instruction médicale et pouvant faire, sous la responsabilité d'un médecin, de petites opérations chirurgicales. Ce système de surveillance a l'avantage de coûter peu, chaque feldscher touchant un traitement de 30 roubles (75 francs) par mois. En revanche, il offre fort peu de garanties. Aussi, s'est-on décidé à confier la direction du patronage à un médecin-aliéniste.

Les résultats obtenus, autant qu'on puisse les juger jusqu'à présent (l'expérience ne dure que depuis deux ans), semblent très satisfaisants au double point de vue économique et thérapeutique. De temps à autre, on note de petits incidents : le père nourricier rentrant ivre se met à frapper toute la famille, y compris son pensionnaire, ou bien ce dernier, irrité par une observation quelconque, saisit un sabot et le jette à la tête de sa patronne.

Mais des faits de ce genre sont plutôt rares et ne modifient que très peu la bonne impression que produit le système du patronage considéré dans son ensemble. M. Govseïff pense même qu'il convient bien plus à la Russie que les colonies agricoles.

J. ROUBINOVITCH.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Thirty-seventh annual report of the general Board of Commissioners in Lunacy for Scotland (Trente-septième rapport annuel du comité général des « Commissioners in Lunacy » pour l'Ecosse). 101 pages in-8°, Edimbourg, 1895.

— Les phobies. Essai sur la psychologie pathologique de la peur; par le Dr Paul Marrel. 72 pages in-8°. Paris, Félix Alcan, 1895.

— Suggestions hypnotiques criminelles; par J.-P. Durand (de Gros). 16 p. in-8°. Extrait de la *Revue de l'hypnotisme*, 1895.

— Thirty-fifth annual Report of the medical superintendent of the Matteawan State Hospital, Matteawan, N.-Y., for the year ending, september 30, 1894 (Trente-cinquième rapport annuel du superintendant médical de l'Hôpital d'Etat de Matteawan, à Matteawan, N.-Y., pour l'année finissant le 30 septembre 1894). 56 pages in-8°. Auburn, 1895.

- Notice sur l'asile des femmes aliénées de Bordeaux, autrefois situé au n° 145 du cours Saint-Jean et aujourd'hui sur le domaine de Château-Picon. 15 pages in-4° avec une planche. Bordeaux. Imprimerie G. Gounouilhou, 1895.
- Deux nouveaux cas de paralysie générale juvénile; par le Dr E. Régis. 10 pages in-8°. Extrait du *Journal de médecine de Bordeaux*, 1895.
- La lésion thyroïdienne de la maladie de Basedow; par J. Renaut, professeur à la Faculté de médecine de Lyon. 16 pages in-8°. Lyon, 1895.
- Nègres criminels au Brésil; par Nina Rodrigues, professeur de médecine légale à la Faculté de Bahia. 8 pages in-8°. Extrait de l'*Archivio di psichiatria*, etc., 1895.
- Myxedème infantile et traitement thyroïdien; par le Dr E. Régis. 23 pages in-8° avec planches. Bordeaux, E. Gounouilhou, 1895.
- Jahresbericht der niederösterreichischen Landes-Irrenanstalten Wien, Ybbs, Klosterneuburg und Kierling-Gugging, der niederösterreichischen Landes-Irrenzweiganstalt in Langenlois, sowie der sonstigen Anstalten zur Unterbringung geistesgestörter niederösterreichischen Landespfleglinge pro 1893-94. 167 pages in-4°. Vienne, 1894.
- Contributo casuistico alla psichiatria forense (Contribution casuistique à la médecine légale des aliénés); par le Dr G. Sanna Salaris, directeur du manicomio de Cagliari. 33 p. in-8°. Extrait du *Bulletino del manicomio di Cagliari*, 1895.
- Le nouvel asile des aliénés à Genève et les questions qui s'y rattachent. Historique de la création de l'asile de Bel-Air; par le Dr P. Ladame, ancien visiteur honoraire de la Maison cantonale des aliénés, 118 p. in-8°. Genève, Georg et Cie, 1895.
- Ancora sulla sensibilità igrica. Riposta ad una critica (Encore la sensibilité igrique. Réponse à une critique); par le Dr Ruggero Tambroni. 19 pages in-8°. Extrait du *Bulletino del manicomio provinciale di Ferrara*, 1895.
- L'affaire Guindrand Jouve. Testament en faveur d'un magnétiseur et d'une somnambule. Consultation médico-légale. Jugement du tribunal civil de Lyon (20 juin 1895); par le professeur A. Lacassagne. 32 pages in-8°. Lyon. A. Storck, 1895.
- Anomalie degli organi interni nei degenerati (Anomalies des organes internes chez les dégénérés); par le Dr Molti Giovanni, du manicomio d'Aversa. 20 pages in-8° avec fig. Extrait de *L'Anomalo*, 1895.
- Die Litteratur der Psychiatrie, Neurologie und Psychoologie im XVIII Jahrhundert. Zweite Auflage. Festschrift zum fünfzigjährigen Jubiläum der Provinzial-Heilanstalt Nietleben

bei Halle A. S. am 1 november 1894 (La littérature de la psychiatrie, de la neurologie et de la psychologie pendant le XVIII^e siècle. Deuxième édition. Ecrit de fête pour le jubilé cinquantenaire de l'asile provincial de Nietleben près Halle A. S. le 1^{er} novembre 1894); par le Dr Heinrich Laehr. 251 pages in-folio. Berlin. Georg Reimer. 1895.

— Asile d'Evreux. Rapport médico-administratif pour l'année 1894; par le Dr Daniel Brunet, médecin en chef-directeur, 70 pages, in-8°, Evreux, 1895.

— Sulla eliminazione dell'acido fosforico per l'orina nella fase depressiva d'una forma ciclica (De l'élimination de l'acide phosphorique par l'urine pendant la phase dépressive d'une folie circulaire); par le Dr Umberto Stefani. 9 pages in-8° avec un tableau. Extrait de la *Rivista sperimentale di freniatria*, etc. 1895.

— Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses (Salpêtrière, 1887-1894); par le Dr J. Séglas. Recueillies et publiées par le Dr Henry Meige. 1 vol. in-8° de 835 pages. Paris, Asselin et Houzeau, 1895.

— Ueber Analgesie der Ulnaris-Stamme bei Geisteskranken (De l'analgésie du tronc cubital chez les aliénés); par le Dr Otto Swell, médecin de l'asile de Hildesheim. 5 pages in-8°. Extrait du *Berliner Klin. Wochenschr.*, 1895, n° 42.

— Du réveil des affections anciennes des centres nerveux (paralysie infantile et hémiplégie cérébrale infantile); par le Dr R. Pauly, ancien interne des hôpitaux de Lyon. 1 vol. in-8° de 148 pages. Paris, J.-B. Baillière, 1895.

— Contribution à l'étude des états cataleptiques dans les maladies mentales; par le Dr Paul Le Maître, ancien interne des asiles de la Seine. 96 pages in-8°, avec planches. Paris, G. Steinheil, 1895.

— Les causes de la folie. Prophylaxie et assistance; par le Dr Edouard Toulouse, chef de clinique des maladies mentales de la Faculté de Paris. 1 vol. in-8° de 450 pages. Paris, Société d'éditions scientifiques, 1896.

— Mental physiology especially in its relations to mental disorders (Physiologie de l'esprit, spécialement dans ses relations avec les désordres mentaux); par le Dr Théo. B. Hyslop. 1 vol. in-8° de 552 pages, cart. à l'anglaise. London, J. et A. Churchill, 1895.

— Electrothérapie, par A. Tripier, 19 pages in-4°. Extrait du *Bulletin de la Société internationale des électriques*, séance du 9 juillet 1895.

— L'opération du trépan; par les Drs Félix Terrier et M. Peraire. 1 vol. in-12 de 283 pages avec 222 fig. dans le texte. Paris, Félix Alcan, 1895.

— State of New-York. State commission in Lunacy sixth Annual Report october 1, 1893, to september 30, 1894 (Etat de New-York. Sixième rapport annuel de la Commission d'Etat des aliénés, du 1^{er} octobre 1893 au 30 septembre 1894). 1 vol. in-8° de 687 pages, cart. à l'anglaise. Albany, James B. Lyon, 1895.

— Report of the investigation of the state Commission in Lunacy and the state Hospital for the insane by the subcommittee of the senate Finance and Assembly Ways and Means Committees (Rapport de l'examen de la Commission d'Etat des aliénés et de l'asile d'Etat des aliénés par la sous-commission du Sénat financier et de l'assemblée des comités des voies et revenus). 24 pages in-8°. Albany, 1895.

— Contribution à l'étude des caractères du délire dans leurs rapports avec l'intelligence du délivrant; par le Dr A. Giroudon, ex-interne de l'asile de Bron. Thèse de Lyon, 1895.

— A propos de l'anatomie de trois cas de démence. Essai sur la clinique, la pathogénie, l'étiologie de cette affection, sur son étiologie surtout dans les tumeurs encéphaliques; par le Dr Alexandre Granguillot. Thèse de Paris, 1895.

— Asile d'aliénés de l'Orne. Extrait du compte moral et administratif pour l'année 1894; par le Dr L. Déricq, médecin-directeur. Suivi d'un extrait du rapport de M. le Dr Bouteillier, conseiller général, 10 pages, in-8°. Imprimerie Bugnicourt, Chauny, s. d.

— Animisme et spiritisme. Essai d'un examen critique des phénomènes médiumniques spécialement en rapport avec les hypothèses de la « force nerveuse », de l'« hallucination » et de l'« inconscient », comme réponse à l'ouvrage du Dr Ed. von Hartmann, intitulé « *Le Spiritisme* »; par Alexandre Aksakof. Traduit de l'édition russe par Berthold Sandow. 1 vol. in-8° de 635 pages, avec portrait de l'auteur et dix planches, Paris, Librairie des sciences physiques, 1895.

— La situation actuelle de la colonie de Gheel; par le Dr J.-A. Peeters, 8 pages in-8°. Extrait du *Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, 1894.

— Localisation cerebrale in paralisia generala (Localisations cérébrales dans la paralysie générale); par le Dr Demetrescu (du Braila), 74 pages in-4°, avec planches, Bucarest, 1894.

— Notes et observations de médecine légale. Attentats aux mœurs; par le Dr H. Legludic, directeur de l'Ecole de médecine d'Angers. 1 vol. in-8° de 357 pages, Paris. G. Masson, 1896.

— Album d'aliénés; par le professeur Kovalevsky. 1 vol. in-18 de 37 planches. Varsovie, 1896.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS (1)

— *Arrêté du 19 février 1896* : M. le Dr PICHENOT, médecin en chef de l'asile de Montdevergues (Vaucluse), est promu à la 2^e classe de son grade (6,000 fr.), pour prendre rang à partir du 1^{er} février 1896.

M. le Dr CHARDON, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Venant, est promu à la classe exceptionnelle de son grade (4,000 fr.), pour prendre rang à partir du 1^{er} février 1896.

— *Arrêté du 13 mars 1896* : M. le Dr BONNET, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Robert (Isère), est promu à la classe exceptionnelle de son grade (4,000 fr.), pour prendre rang à partir du 1^{er} janvier 1896.

— *Arrêté du 19 mars 1896* : M. le Dr FENAYROU, médecin-adjoint de l'asile de Lesvellec (Morbihan), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Blois.

— *Arrêté du 27 mars 1896* : M. le Dr MAUNIER, directeur-médecin de l'asile de Pierrefeu (Var), est nommé directeur-médecin de l'asile d'Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône), en remplacement de M. le Dr Dauby, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

— *Arrêté du 7 avril 1896* : M. le Dr PACTET, médecin-adjoint de l'asile de Villejuif, est promu à la classe exceptionnelle de son grade (4,000 fr.), pour prendre rang à partir du 1^{er} avril 1896.

— *Arrêté du 13 avril 1896* : M. le Dr J. DAGONET, médecin-adjoint de l'asile Sainte-Anne (Seine), est nommé directeur-médecin de l'asile de Pierrefeu (Var) ;

M. le Dr DOURSOUT, directeur-médecin de l'asile de Naugeat (Haute-Vienne), est promu à la classe exceptionnelle de son grade (8,000 fr.), pour prendre rang à partir du 1^{er} avril 1896.

NÉCROLOGIE.

Dr CONSTANS. — Le 26 février dernier, s'éteignait à Saint-

(1) Une erreur typographique s'est glissée dans la liste de nominations et promotions, publiée dans le numéro de mars-avril 1896 : M. le Dr Thivet a été nommé médecin-adjoint, non de l'asile de Saint-Yon, mais de celui de Quatre-Mares.

Vrain (Seine-et-Oise), où il habitait une petite propriété, le Dr Constans, ancien inspecteur général des asiles d'aliénés.

Né à Vairé (Vendée) le 10 décembre 1811, Constans avait commencé ses études médicales à Rochefort, avec le désir d'entrer dans la médecine navale. Sur les instances de sa mère, il renonça à ce projet, et vint prendre ses dernières inscriptions à Paris, où il soutint sa thèse de Doctorat le 12 août 1836.

Presque aussitôt il alla s'établir à Saint-Vrain, et s'y fit rapidement une clientèle. Il sut remplir dignement les obligations souvent si pénibles du médecin de campagne, et à plusieurs reprises il reçut des récompenses honorifiques (médailles d'argent et d'or) pour le dévouement avec lequel il avait prodigué ses soins gratuits aux indigents. Aussi avait-il conquis dans le pays une grande popularité, et, pendant cinquante-trois ans sans interruption, les habitants de Saint-Vrain l'appelèrent à faire partie de leur Conseil municipal.

Quand fut installée, dans les environs de Saint-Vrain, l'importante poudrerie du Bouchet, le Dr Constans fut nommé médecin du personnel de cet établissement, et il entra ainsi en relations suivies avec le Directeur de la poudrerie, qui n'était autre qu'un frère du futur maréchal Pélissier. Quelques années plus tard, il épousa M^{me} Pélissier, la plus jeune sœur du maréchal, qui était Dame de Saint-Denis.

Ce n'est pas manquer à la mémoire de Constans que de dire qu'il dut sans doute à cette illustre parenté d'être nommé en 1857 inspecteur général adjoint des asiles d'aliénés ; il passa titulaire en 1859. Jusque-là il ne s'était nullement occupé d'aliénation mentale. A partir de sa nomination d'inspecteur, il se donna tout entier à ses nouvelles fonctions, où il acquit bien-tôt une grande influence et une légitime autorité. Amené à s'occuper activement de l'administration des asiles, de donner son avis dans des questions souvent fort délicates, il sut se montrer bienveillant et équitable pour le personnel, auquel il chercha toujours à se rendre utile. L'estime qu'il acquit parmi ses nouveaux collègues lui valut d'être appelé, en 1869, à la présidence de la Société médico-psychologique.

Constans a peu écrit. Sauf ses rapports officiels, le Grand Rapport d'ensemble qu'il a publié en 1874 de concert avec ses collègues Lunier et Dumesnil, — je ne connais de lui qu'une brochure, fort intéressante, sur l'épidémie d'hystéro-démonopathie de Morzines. Constans avait été chargé par le ministre de l'intérieur d'aller étudier sur les lieux et de combattre cette singulière épidémie qui durait depuis des années dans un pauvre canton de la Savoie nouvellement annexée (1860). Il réussit dans sa mission, qu'il raconte dans la brochure dont je parle.

Constans resta en fonctions jusqu'au mois de décembre 1879, où il fut mis à la retraite. Il se retira à Saint-Vrain où il vécut paisiblement ses dernières années, entouré de l'estime et de l'affection de ses concitoyens, et conservant jusqu'à la dernière heure la plénitude de son intelligence; il fut emporté par une congestion pulmonaire dont il avait ressenti les premières atteintes quelques jours auparavant.

Constans était officier de la Légion d'honneur depuis 1869.

J. C.

PRIX DE L'ACADEMIE DE MÉDECINE.

Dans la séance du 3 mars 1896, l'Académie de médecine a reçu communication de la liste des mémoires et ouvrages envoyés pour concourir aux prix proposés pour l'année 1896; elle a procédé ensuite à la nomination des Commissions de ces prix. Voici les renseignements relatifs à la médecine mentale et nerveuse :

PRIX BAILLARGER. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics ou privés consacrés aux aliénés.

N° 1. Hôpital d'alcoolisés, par M. le Dr Rouby, de Dôle (Jura).

N° 2. De la thérapeutique des maladies mentales et de l'organisation des asiles d'aliénés, par M. le Dr Henry Bonnet, de Saint-Malo.

N° 3. Dix-neuf mémoires sur la thérapeutique des maladies mentales et l'organisation des asiles d'aliénés, par M. le Dr Paul Sérieux, médecin de l'asile de Villejuif (Seine).

Commission : MM. Le Roy de Méricourt, Worms, Motet.

PRIX CHARLES BOULLARD. — Ce prix sera décerné au médecin qui aura fait le meilleur ouvrage et obtenu les meilleurs résultats de guérison sur les maladies mentales, ou en arrêtant ou en en atténuant la marche terrible.

N° 1. Asile départemental d'aliénés de Dijon, par M. le Dr Samuel Garnier.

N° 2. Manuel pratique de médecine mentale, par M. le Dr E. Régis, de Bordeaux.

N° 3. Devise: « *Il ne sert de rien de fermer les yeux à l'évidence pour le seul avantage de nos systèmes et de nos classifications.* »

N° 4. Les causes de la folie, prophylaxie et assistance, par M. le Dr Edouard Toulouse, de Paris.

Commission : MM. Perier, Hallopeau, Magnan.

PRIX CIVRIEUX. — Question : *De l'hallucination dans les maladies mentales.*

N° 1. Devise: « *La folie est une infortune qui s'ignore elle-même.* » (Baillarger.)

N° 2. Devise: « *Felix qui potuit.* »

Commission : MM. Dumontpallier, Blanchard, Mesnet.

PRIX FALRET. — Question : *Le morphinisme et la morphinanomie.*

N° 1. Devise : « *Curare aliquando, levare saepe, solare semper.* »

N° 2. Devise: « *Honny soit qui mal y pense.* »

N° 3. « *Il en est d'une habitude, si elle est invétérée, comme du trait d'Epaminondas; quand on l'arrache brusquement, la santé s'en va avec elle.* »

N° 4. Devise : « *A chacun à apporter sa pierre à l'édifice.* »

N° 5. Devise : « *Au point de vue théorique, les expériences sur toutes les espèces d'animaux sont indispensables à la médecine, et au point de vue de la pratique immédiate, elles lui sont très utiles.* »

N° 6. Devise: « *Primum observare.* »

N° 7. Devise :

« *Oh ! malheur à celui qui laisse la débauche*

Planter son premier clou sous la mamelle gauche. »

(A. de Musset.)

N° 8. Devise : « *Et nunc erudimini.* »

Commission : MM. Hérard, Gautier, Motet.

PRIX ERNEST GODARD. — Au meilleur travail sur la pathologie interne. Sept mémoires ont été envoyés, parmi lesquels nous relevons :

N° 5. Paralysie bulbaire progressive, infantile et familiale, par M. le D^r P. Londe, de Paris.

N° 7. Vertige, par M. le D^r Bonnier, de Paris.

Commission : MM. Fournier, Bucquoy, Dieulafoy.

PRIX THÉODORE HERPIN (de Genève). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

N° 1. Pathogénie et traitement de l'épilepsie, par MM. les D^rs Arthur Claus, médecin à Anvers, et Omer van der Stricht, chef des travaux anatomiques à l'Université de Gand.

N° 2. Les impulsions irrésistibles des épileptiques, par M. le D^r Victor Parant, de Toulouse.

N° 3. Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie, par M. le D^r Gilles de la Tourette, de Paris.

N° 4. Les dégénérescences secondaires du système nerveux, par M. le D^r Gustave Durante, de Paris.

N° 5. Devise : « *Omne cerebrum.* »

Commission : MM. Jaccoud, Potain, Brouardel.

PRIX HUGO. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur

travail, manuscrit ou imprimé, sur un point d'histoire des sciences médicales. Dix-sept mémoires ont été envoyés, parmi lesquels nous relevons :

N° 6. Barbe Buvée, en religion sœur Sainte-Colombe, et la prétendue possession des Ursulines d'Auxonne, par M. le Dr Garnier, médecin-directeur de l'asile d'aliénés, de Dijon.

N° 14. Pathologie mentale des rois de France, par M. Auguste Brachet, de Menton.

Commission : MM. Sappey, Ch. Monod, Laboulbène.

PRIX LEFÈVRE. — Question : *De la mélancolie.*

N° 1. Devise : « *La mélancolie est de toutes les vésanies la plus intéressante pour le médecin comme pour le philosophe.* »

N° 2. Devise : « *La nature va du simple au complexe.* » (Milne-Edwards.)

N° 3. Devise : « *Plus on étudie, plus on doute.* »

Commission : MM. Bouchard, Duguet, Ferrand.

PRIX MEYNOT. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies de l'oreille. Cinq mémoires ont été envoyés ; nous citerons le suivant :

N° 4. Les troubles auditifs du tabes et la réaction électrique du nerf auditif. Troubles auditifs dans les affections du système nerveux, par M. le Dr Collet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon.

Commission : MM. Duplay, Le Dentu, Nicaise.

PRIX ADOLPHE MONBINNE. — Huit mémoires ont été envoyés, parmi lesquels nous relèverons le suivant :

N° 7. L'hypnotisme scientifique, par M. le Dr Crocq fils, de Bruxelles.

Commission : MM. Milne-Edwards, Grancher, Cadet de Gassicourt.

PRIX SAINTOUR. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur n'importe quelle branche de la médecine. Quarante et un mémoires ont été envoyés, parmi lesquels nous relevons :

N° 3. L'électricité curative, par M. le Dr Foveau de Courmelles, de Paris.

N° 6. Les nouveaux hypnotiques. Etude expérimentale et critique, par M. le Dr Georges Houdaille, de Paris.

N° 15. Des variétés cliniques de la folie en France et en Allemagne, par M. le Dr Roubinovitch, de Paris.

N° 16. Les névroses traumatiques. — Recherches expérimentales sur les altérations du système nerveux dans les paralysies diphétitiques, par M. le Dr Crocq fils, de Bruxelles.

N° 17. Précis clinique des maladies du système nerveux, par M. le Dr André, de Toulouse.

- N° 18. Recherches sur la symptomatologie de la paralysie unilatérale du pneumogastrique, par M. le Dr Gourfein, médecin-adjoint de la fondation Rothschild, à Genève.
- N° 20. Contribution à la médecine légale des aliénés, par M. le Dr Samuel Garnier, de Dijon.
- N° 25. Etude sur l'alcoolisme, par M. le Dr Charles Pépin, de Dinan.
- N° 31. Des peurs maladiques ou phobies, par M. le Dr Gélineau, de Paris.
- N° 36. Contribution à l'étude des anesthésies mixtes, par MM. les Drs Paul Langlois et P. Maurange, de Paris.
- N° 37. Les irresponsables devant la loi, par M. le Dr Henri Lemesle, de Paris.
- Commission : MM. Gueniot, Mégnin, Blache.

CONCOURS D'ADMISSIBILITÉ AUX EMPLOIS DE MÉDECINS-ADJOINTS DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS, INSTITUÉ PAR L'ARRÊTÉ MINISTÉRIEL DU 18 JUILLET 1888.

Ainsi que l'annonçaient des avis insérés aux numéros du *Journal officiel* des 23, 30 janvier, 6 et 11 février 1896 et dans les *Recueils des Actes administratifs* des préfectures du chef-lieu de chacune des régions déterminées par l'arrêté ministériel du 14 avril 1894, un concours d'admissibilité aux emplois de médecins-adjoints des asiles publics d'aliénés aura lieu à Lille, à Lyon et à Montpellier, le 5 mai prochain ; à Toulouse, le 8 mai ; à Paris, à Bordeaux et à Nancy, le 11 du même mois.

Le nombre de ceux des candidats ayant subi l'examen avec succès, qui pourront être déclarés admissibles, est fixé à six pour la région de Paris, à cinq pour celle de Lille et à trois pour chacune des régions de Lyon, Bordeaux, Nancy, Montpellier et Toulouse.

Les docteurs en médecine, satisfaisant aux conditions énumérées dans les avis publiés aux dates ci-dessus rappelées et qui désirent subir les épreuves du concours devant le jury qui fonctionnera dans l'une ou l'autre des régions, devront adresser leur demande, sur papier timbré, au ministère de l'intérieur, direction de l'assistance et de l'hygiène publique, 1^{er} bureau, de manière à ce qu'elle y soit parvenue dans la journée du 10 avril prochain, avant 5 heures, dernier délai de rigueur.

Cette demande, qui devra indiquer la région dans laquelle le candidat veut subir le concours, devra être accompagnée des pièces ci-après :

- 1^o Acte de naissance ;
- 2^o Certificat constatant que le candidat a accompli le stage

d'une année au moins, soit comme interne dans un asile public ou privé consacré au traitement de l'aliénation mentale, soit comme interne nommé au concours dans un hôpital ;
3° Diplômes, états de services, distinctions obtenues.

Les candidats qui seront autorisés par le ministre de l'intérieur à prendre part au prochain concours en seront prévenus officiellement et recevront également les indications nécessaires au sujet du lieu où siégera le jury d'examen et de l'heure à laquelle ils devront se présenter.

LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME

Une motion de l'Académie de médecine de Belgique. — Les Chambres législatives de Belgique sont saisies d'un projet de loi nouveau sur la fabrication de l'alcool, qui, en multipliant directement les centres de production de cette substance toxique, multiplierait indirectement ses centres de consommation.

« Dans l'esprit des auteurs du projet de loi, la distillation deviendra pour le cultivateur une source de profits. Qui donc hait ce qui lui apporte le bien-être? La consommation plus grande de l'alcool ne doit-elle pas augmenter le prix des flegmes? Le producteur de flegmes deviendra fatallement l'ami de l'alcool. Le cultivateur, ses fils et ses ouvriers goûteront le flegme et deviendront buveurs d'alcool. Ils favoriseront autour d'eux l'établissement de nouveaux débits et pousseront à leur prospérité. Prétendre le contraire, c'est ne rien connaître à la nature humaine. »

C'est en ces termes que M. Verriest, parlant au nom de son collègue M. Desguin et au sien, combat le nouveau projet de loi sur la fabrication de l'alcool dont le gouvernement belge veut gratifier ses administrés, en un discours prononcé à l'Académie royale de Belgique, dans sa séance du 29 février 1896, et qu'il termine par les adjurations suivantes :

« Nous, médecins et représentants du corps médical, qui tous les jours voyons, en pratique privée, dans les hôpitaux, les asiles d'aliénés, les prisons, les lamentables victimes du grand poison social, nous qui sommes témoins des dégénérescences qui frappent la descendance des alcoolisés, nous ne pouvons pas ne pas protester contre toute loi qui touche à l'alcool autrement que pour le combattre et endiguer ses ravages.

« La loi vient d'être votée par la Chambre des représentants; bientôt elle sera soumise aux délibérations du Sénat. Nous croyons qu'il y a urgence à ce que l'Académie de médecine, qui ne peut rester étrangère à une question intéressant aussi profondément la santé publique, fasse entendre sa voix et émette

le vœu que la Législature ne favorise pas la création de nouveaux centres de fabrication de l'alcool, mais qu'elle fasse une guerre sans merci à ce mortel ennemi de la société. »

Ces paroles, couvertes d'applaudissements, furent suivies d'une intéressante discussion à laquelle prirent part MM. Moeller, Crocq, Kuborn, Barella, Masoin, etc., et qui montre que le mal est tout aussi grand en Belgique que dans d'autres pays, qu'il y a les mêmes conséquences sur les individus comme sur leur descendance, et qu'il y a urgence à le combattre rigoureusement et sans retard.

Comme remèdes préconisés par nos confrères belges, nous citerons surtout : l'augmentation du prix de l'alcool, et, par suite, le monopole accordé au gouvernement, de sa fabrication et de son débit ; mais, n'étant pas consultés, ils n'avaient pas à indiquer aux pouvoirs publics les moyens pour remédier au mal. Ils se contentèrent donc d'adopter à l'unanimité la proposition suivante de MM. Desguin et Verriest : « L'Académie de médecine émet le vœu que la Législature ne favorise pas la création de nouveaux centres de fabrication de l'alcool, mais qu'elle fasse une guerre sans merci à ce mortel ennemi de la société. »

Puisse la Législature belge tenir compte de ce vœu ! Mais il nous est bien permis d'en douter, car on n'a pas encore vu jusqu'ici beaucoup de corps élus faire « une guerre sans merci » aux cabaretiers, aux marchands de vins et autres producteurs d'alcool, tous grands ou petits électeurs, qu'on est plus accoutumé à flatter qu'à combattre.

L'absinthe en Angleterre. — On écrit de Londres au *Temps* (numéro du vendredi 3 mars 1896) :

« Une ligue se forme, actuellement, entre les sociétés anglaises de tempérance à l'effet d'obtenir des pouvoirs publics une loi interdisant la vente de l'absinthe. Il faut reconnaître que cette liqueur a fait ici d'inquiétants progrès.

« Il y a dix ans environ, l'absinthe n'existe pas à Londres. On en servait seulement dans quelques grands établissements du quartier français. Encore le consommateur qui se hasardait à en demander ne tardait-il pas à devenir le point de mire de ses voisins anglais. Boire de l'absinthe ! Ingurgiter cette liqueur affreusement colorée qui ressemblait à une infusion de vert-de-gris ! Les Londoniens avaient même inventé un sobriquet pour l'absinthe ; ils l'appelaient le « poison français ».

« Aujourd'hui, l'absinthe se débite dans presque tous les quartiers de Londres. Mais, en consentant à en absorber, les Anglais ne se sont pas résignés à la prendre comme on la prend sur le continent : coupée d'eau fraîche, battue, additionnée de sirop de gomme, d'orgeat, d'anisette ou de sucre. Non ; ils en font des grogs.

« A l'intérieur de maint public-house, un écriteau annonce : « Absinthe not ». Absinthe chaude. Et il n'est pas rare d'apercevoir un consommateur qui mêle à cette absinthe coupée d'eau bouillante quelques morceaux de sucre, une tranche de citron, un peu de cannelle pilée et un clou de girofle. Le mélange achevé, il avale la chose fumante sans reculer devant sa couleur ignoble ni ses parfums nauséabonds. D'autres boivent l'absinthe froide, mais en la corsant d'alcools anglais qui en augmentent la force. Quelques-uns vident même leur petit verre d'absinthe pure dans une tasse de café sucré.

« En une ville immense comme celle-ci et où il n'y a pas d'octroi, la statistique de la consommation de l'absinthe exigerait un long travail d'enquête. Il est cependant certain que tel épicier qui, en 1885, vendait chaque année dix caisses de douze bouteilles d'absinthe, en vend aujourd'hui plus de trois cents. Il ne vendait de « poison français » qu'à quelques Français établis à Londres ; il en vend maintenant aux Anglais de son quartier et aux patrons de public-house.

« Cette extension dans la consommation de l'absinthe n'a pas été sans influence sur les ivrognes londoniens, le buveur d'absinthe se dégoûtant peu à peu de tout autre alcool et n'admettant plus dans son verre que la liqueur verte. On reconnaît ce buveur entre cent ivrognes. C'est un être amaigri, pâle, d'une pâleur d'eau glauque avec des taches plus profondes aux pommettes ; c'est un nerveux dont bientôt la main tremblera et dont l'œil se teint de stries sanglantes ; c'est un rageur prompt aux aveugles colères ; c'est le mauvais ivrogne, triste et dangereux. On commence à rencontrer dans Londres beaucoup de ces faces inquiétantes de pierrots malades. Et cela fait songer au mot de Sterne : « Quand ils sont ivres, le Français bavarde, l'Allemand dort, l'Anglais boxe. »

« Les sociétés de tempérance se sont émues à juste titre, et leur initiative sera suivie. »

La lutte contre l'alcoolisme au temps jadis. — Pour combattre l'ivresse et les longues séances dans les cabarets, notre ancienne monarchie avait recours à des mesures très radicales, comme le prouvent les deux faits suivants cités par le *Journal des Débats* (numéro du samedi 11 avril 1896) :

Un édit de François I^{er}, rendu en 1536, ordonne que « qui-conque sera trouvé ivre soit incontinent constitué et détenu prisonnier *au pain et à l'eau* pour la première fois ; si seconde-ment il est repris, sera battu de verges ou de fouet dans la prison, et tierce fois sera fustigé publiquement ; et, s'il est incorrigible, sera puni d'*amputation d'oreille*, d'*infamie* et bannissement ». — A la suite des Etats Généraux de 1560, Charles IX rendit une ordonnance qui défendait aux habitants des villes,

bourg et villages, sous peine d'amende et de prison, d'aller boire ou manger dans les cabarets. De quelque qualité qu'ils fussent, les coupables devaient être « attachés à un poteau, par le cou, en un carrefour, aux fins de bailler exemple et d'intimider les autres, chose qui est grandement profitable à un Etat, parce que les artisans ou leurs serviteurs, aux jours de fêtes, dépensent en un repas tout ce qu'ils ont gagné en une semaine, de quoi ils pourraient nourrir, en vivant sobrement, tant eux-mêmes que leur famille ». La Société de tempérance n'oserait aller jusque-là, conclut avec raison notre frère.

LE GUÉRISSEUR DE VIALAS

Un nouveau guérisseur à ajouter à ceux cités dans le dernier numéro des *Annales* (p. 345). Son histoire nous est racontée ainsi qu'il suit, par M. Fortuné Mazel, dans la *Revue scientifique* du 4 avril 1896 :

« Nous avons dans les environs de Nîmes, sur les limites de la Lozère, un guérisseur célèbre, le sorcier de Vialas. Sa réputation vient de franchir les limites du département, de la région et de la France. C'est par centaines que les Suisses des cantons allemands se sont rendus en pèlerinage à Vialas, dans le cours de 1895, à tel point que la Compagnie P.-L.-M. a été sollicitée à l'effet d'établir des trains de plaisir de Genève à Genolhac (qui dessert Vialas), tout comme pour les villes d'eaux les plus réputées.

« Je dois à l'obligeance de mon ami, M. Ludovic Vernhette, docteur en droit, la communication et la traduction de plusieurs *tracts* allemands concernant les cures opérées par M. Vignes, le sorcier de Vialas.

« M. Vignes est un paysan aisé, septuagénaire, simple d'allures, sans autre particularité que la profondeur et la vivacité de son regard. Il reçoit de midi à 1 heure seulement et ne fait d'exception pour personne.

« Il a l'air plutôt malheureux que satisfait du don de guérir qui lui est attribué. Il n'accepte ni rétribution, ni argent et n'administre aucun remède.

« Il a tenu quelque temps compte des personnes qui venaient le consulter ; depuis longtemps il ne compte plus, et ce nombre augmente tous les ans : son dernier chiffre positif est 3,500 personnes.

« On voit une quinzaine de personnes à chaque consultation. Les malades sont réunis dans une salle commune. M. Vignes se présente et débute par un petit discours : « Qu'est-ce que vous venez faire ici ? Dieu est partout ; il vous eût guéri chez vous comme chez moi. Je ne suis qu'un homme comme vous.

Vivez pour Dieu, non pour le monde ; ayez confiance en Dieu sans réserve et sans faiblesse et vous serez guéri. » Il répète cinq ou six fois et fait traduire en allemand ce petit sermon, puis s'adressant à l'un des malades : « Que vous manque-t-il ? » Et quand le sujet a terminé le récit de ses maux, il l'invite à faire quelques mouvements, s'il s'agit d'un paralysé ou d'un rhumatisant ; lui adresse la parole à voix progressive-ment plus basse, si c'est un sourd. Il admoneste les parents qui gâtent leurs enfants, les ouvriers qui boivent ou fument, adresse à tous quelques paroles d'encouragement et promet, avec l'aide de Dieu, une guérison complète.

« M. Vignes possède aussi le don de guérir à distance : les journaux signalent des améliorations extraordinaires dues à son intercession. Les malades améliorés sont des rhumatisants, des hémiplégiques, des monoplégiques, des enfants paralysés, des sourds, des épileptiques, des neurasthéniques, des cataractés. Il n'est fait qu'une discrète allusion à ceux qui n'ont obtenu aucun effet.

« Voici le titre de l'ouvrage concernant notre guérisseur :

LE VIEIL EVANGILE, N° 2

JOYEUSE NOUVELLE POUR LES MALADES

RELATIONS SUR LES ŒUVRES DU CULTIVATEUR CÉVENOL

VIGNES DE VIALAS

Réunies par G. Schlachter.

EN VÉRITÉ, IL PORTAIT NOTRE MALADIE

(Isaïe), 2^e édition.

BIENNE (*S'adresser au bureau des Miettes*).

« Il est assez curieux de constater que M. Vignes est calviniste, et que c'est dans le milieu calviniste que sévit cette curieuse épidémie d'iatromysticisme. »

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ

Suicide d'un persécuté. — On lit dans le *Journal des Débats* (numéro de dimanche 29 mars 1896) :

« M. Victor Mellot, rentier, demeurant rue de Passy, 1, revenait hier, accompagné de sa femme, d'Epernay, où il venait de louer une maison de campagne. Les époux avaient pris place dans l'express n° 28. Comme le train passait devant la gare de Meaux, où il ne s'arrête pas, M. Mellot ouvrit brusquement la portière et se précipita sur la voie. Il disparut sous un train de marchandises qui arrivait en sens contraire. Sa femme, affolée, fit cependant fonctionner le signal d'alarme; le train s'arrêta, et on se mit à la recherche du suicidé. Son corps fut bientôt retrouvé, affreusement mutilé, la tête broyée,

les jambes coupées. M. Mellot était atteint du délire de la persécution. »

Représentation théâtrale interrompue par un aliéné. — Le *Temps* (numéro de samedi 11 avril 1896) raconte que : « M. Jean de Reszké, jouant Roméo à l'Auditorium de Chicago, a été interrompu par un fou qui s'est précipité sur la scène pour haranguer le public et lui prouver comme quoi il n'était pas fou. Au premier moment, M. de Reszké, qui avait cessé de chanter, crut avoir affaire à un anarchiste et la main sur la garde de son épée, il s'apprêtait à se défendre; le chef machiniste s'était élancé des coulisses, mais devant l'attitude menaçante de l'aliéné, il crut prudent d'aller chercher du renfort, tandis que toute la salle en suspens, et M^{me} Melba, l'amoureuse Juliette, à la fenêtre, attendaient le dénouement de ce singulier incident.

« Enfin, on s'était décidé à baisser la toile, et plusieurs machinistes, survenant, se saisirent du fou, le livrèrent au policeman et la représentation continua. »

Folie à deux. — Une femme, de mise et d'allures distinguées, se présentait hier, accompagnée de ses deux fils, dont l'un est âgé d'une vingtaine d'années, l'autre de neuf seulement, au gouvernement militaire de Paris, demandant à parler au général Saussier. A l'officier d'ordonnance qui reçut les visiteurs cette femme fit, le plus tranquillement du monde, et en l'agrémentant de toutes sortes de détails, le récit suivant, dont son fils aîné confirma solennellement l'exactitude :

Je suis M^{me} D...; mon mari, mort dernièrement, a été empoisonné, j'en ai la preuve et je veux me venger des meurtriers; malheureusement tous ceux à qui j'ai demandé justice m'ont éconduite; en vain j'ai demandé à tous les tribunaux qu'on fit au moins l'autopsie du corps de mon mari; je n'ai rien obtenu: nous sommes gouvernés par des bandits. Aussi je viens vous proposer de « supprimer » ce gouvernement. Mettez-vous à la tête de l'armée, on vous suivra. Dans toutes les villes de France où nous sommes allés mes fils et moi, les soldats, sur notre passage, se rangeaient criant : « Vivent les empereurs ! » Vous voyez bien qu'ils « marcheront »; général, faites-nous rendre justice !

L'officier, légèrement interloqué par ce discours, se contente d'envoyer ces singuliers révolutionnaires au commissariat de police voisin. M. de la Londe, respectueusement salué par eux du titre de général, reçut à son tour successivement les confidences de la mère et du fils aîné. Chose curieuse, tous deux firent exactement le même récit, avec le même accent de sincérité et de conviction. Il n'était plus douteux qu'on se trouvait

en présence d'un double cas de folie, d'un genre particulièrement curieux.

Les deux malades, qui, on l'a appris ce matin, avaient déjà été internés dans un asile d'Eure-et-Loir, ont été envoyés à l'infirmerie du Dépôt. (*Le Temps*, numéro du mercredi 15 avril 1896.)

Une persécutée homicide. — Une folle, nommée Léonie Le-graverand, qui est domiciliée à Noisy-le-Sec et qui se croyait persécutée par les prêtres, — elle les accuse d'empoisonner les boîtes de conserve et les bouteilles de liqueur qu'elle achète chez les épiciers, — remontait hier le boulevard Sébastopol, après être allée porter ses doléances au service de la sûreté, lorsque, voyant un prêtre qui marchait tranquillement devant elle, elle s'approcha de lui et lui tira deux coups de revolver. Le prêtre s'enfuit épouvanté, en appelant au secours, tandis que des passants arrêtaient la folle et la conduisaient au commissariat de police de M. Bureau, rue des Prouvaires. (*Le Temps*, numéro du vendredi 17 avril 1896.)

FAITS DIVERS

Epidémie de délire d'auto-accusation. — On écrit de Londres au *Temps* (numéro du mardi 25 février 1896) :

« Des faits révélateurs d'un délire nouveau se produisent depuis quelque temps en Angleterre, non plus isolés ou rares, mais fréquents et se succédant sans intervalles : des individus se présentent dans les stations de police en se déclarant les auteurs de crimes anciens ou récents, dont ils ont lu le récit dans les journaux.

« Il y a trois mois, un soldat se prétendait l'assassin d'une fille étranglée il y a plus de sept ans aux environs de Londres, alors qu'il était lui-même à l'armée des Indes. D'autres ont voulu usurper devant la justice la situation cependant peu enviable de Jack l'Eventreur. Enfin, plus récemment, lors du crime ou des deux crimes commis par le jeune garçon épicier Alfred Gamble, aujourd'hui interné dans un hôpital, deux détenus de la prison d'Holloway s'accusèrent spontanément à sa place.

« Cette fois, la série a été plus complète : dans le courant de la semaine dernière, quatre individus se sont présentés successivement dans les bureaux de police, pour avouer leur complicité dans le crime de Muswell lodge (dont les véritables auteurs sont toujours inconnus). Deux de ces insensés ont été internés et confiés aux soins des médecins aliénistes ; les deux autres ont été rendus à leur famille. »

La secte des ascensionnistes. — On lit dans le *Temps* (numéro du lundi 23 mars 1896) :

« Les nègres d'Atlanta (Géorgie), faisant partie de la secte des « ascensionnistes », sont en révolution, et il y a vraiment de quoi.

« Les adeptes de cette secte, au nombre de plus de cent, s'attendaient, paraît-il, à être enlevés au ciel, par un tourbillon de vent. La plupart d'entre eux ont vendu à vil prix ou même donné à leurs amis tous leurs biens, dans la conviction qu'ils n'auraient besoin de rien au paradis. On cite même le cas d'une nègresse qui a abandonné ses deux enfants, de peur qu'ils ne la gênassent dans son ascension, et ces pauvres petits êtres seraient morts de faim si la police n'était pas allée à leur secours.

« Il est facile de s'imaginer après cela la consternation jetée dans le camp des ascensionnistes par une dépêche qu'un journal de Londres, désireux de se faire une réclame aux Etats-Unis, leur a adressée, pour les informer que, par ordre divin, l'ascension était ajournée à sept ans et sept mois. »

Drame à l'asile Sainte-Anne. — Le lundi 25 février 1896, un aliéné, de l'asile Sainte-Anne, recevant la visite de sa femme, entraîna celle-ci dans un coin retiré des jardins de l'établissement, loin de toute surveillance et, sur son refus de l'aider à lui faire recouvrer sa liberté, il lui porta avec un couteau qu'il avait dérobé et aiguisé en pointe, plusieurs coups très graves : deux dans l'abdomen, un à l'aine, un au front et un à la main gauche. La malheureuse mourut quelques jours après, des suites de ses blessures, malgré les soins qui lui furent prodigues.

Le meurtrier est un alcoolique chronique. Marchand de vins à Paris, il se livrait, comme la majorité de ses confrères, à des excès nombreux de boisson et, en particulier, d'absinthe. Placé une première fois à l'asile de Ville-Evrard, il s'en évada, rentra chez lui, reprit aussitôt ses habitudes d'intempérance, et, sous l'influence d'idées de jalouse, justifiées ou non, il donna plusieurs coups de couteau à sa femme, mais sans lui faire grand mal. A la suite de cette tentative d'homicide, il fut réintégré à l'asile Sainte-Anne, où il ne tarda pas à se calmer, grâce à l'isolement, grâce surtout à l'abstinence de liqueurs alcooliques. Mais il conservait une grande animosité contre sa femme, qu'il accusait de le tromper avec son employé, de « faire des manèges avec lui », de s'entendre avec son amant pour vendre ses économies, etc. En outre, il réclamait sa sortie avec la plus vive instance, s'adressant aux autorités administratives et judiciaires, écrivant lettre sur lettre, recourant même aux menaces. Impossible de faire droit à ses demandes ; c'eût été vouer

sa femme à une mort certaine. Ne pouvant arriver à son but par les voies régulières, il trouva un autre moyen pour se venger : dérobant un couteau, il parvint à l'aiguiser et, profitant d'une des visites que sa femme, qui était cependant payée pour se méfier, lui faisait régulièrement, il parvint à l'entraîner dans un lieu retiré de l'établissement. Là, loin de toute surveillance, il la laboura de coups de son arme avec un acharnement de bête fauve.

Ce fait si douloureux porte avec lui son enseignement : l'aliéné alcoolique, à idées de jalousie, justifiées ou non, est essentiellement un être dangereux, et, comme tel, doit être soumis à une surveillance constante. La mise en liberté ne devrait même être accordée que sous certaines garanties, car ne suffit-il pas du moindre appoint d'alcool pour provoquer du délire et des actes de violence dangereux pour la sécurité publique et la sûreté des personnes ?

Médaille d'argent décernée à M^{me} la supérieure de l'asile d'Alençon. — Nous empruntons à l'*Avenir de l'Orne* (numéro du vendredi 20 mars 1896) le récit suivant :

« Une cérémonie, bien touchante dans sa simplicité, a eu lieu le 17 courant, à l'asile d'aliénés de notre ville.

M. Couppel du Lude, préfet de l'Orne, auquel avait bien voulu se joindre M. Febvre, secrétaire général, est venu remettre à la sœur supérieure une médaille d'argent qui lui a été décernée par le gouvernement de la République.

En présence de MM. Lherminier, Charpentier, Guérin-Beaupré, Monguilan, membres de la Commission de surveillance (M. le docteur Chambay, empêché, s'était excusé), de M. le docteur Déricq, directeur-médecin en chef, de M. le docteur Dupain, médecin adjoint, M. le Préfet, en félicitant la sœur Saint-Yon, a fait ressortir, avec un choix heureux d'expressions, quelles sympathies actives avaient concouru pour demander une récompense si bien méritée par cinquante années d'un dévouement obscur mais réel. Il a rappelé l'initiative de la Commission de surveillance, l'insistance du directeur, enfin les démarches personnelles qu'il avait été heureux de faire près de M. le Ministre de l'intérieur, et la satisfaction qu'il avait éprouvée à les voir couronnées de succès.

Il est difficile de dépeindre l'émotion de la vénérable supérieure ; quelques-unes des nombreuses sœurs présentes laissaient librement couler des larmes de joie.

A l'époque troublée que nous traversons, il est reconfortant de constater qu'il est un patrimoine commun pour l'augmentation duquel peuvent se rencontrer et s'unir tous les bons esprits d'origine, de confession, d'idées politiques différentes. C'est celui de la bienfaisance, du dévouement aux malheureux,

et que la République, sous l'impulsion du distingué directeur de l'Assistance publique, s'efforce de faire fructifier. Des récompenses, comme celle que nous signalons, montrent bien que tous les services rendus sont appréciés.

Ajoutons, pour terminer, que par une délicate attention, la remise de cette médaille, si bien gagnée, avait lieu à la veille de la fête de saint Joseph, patron des sœurs de Saint-Joseph de Cluny qui desservent l'asile des aliénés. »

Hallucination collective. — On mande de Caen au *Temps* (numéro du samedi 18 avril 1896) :

« Depuis un mois environ, la commune de Tilly-sur-Seulles, chef-lieu de canton de l'arrondissement de Caen, à 5 kilomètres de la gare d'Audrieu, sur le chemin de fer de Paris à Cherbourg, est le théâtre de scènes étranges.

Le 18 mars, vers quatre heures de l'après-midi, une petite fille de l'école congréganiste interrompit la religieuse qui engagait ses élèves à célébrer pieusement le lendemain la fête de saint Joseph, en s'écriant : « Regardez, madame, par la fenêtre, voilà la bonne Vierge ! » La religieuse et ses cinquante élèves déclarent avoir alors aperçu ce qui leur sembla être une statue de la Vierge, tenant l'enfant Jésus dans ses bras, debout sur un talus au pied d'un arbre et entourée d'un nimbe éblouissant.

Tilly est promptement devenu un lieu de pèlerinage où l'on se rend des points les plus éloignés du département comme des départements de l'Orne et de la Manche. Dimanche dernier, les pèlerins étaient au nombre de plus de douze cents. Chaque soir, près de cinq cents personnes se pressent autour de l'arbre miraculeux que les curieux dépouillent de son écorce pour en faire des reliques et la foule se multiple des gens qui croient voir. Ce ne sont qu'extases, pleurs et prières et toute la contrée est en émoi.

Ainsi qu'on devait s'y attendre, la Vierge a déjà fait des miracles.

Les sceptiques attribuent ces visions aux phosphorescences qui se dégagent des fours à chaux très nombreux dans la localité. »

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE III^e VOLUME DE LA HUITIÈME SÉRIE

PREMIÈRE PARTIE

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS

I. — Chronique.

PAGES.

Le cinquantenaire de l'Association médico-psychologique américaine; par le Dr Victor Parant	5
-------------------------------------------------------------------------------------------------------	---

II. — Pathologie.

L'aliénation mentale chez les Arabes. Etudes de nosologie comparée; par le Dr Meilhon	17, 177 et 353
Paralysie hystérique avec contracture et troubles nerveux; par le Dr Henry Bonnet	33
Psychoses de la vieillesse. Observation de délire raisonnant de persécution chez une femme âgée de soixante-seize ans; par le Dr E. Régis	208
Des guérisons tardives; par le Dr Chatelain	364

III. — Médecine légale.

De quelques cas psycho-pathologiques devant les tribunaux serbes; par le Dr M. Vlad. Vassitch	43
Exhibitionniste condamné par les tribunaux; par le Dr Vigouroux	213

IV. — Établissements d'aliénés.

Deux asiles d'aliénés criminels; par le Dr Pons	378
-----------------------------------------------------------	-----

V. — Législation.

Projet de loi fédérale suisse sur les aliénés et nouvelle loi sur le régime des aliénés du Canton de Genève	402
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

VI. — Revue critique.

La nouvelle hospitalisation des aliénés par la méthode de liberté et son application à Ville-Evrard; par le Dr E. Marandon de Montyel	60
De l'impulsion, sa définition, ses formes et sa valeur psychologique; par le Dr Bourdin	217
Duchenne (de Boulogne) et son œuvre; par le Dr A. Motet	426

DEUXIÈME PARTIE

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

I. — Société médico-psychologique.

Séance du 28 octobre 1895. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Conolly-Norman et Fletcher Beach, James	
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

	PAGES
Kiernan, Ph. Tissié, Hannion, Durand (de Gros), André des Essarts, Motet. — Aliéné condamné par la Cour d'assises de l'Oise, dans sa session de mars dernier : MM. Adam, Charpentier. — Hallucinations provocatrices de sensations et entre autres du besoin d'uriner : MM. Aug. Voisin, Charpentier	86
Séance du 25 novembre 1895. — Mort de M. Rouillard et Coutagne : M. Moreau (de Tours). — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. René Semelaigne, Le Filiâtre, Mingazzini, Miguel Bombarda, Roberto Massalongo, Demestrescu. — Présentation d'un marteau percuteur (avec fig.) : M. Toulouse. — « Le merveilleux scientifique. » Réponse à M. Pierre Janet : M. Durand (de Gros). — Rapport de M. Roubinovitch sur la candidature de M. Tissié; élection. — Rapport de M. René Semelaigne sur la candidature de M. James C. Kiernan ; élection. — Obsession homicide : MM. Ch. Vallon, Briand, Paul Garnier, Charpentier, Gilbert Ballet, Arnaud, Christian	100
Séance du 30 décembre 1895. — A propos du procès-verbal : M. Aug. Voisin. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Taguet, Toulouse, Buffet, Tissié, Massalongo, Boucher. — Election du bureau de 1896. — Rapport de M. Moreau (de Tours) sur la candidature de M. Mingazzini : élection. — Rapport de M. René Semelaigne sur la candidature de M. Le Filiâtre : élection. — Les délinquants dits irresponsables : MM. Charpentier, Gilbert Ballet, Colin	240
Séance du 27 janvier 1896. — Installation du bureau : MM. Moreau (de Tours), Charpentier, Paul Garnier. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Le Filiâtre, Kiernan, Mingazzini, Godfernaux, Briand, Klippel. — Mémoires envoyés pour les prix à décerner en 1896. — Nomination des commissions de prix. — Un extrait de l'éloge de Gubler, par M. Bergeron : M. Motet. — Rapport de la commission des finances : M. Christian. — Rapport de M. Sérieux sur la candidature de M. Buffet; élection	265
Séance du 24 février 1896. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Bergeron, Buffet, Francesco Casella, Michel Bombarda. — Rapport de M. Sérieux sur la candidature de M. Taguet; élection. — Rapport de M. Roubinovitch sur la candidature de M. Toulouse; élection. — Rapport de M. Séglas sur la candidature de M. Godfernaux; élection. — Un cas d'illusion de « déjà vu » ou de « fausse mémoire » : MM. Arnaud, Pierre Janet, Paul Garnier, Charpentier, Briand	446
Séance du 30 mars 1896. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Sollier, Régis, Taguet, Toulouse, Godfernaux. — Mort de M. Constans : M. Charpentier. — Rapport de M. Moreau, de Tours, sur la candidature de M. Casella; élection. — Un cas de psychose post-influenzique : MM. Larroussinie, Vallon, Falret, Christian	471
II. — Revue des journaux de médecine.	
SOCIÉTÉS SAVANTES (1894)	
(Anal. par le Dr CAMUSET).	
Rapports entre la syphilis et la paralysie générale.	124
Trois enfants microcéphales idiots.	127
Consanguinité et hérédité morbide.	128
Maladie de Thomsen	129
Anesthésie chirurgicale par un mélange nouveau de chloroforme et d'éther.	130

	PAGES
Cas de mort par le bromure d'éthyle	130
Paralysie consécutive à une angine pseudo-membraneuse non diphtéritique	131
Gangrènes spontanées d'origine nerveuse	131
Névrite du plexus cardiaque et angine de poitrine par aortite paludique	135
Traitemen physiologique de la mort apparente	137
Pathogénie du coup de chaleur	139

JOURNAUX FRANÇAIS (1892)

(Anal. par le Dr CAMUSSET.)

Etude anatomique sur les vaisseaux sanguins des nerfs	280
Des idées de grandeur chez les persécutés	281
Toux et bruits laryngés chez les hystériques, les cheréiques, les tiqueux, etc.	281
Astasie-abasie arrêtée par la pression de certaines régions	282
Paralysie générale progressive à début très précoce	282
Note sur un aliéné homicide	282
Association du tabes avec le diabète sucré	283
Hallucinations psycho-motrices dans la mélancolie	283
Somnambulisme spontané dans ses rapports avec l'hystérie	284
De l'anesthésie hystérique	284
Albuminurie post-paroxystique chez les épileptiques	285
De l'onomatomanie	286
La paralysie générale spinale diffuse subaiguë est-elle un type clinique distinct de myérite diffuse?	286
L'amnésie hystérique	287
Epilepsie ancienne d'origine traumatique traitée par la trépanation	287
Automatisme ambulatoire chez un dipsomane	288
Aphasie motrice pure avec lésion circonscrite	288
Localisations cérébrales et leurs relations avec la thérapeutique	288
L'amblyopie transitoire	288
La suggestion chez les hystériques	289
Syndrome hystérique simulateur de la sclérose en plaques	290
Observation d'atrophie musculaire progressive	290
Documents pour servir à l'histoire des somnambuliques	290
Parésie des membres inférieurs et de la vessie dans l'influenza	291
Cas d'hystérie mâle atypique avec troubles particuliers de la sensibilité	291
Cas de tabès à début céphalique caractérisé par la lésion des 2 ^e , 3 ^e , 4 ^e , 5 ^e et 6 ^e paires craniennes	292
Etiologie du tabes dorsal	292
Appareil destiné à évoquer les images motrices graphiques chez les sujets atteints de cécité verbale	292
Sommeil provoqué par l'occlusion des oreilles et des yeux chez les individus affectés d'anesthésie hystérique généralisée	292
Contribution clinique à l'étude de la névrite paludéenne	293
La médecine vibratoire	293
De la rareté des paralysies laryngées corticales	294
Complexus symptomatique (aphagie, alalie, astasie-abasie) guéri par la suggestion forcée	294
Le délire de persécution à évolution systématique	294
Le trional et le tétronal dans la pratique psychiatrique	295
Des obsessions en pathologie mentale	295
Applications thérapeutiques de l'hypnotisme	296, 298, 299 et 304
Hystéro-syphilis	297
La folie menstruelle	297

	PAGES
La poésie chez les aliénés	298
Aliénés simulateurs	298
Procédés à employer pour l'étude anatomique et photographique du système nerveux	299
L'excitation sexuelle morbide	299
Syphilis et paralysie générale	299
Visibilité des effluves magnétiques et électriques chez les sujets en état hypnotique	300 et 302
Les suicides-clubs	300
De la folie choréique	300
Prophylaxie de la morphinomanie et de la morphino-cocalomanie	301
De l'emploi des miroirs rotatifs dans la thérapeutique de l'hystérie	301
Considérations générales sur la structure et les maladies du système nerveux	301
Un émule de Barra	302
Cas rare de dipsomanie. Inhalation d'éther	302
Les localisations cérébrales	303
Les phénomènes hypnotiques chez les animaux	304
Double meurtre et tentative de meurtre commis par un buveur d'habitude	304
Amnésie rétrograde consécutive à l'intoxication par l'oxyde de carbone	304
Attentat à la pudeur par un alcoolique sur des enfants	304
Observation de suicide chez un aliéné	305
Assassinat commis par un épileptique	306
Névrose traumatique	306
Nécessité de considérer l'examen psycho-moral de certains prévenus ou accusés comme un devoir de l'instruction	306
Etude médico-légale de la folie circulaire	307
Mutilations par mouvements automatiques chez les paralytiques généraux	308
Hémorragie cérébrale avec irruption ventriculaire terminant une intoxication chronique par le plomb	309
Syndrome hystérique simulateur d'une lésion organique protubérante	309
Compression du nerf cubital par des bandes de tissu fibreux	310
Fréquence et pathogénie des troubles de la parole consécutifs à la variole	310
De la folie hépatique	311
Neurasthénies locales	312

JOURNAUX ITALIENS (1896)

(Anal. par J. SOURY.)

Valeur respective de la partie chromatique et de la partie achromatique du cytoplasma et des cellules nerveuses	481
Fine anatomie du pont de Varole chez l'homme	484
Recherches expérimentales relatives à l'influence du cerveau sur les échanges d'azote	484
Examen bactériologique du sang dans le délire aigu	487
Fine anatomie des régions pédonculaire et sous-thalamique chez l'homme	487
Rapports anastomotiques du nerf accessoire et du nerf vague	488

III. — Bibliographie.

La pathologie de l'esprit; par le Dr Henry Maudsley (Anal. par le Dr Cullerre)	142
Contribution à l'étude de la névrogolie chez l'homme sain; par le professeur Weigert (Anal. par le Dr J. Dagonet)	313

	PAGES
Revue des thèses soutenues devant la Faculté de médecine de Lyon (1894-1895); par le Dr Th. Taty	318
Contribution au nouveau traitement de l'épilepsie par la médication opio-bromurée; par le Dr Kurt. Benecke (Anal. par le Dr Nicoulau)	322
L'épidémie de grippe des années 1891-1892 à Koenigsberg, avec considérations particulières sur les psychoses; par Georges Aust (Anal. par le Dr Nicoulau)	324
Huitième rapport annuel des directeurs de l'hôpital d'Etat Saint-Laurent (Anal. par le Dr A. Cullerre)	325
Tabes saturnin; par W. R. Gowers (Anal. par le Dr A. Cullerre) .	326
Sur la syphilis du système nerveux; par le Dr Julien Mickle (Anal. par le Dr A. Cullerre)	327
Un cas de paranoïa avec étude des circonvolutions cérébrales; par le Dr Henry G. Berkley (Anal. par le Dr A. Cullerre)	328
Traitement efficace de l'alcoolisme sans remèdes secrets; par le Dr C. H. Hughes (Anal. par le Dr Ph. Chaslin)	329
Les impulsions irrésistibles des épileptiques; par le Dr Victor Parant (Anal. par le Dr Arnaud)	489
Pathogénie de l'épuisement nerveux; par le Dr Maurice de Fleury (Anal. par J. Soury)	492
Le patronage familial dans le gouvernement d'Ekaterinoslav; par le Dr Gofseeff (Anal. par le Dr Roubinovitch)	495
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE	329 et 496

IV. — Variétés.

Liste des membres de la Société médico-psychologique. — Nominations et promotions : MM. Lallement, Brun, Chambard, Strauss, Vernet, Nicoulau, Trenel, Malfilâtre, Bresson, Charron, Fenayrou. — Nécrologie: Rouillard. — Prix de l'Académie de médecine. — Les aliénés en liberté. — Tribunaux. — Faits divers. Nominations et promotions : MM. Ch. Strauss, Briand, Mairet, Marie, Sollier, Toulouse, Thivet, Pactet, Hamel, Girma. — Prix de l'Académie des sciences. — Concours d'admissibilité aux emplois de médecins-adjoints des asiles publics d'aliénés institué par l'arrêté ministériel du 18 juillet 1888; conditions du concours. — La situation des asiles d'aliénés en Belgique. — Le suicide en France et en Allemagne — Petite statistique de l'alcoolisme. — Un aliéné à la tête d'un musée. — Le guérisseur de Denver — Faits divers. — Troisième congrès international de psychologie tenu à Munich du 4 au 7 août 1896. — Congrès annuel de médecine mentale et nerveuse. Session de Nancy (1896). — Nouveaux recueils de médecine mentale et nerveuse. Nominations et promotions : MM. Pichenet, Chardon, Bonnet, Fenayrou, Maunier, Dauby, Pactet, J. Dagonet, Doursout. — Nécrologie: Dr Constan. — Prix de l'Académie de médecine. — Concours d'admissibilité aux emplois de médecins-adjoints des asiles publics d'aliénés, institué par l'arrêté ministériel du 18 juillet 1888. — La lutte contre l'alcoolisme. — Le guérisseur de Vialas. — Les aliénés en liberté. — Faits divers. Table des matières du tome III de la 8 ^e série.	147 334 500 516
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.

Paris. — Imprimerie L. MARETHEUX, 4, rue Cassette.