

Bibliothèque numérique

medic@

Annales médico-psychologiques

n° 05. - Paris: Masson, 1897.

Cote : 90152, 1897, n° 05



(c) Bibliothèque interuniversitaire de médecine (Paris)
Adresse permanente : <http://www.bium.univ-paris5.fr/hist/med/medica/cote?90152x1897x05>

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 CINQUIÈME

CINQUANTE-CINQUIÈME ANNÉE

PARIS

90.152

MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

—
1897

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS
Pathologie
ÉTUDE
SUR LES
SENSATIONS ILLUSOIRES DES AMPUTÉS
Par le Dr A. PITRÉS
Doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux.



C'est un fait de connaissance vulgaire, que les amputés éprouvent fréquemment des sensations désagréables ou douloureuses, qui leur paraissent siéger dans les parties du corps qu'ils ont perdues. Selon l'expression de Weir Mitchell, ils portent, à la place du membre enlevé, un *membre fantôme* qui les suit partout, et dont ils sont souvent plus préoccupés que des membres réels qui leur restent.

Ambroise Paré a appelé, le premier, l'attention, il y a plus de trois siècles, sur cette étrange particularité. Il l'a signalée dans les termes suivants : « Les patients, longtemps après l'amputation faite, disent encore sentir

douleur ès parties mortes et amputées, et de ce se plaignent fort ; chose digne d'admiration et incroyable à gens qui de ce n'ont expérience (1). » Tous les chirurgiens ont reconnu, depuis, la parfaite exactitude de son observation. Les psychologues et les physiologistes, désireux d'en fournir des explications plausibles, ont invoqué tour à tour l'empire de l'habitude, l'influence de l'imagination, l'hallucination de la mémoire. Mais depuis les mémorables recherches de J. Muller, sur la transmission des impressions sensitives, on admet généralement que les sensations illusoires des amputés ont leur point de départ et leur véritable raison d'être dans l'irritation des filets nerveux contenus dans la cicatrice des moignons. Cette manière de voir est appuyée sur une foule de faits très précis. Cependant on se demande, depuis quelque temps, si elle suffit à rendre compte de tous les phénomènes observés, et si, en l'absence d'irritation périphérique, des processus purement psychiques ne peuvent pas créer de toutes pièces ou modifier notablement les sensations étranges perçues par les amputés. Les raisons qu'on peut invoquer en faveur de ces idées seront exposées et discutées dans le cours du présent travail.

Les principaux documents relatifs à l'histoire des sensations illusoires des amputés se trouvent réunis dans les dissertations de Lemos (2) et de Rhone (3), dans les traités de physiologie de Haller (4) et de J. Muller (5),

(1) Ambroise Paré. *Œuvres complètes*, 1 vol. in-4°, Paris 1585, XII^e livre, chap. xxviii, p. 486.

(2) Lemos. *Dissertatio quæ dolorem membri amputati remanentem explicat*. Hall., 1798.

(3) G. Th. Rhone. *De sensuum mendacio apud eos homines quibus membrum aliquat amputatum est*. Haller, 1842.

(4) Haller. *Elementa physiologiae*, t. IV, p. 305.

(5) J. Muller. *Physiologie du système nerveux*, trad. Jourdan, Paris, 1840, t. I, p. 173 et suiv.

dans les mémoires spéciaux de Castel (1), Rizet (2) et Guéniot (3), dans un remarquable chapitre de l'ouvrage de Weir Mitchell sur les lésions des nerfs (4), dans une brillante leçon du professeur Charcot (5), et dans la thèse récente d'un de mes élèves, M. Abbatucci (6).

L'étude que nous allons faire de cette intéressante question repose sur l'examen de 30 cas d'amputations anciennes ou récentes des membres (7).

Elle est divisée en deux parties. Dans la première, nous décrirons aussi complètement que possible les sensations illusoire dont se plaignent les amputés ; dans la seconde, seront exposés les faits sur lesquels repose l'interprétation psycho-physiologique de ces sensations.

(1) Castel. *De la douleur rapportée aux extrémités après qu'elles ont été séparées du membre*. Bulletin de l'Académie de médecine de Paris, t. III, 1838-1839, p. 246.

(2) Rizet. *Des moignons*, thèse de doctorat en chirurgie, Paris, 1857 et *Note sur une hallucination du toucher propre aux amputés*. Gazette médicale de Paris, 1861, p. 693.

(3) Guéniot. *D'une hallucination du toucher ou hétérotopie subjective des extrémités particulière à certains amputés*. Journal de la physiologie de l'homme et des animaux, 1861, t. IV, p. 416.

(4) Weir Mitchell. *Des lésions des nerfs et de leurs conséquences*, trad. Dastre, Paris, 1874, p. 300.

(5) J.-M. Charcot. Polyclinique du mardi, leçon du 18 juin 1888.

(6) Abbatucci. *Etudes psychologiques sur les hallucinations des amputés*. Thèse de doctorat, Bordeaux, 1894.

(7) Ces cas sont répartis de la façon suivante :

Amputations de cuisse	10 cas
— de jambes.	8 —
— d'un ou de plusieurs orteils.	2 —
— du bras.	3 —
— de l'avant-bras.	3 —
— d'un ou de plusieurs doigts.	4 —

La plupart des sujets que nous avons examinés avaient été amputés depuis longtemps (2, 3, 4, 5, 8, 10, 11, 15, 18, 22, 24, 27 et 57 ans). Les autres avaient été opérés depuis moins d'un an.

I

1. FRÉQUENCE DES SENSATIONS ILLUSOIRES DES AMPUTÉS. — Le nombre des amputés qui sentent leurs membres absents est considérable. Un chirurgien militaire, Rizet, a interrogé 455 sujets ayant subi des amputations pendant les guerres du premier et du second Empire ; il n'en a rencontré que 14 qui n'avaient pas eu, au moins pendant quelque temps, la sensation illusoire de l'existence des membres enlevés. Sur 90 amputés, observés par Weir Mitchell, cette sensation n'a fait totalement défaut que quatre fois. Enfin, sur les 30 malades qui ont servi de point de départ à notre étude, elle a manqué seulement une fois (1). En totalisant ces trois statistiques, nous arrivons aux résultats suivants : sur 575 cas d'amputation, l'illusion s'est produite 557 fois, et a manqué 18 fois. Elle s'observe donc dans la proportion de 96.87 p. 100, et manque seulement dans 3.13 p. 100 des cas.

Pourquoi manque-t-elle quelquefois ? On l'ignore. Weir Mitchell confesse son impuissance à expliquer ces exceptions. Il dit cependant que sur les quatre amputés qui n'avaient jamais eu de sensations illusoires, trois étaient des gens d'une intelligence inférieure, ce qui semblerait indiquer que l'illusion est, dans une certaine mesure, en rapport avec l'acuité intellectuelle ou l'habitude de l'auto-observation. Cette explication n'est guère vraisemblable. Il est beaucoup plus probable que l'existence ou l'absence des sensations illusoires, dépend de conditions locales. En effet, l'un des malades que j'ai

(1) Elle manquait également dans un cas d'amputation congénitale du bras gauche que j'ai eu l'occasion de voir tout récemment et qui ne figure pas dans les trente cas servant de base au présent travail.

étudiés, amputé des deux jambes, n'éprouve de sensations illusoires que d'un seul côté ; il n'en a jamais ressenti de l'autre. Un sujet à qui, après un écrasement du second pied, on enleva les deux premiers orteils du pied gauche, a conservé, depuis l'opération, l'illusion de l'existence du deuxième orteil, et n'a jamais senti le premier. Il est évident que, dans ces cas, l'absence de sensations illusoires ne peut être rapportée à la débilité intellectuelle des sujets.

2. DATE DE L'APPARITION ET DURÉE DE LA SENSATION ILLUSOIRE. — Dans la grande majorité des cas, la sensation illusoire se révèle aussitôt après l'opération. Quand les effets du chloroforme se dissipent et que le malade reprend conscience de son être, il lui semble qu'il possède encore son membre amputé. Il le sent, à sa place habituelle, enveloppé par le pansement. Il y éprouve même, parfois, des douleurs violentes qui ne lui laissent aucun doute sur la réalité de son existence.

Les cas dans lesquels la sensation illusoire ne se produit que quelques jours ou quelques semaines après l'amputation, sont beaucoup moins fréquents. Cette particularité s'est rencontrée chez quatre de nos trente sujets. Le laps de temps qui s'est écoulé entre l'opération et l'apparition du fantôme, a varié entre trois jours et six semaines. Nous ne connaissons pas d'exemple où l'intervalle ait été plus prolongé.

La durée de la persistance de la sensation illusoire est extrêmement variable. Chez un de nos malades, elle n'a pas dépassé une semaine ; chez un autre, un mois. Dans beaucoup de cas, elle persiste, sans aucune tendance à l'effacement, pendant de longues années. Plusieurs des sujets que nous avons interrogés le ressentent, avec la même intensité qu'au premier jour, depuis dix, vingt et trente ans. L'un d'eux, amputé de la jambe

droite, au tiers supérieur, à l'âge de huit ans, et actuellement âgé de soixante-cinq ans, n'a jamais cessé de l'éprouver depuis le jour de l'opération, c'est-à-dire depuis cinquante-sept ans.

3. FORME, VOLUME, ÉCARTEMENT DE L'EXTRÉMITÉ FANTÔME. — Quelquefois, l'amputé sent le membre qui lui manque tel qu'il était avant l'opération, avec sa forme, son volume, sa température, sa position, sa mobilité, ses rapports normaux. Mais, il faut bien le dire, cela est tout à fait exceptionnel. Dans la grande majorité des cas, le membre fantôme n'est pas senti « comme l'autre ». Il en diffère par un certain nombre de particularités dont nous indiquerons les principales :

a) Le plus souvent, l'extrémité terminale du membre absent est, seule, nettement perçue ; les parties intermédiaires entre cette extrémité et le moignon l'étant beaucoup moins, ou ne l'étant pas du tout. Ainsi, la plupart des amputés du bras sentent bien leur main et leurs doigts, mais ne sentent pas leur avant-bras et leur coude ; de même, les amputés de cuisse sentent nettement leur pied et leurs orteils, mais ne sentent pas leur jambe et leur genou. Quelquefois, l'extrémité fantôme n'est perçue qu'en partie : tel sujet amputé du bras ne sent, de sa main, que la paume et l'extrémité des doigts ; tel autre, amputé de cuisse, sent très nettement son talon ou ses orteils, mais n'a pas la notion précise de l'existence du reste du pied.

b) Parfois, l'extrémité perdue, au lieu d'avoir sa forme et son volume normaux, semble recroquevillée et rapetissée. Un de nos sujets sent, à la place de sa main amputée, une petite main du volume de celle d'un enfant de douze ans. Un autre croit avoir une main ratatinée, plus petite et plus ronde que celle du côté opposé, etc.

Il est fort rare que l'extrémité fantôme paraisse plus

grosse que nature. Dans un seul cas, et pendant quelque temps seulement, un de nos amputés du bras a senti la main absente plus volumineuse que l'autre.

c) Il est fréquent que l'extrémité fantôme paraisse moins éloignée du moignon qu'elle ne l'était avant l'amputation. Dans un bon nombre de cas, ainsi que l'a fort bien observé Guéniot, elle se rapproche peu à peu de la cicatrice, et semble s'appliquer contre elle, sans intermédiaire, de telle sorte que l'amputé du bras sent sa main à la hauteur du biceps ou du coude et que l'amputé de cuisse s'imagine avoir un pied au niveau du genou.

4. TEMPÉRATURE DE L'EXTRÉMITÉ FANTÔME. — La température de l'extrémité fantôme est presque toujours égale à celle du moignon lui-même, c'est-à-dire que le sujet la sent chaude ou froide, selon que le moignon est lui-même chaud ou froid. Deux de nos malades seulement font exception à cette règle. L'un, amputé du poignet gauche il y a neuf ans, a toujours chaud à la main fantôme ; l'autre, amputé du poignet droit depuis six ans, a toujours la main fantôme froide.

Ordinairement la sensation de froid est très vivement perçue dans l'extrémité absente. Quand la température extérieure s'abaisse, les malades y éprouvent très fréquemment la sensation de l'onglée. Ils peuvent d'ailleurs faire cesser cette sensation en réchauffant le moignon, qu'ils ont presque toujours soin, en hiver, d'entourer de plusieurs couches de laine. Quand on plonge les moignons dans l'eau très froide ou qu'on pratique à leur surface des pulvérisations d'éther, c'est ordinairement à l'extrémité absente du membre que les sujets sentent tout d'abord le froid et en souffrent. Inversement, quand on plonge les moignons dans un bain d'eau chaude, la sensation de chaleur est perçue plus vivement au fantôme, qu'au tronçon de membre restant.

5. CONTINUITÉ OU INTERMITTENCE DE LA SENSATION ILLUSOIRE. — La sensation illusoire éprouvée par les amputés est quelquefois continue : toujours, à tout instant, le sujet a l'illusion de l'existence du membre perdu. « Je ne sens pas toujours ma main réelle, disait le malade qui a fait l'objet de la leçon de Charcot, tandis que je sens toujours l'autre. » Deux de nos amputés de jambe nous ont fait des déclarations identiques relativement à leurs pieds ; ils ne sentaient pas toujours leur pied réel, mais sentaient toujours leur pied fantôme.

Dans la plupart des cas, la sensation illusoire n'a pas cette continuité, et les sujets ne sentent nettement leur extrémité fantôme que dans certaines conditions déterminées. Les uns l'oublient le jour et n'en ont la notion précise que la nuit ; les autres ne le sentent que lorsqu'ils y font attention ou lorsqu'ils en souffrent.

Un de nos malades, amputé de l'index gauche il y a vingt-sept ans, a eu pendant deux ans la sensation continue de l'existence du doigt enlevé ; mais depuis vingt-cinq ans, il ne le sent que lorsqu'ayant beaucoup travaillé, il éprouve de la fatigue dans la main.

Dans quelques cas, la sensation illusoire se montre ou disparaît selon que le moignon est ou non comprimé. Ainsi, un de nos amputés du bras, qui a l'habitude de porter un membre artificiel, ne sent sa main fantôme que quand il n'a pas son appareil ; aussitôt qu'il le place la main fantôme disparaît.

Sous la même influence, d'autres amputés voient se modifier la nature des sensations illusoires qu'ils éprouvent.

Ainsi, deux de nos amputés de jambe nous ont raconté que lorsqu'ils avaient leur pilon, ils sentaient leur pied fantôme assez confusément, et à la même distance du genou que leur pied réel ; quand ils quittaient le pilon, le pied fantôme se rapprochait du

moignon de 8 ou 10 centimètres et sa sensation devenait beaucoup plus précise.

Un autre amputé de jambe sent toujours son pied fantôme à la même distance du genou ; mais quand il met son pilon, il lui semble que ce pied est chaussé dans un gros soulier fort lourd, tandis qu'il lui paraît nu quand le moignon n'est plus comprimé par l'appareil.

6. MOBILITÉ DE L'EXTRÉMITÉ FANTÔME. — Le membre fantôme suit d'ordinaire tous les mouvements imprimés au segment du membre restant. Le pied semble s'élever si on élève le moignon de la cuisse amputée. La main se porte à droite ou à gauche, en haut ou en bas, selon que l'on porte dans l'un ou l'autre sens le moignon succédant à l'amputation du bras ; dans la marche, le malade la sent ballante à côté du tronc ; dans le lit, il la sent étendue le long du corps, etc.

Parmi les amputés qui sentent nettement leurs membres absents, quelques uns ne peuvent imprimer aucun mouvement imaginaire à l'extrémité fantôme. Ils ont beau faire effort pour mouvoir leurs doigts ou leurs orteils absents, ceux-ci résistent à leur volonté : ils sont et demeurent indéfiniment immobiles.

D'autres, au contraire, peuvent remuer volontairement les doigts ou les orteils fantômes, soit ensemble, soit isolément. Les amputés du bras ou de la cuisse peuvent ainsi quelquefois fléchir et étendre volontairement leur jambe ou leur avant-bras. Weir Mitchell et Charcot ont étudié ces mouvements illusoires, et montré leur importance théorique dans l'histoire du sens musculaire. Nous aurons à revenir ultérieurement sur ces illusions psycho-motrices. Contentons-nous de dire pour le moment, que chez les sujets qui peuvent mouvoir leurs extrémités fantômes, il suffit souvent de

refroidir le moignon ou de l'anémier par l'enroulement d'une bande élastique pour supprimer temporairement la possibilité d'exécuter des mouvements illusoires.

Chez quelques sujets, il se produit spontanément, à l'extrémité fantôme, des mouvements auxquels la volonté n'a aucune part. Chez d'autres, enfin, la compression de la cicatrice détermine des mouvements involontaires dans le membre absent. Ainsi, chez un de nos amputés du bras, la compression d'un point limité de la cicatrice ou du paquet vasculo-nerveux de la face interne du bras, provoque une flexion douloureuse et involontaire des doigts de la main fantôme.

7. DOULEURS SPONTANÉES SIÉGEANT DANS LES EXTRÉMITÉS FANTÔMES : FOURMILLEMENTS, ENGOURDISSEMENTS, ÉLANCEMENTS, CRAMPES. NÉVRALGIES DES MOIGNONS. SYNCINÉSIES. — Les amputés ressentent souvent, dans les extrémités qui leur manquent, des chatouillements désagréables, des fourmillements agaçants, des élancements, des engourdissements qu'ils peuvent habituellement apaiser en frictionnant le moignon ou en le plongeant dans de l'eau fraîche.

Ces sensations douloureuses sont, en général, particulièrement pénibles à l'époque des changements de temps, à l'approche des orages, par les vents d'ouest ou du midi. Beaucoup d'amputés signalent cette particularité avec une insistance et un luxe de détails qui ne permettent pas de conserver le moindre doute sur sa réalité.

Dans un certain nombre de cas, les douleurs rappellent, par leur caractère, celles qu'éprouvaient les malades avant l'opération. Un de nos amputés de jambe avait, avant de subir l'amputation, à la face dorsale du petit orteil, un cor qui le faisait beaucoup souffrir. Il éprouve la même souffrance, exactement localisée sur le dos du petit orteil, depuis l'amputation.

Ces douleurs du moignon et du fantôme prennent quelquefois les caractères d'une névralgie si cruelle que pour mettre un terme aux intolérables souffrances des malades, les chirurgiens ont été obligés de pratiquer des opérations sanglantes d'une réelle gravité, telles que l'excision de la cicatrice, la névrotomie à distance et même la réamputation (1).

Enfin, pour en terminer avec l'énumération des douleurs auxquelles sont sujets les amputés, nous devons signaler les *sensations syncinésiques*, c'est-à-dire les douleurs associées à certains phénomènes naturels, tels que le bâillement, la toux, les efforts pour aller à la garde-robe ou pour uriner. Beaucoup de sujets sont affligés de douleurs de ce genre. Un de nos amputés de jambe ressent une douleur vive dans son pied fantôme, toutes les fois qu'il urine, qu'il va à la garde-robe ou qu'il accomplit l'acte du coït. Chez un autre, les mêmes efforts répondent au pied fantôme et y provoquent une sensation de brûlure très vive.

8. ACCIDENTS RÉSULTANT DE LA SENSATION ILLUSOIRE DES AMPUTÉS. — Ce n'est pas sans de sérieux inconvénients que certains amputés s'imaginent avoir conservé le membre qu'ils ont perdu. Indépendamment des sensations pénibles ou douloureuses qu'ils éprouvent dans le fantôme, l'illusion de l'existence d'une jambe ou d'une main qui manque réellement peut donner lieu à une foule d'accidents.

Il convient de faire remarquer ici que, dans la plupart des cas, l'illusion est si vivace, si précise qu'elle trompe perpétuellement la conscience du sujet et s'impose

(1) On trouvera les principaux documents relatifs à cette question dans la thèse toute récente de M. Beaune. Paris, 1895-96, n° 296.

impérieusement à son attention. L'amputé, en effet, sent souvent mieux son extrémité absente que ses membres réels, et, la sentant mieux, il s'en occupe davantage. Bien plus, il en arrive à croire plus fermement à l'existence de l'extrémité fantôme qu'à celle des autres parties de son corps. Un malade de Weir Mitchell affirmait cette conviction dans les termes suivants : « Je ne dirai que la vérité en déclarant que je suis plus sûr de l'existence du membre que j'ai perdu que de celui que j'ai gardé. »

La plupart des malades que nous avons interrogés nous ont fait des déclarations analogues. « Je sais parbleu bien, nous disait l'un d'eux, que je n'ai plus ma jambe droite. Et pourtant, quand j'analyse mes sensations, je sens plus vivement le pied qui me manque que celui qui me reste. L'un me fait toujours mal, l'autre ne me cause aucune souffrance. Si je ne pouvais m'assurer par la vue et par le toucher que le pied endolori a été enlevé, je croirais fermement qu'il est toujours là. Il faut que je me raisonne pour me rendre compte de l'irréalité des sensations que j'éprouve. »

Quand l'illusion a cette netteté, l'amputé est instinctivement enclin à se servir du membre absent comme s'il était encore à la place où il le sent. De là, des accidents dont quelques-uns peuvent avoir des conséquences fâcheuses. Weir Mitchell raconte qu'un cavalier, amputé d'une main et croyant tenir la bride, de cette main, cravacha son cheval de l'autre, et se fit jeter par terre. Un autre, se figurait toujours, à table, saisir sa fourchette de la main fantôme et cela l'exaspérait.

Plusieurs de nos sujets ont été victimes d'accidents variés tenant à la même cause. L'un d'eux, amputé de l'avant-bras droit, perdit l'équilibre, un matin, en s'habillant : il voulut saisir le montant de son lit *avec sa main fantôme*, et l'appui sur lequel il comptait pour

rétablir son équilibre lui manquant, il tomba lourdement sur le sol. Un autre, amputé de la main, a été pendant longtemps fort incommodé, parce que, lorsqu'il voulait saisir des objets, il y portait instinctivement les doigts absents, comme s'ils avaient encore été à leur place. Un amputé de l'index a brisé ainsi des quantités de verres, et d'assiettes, parce qu'il s'imaginait toujours que la pression des doigts manquant devait les retenir. Un de nos amputés de jambe, se levant une nuit pour uriner, chercha à s'appuyer sur son pied fantôme, perdit l'équilibre et fit une chute grave. Deux de nos amputés de cuisse nous ont raconté qu'ils avaient fait des chutes analogues en sautant en bas de leur lit, comme s'ils avaient eu leurs deux membres inférieurs intacts, etc.

9. DISPARITION SPONTANÉE DES SENSATIONS ILLUSOIRES.

— Certains sujets, ainsi que nous l'avons déjà signalé, conservent indéfiniment l'illusion de l'existence du membre fantôme. D'autres la perdent après un temps variant de quelques semaines à plusieurs années. Cet effacement ne se produit pas toujours de la même façon. Parfois, le fantôme disparaît sans que le malade puisse se rendre compte des modifications qui ont précédé ou accompagné sa disparition. D'autres fois, ainsi que l'ont observé Guéniot, Rizet et Weir Mitchell, l'extrémité fantôme se rapproche graduellement du moignon et semble s'enfoncer progressivement dans la cicatrice où elle disparaît, « comme une ombre qui entre dans un corps », dit Weir Mitchell. Ce retrait peut se faire très rapidement, comme chez un de nos amputés de l'avant-bras, qui, quinze jours après l'opération, sentait déjà sa main accolée à la cicatrice. Il est habituellement plus lent. Un de nos malades, amputé de la jambe gauche au tiers supérieur, il y a onze ans, a senti pendant quatre ans son pied fantôme « comme l'autre ». Puis,

au bout de ce temps, ce pied s'est peu à peu rapetissé en se rapprochant du moignon. Aujourd'hui, il paraît gros comme le pied d'un enfant de douze ans, et semble placé à la hauteur du mollet, à quelques centimètres de la cicatrice. Il est probable qu'il finira par disparaître totalement.

10. ÉTAT MENTAL DES AMPUTÉS.— Quelques-uns n'ont aucun trouble de l'esprit. Il acceptent leur infirmité, sinon avec une indifférence absolue, au moins avec une calme et sage résignation, et les sensations qu'ils éprouvent dans leurs moignons et dans leurs extrémités fantômes ne jettent aucune perturbation dans leur mécanisme mental. Mais beaucoup d'autres présentent quelques phénomènes anormaux, qui, sans être de véritables symptômes psychopathiques, méritent cependant d'être signalés (1).

Qu'ils souffrent ou non de leur extrémité fantôme, la plupart des amputés se préoccupent outre mesure de leur moignon. Ils l'entourent de soins méticuleux, le protègent, avec des précautions exagérées, contre les contacts étrangers. Ils refusent obstinément de le laisser toucher et même de le montrer. L'un de nos sujets, amputé de l'avant-bras gauche depuis quinze ans, procède minutieusement, matin et soir, à la toilette de son moignon ; il le lave, le poudre, l'enveloppe de linges

(1) Nous avons interrogé tous nos amputés sur la nature des rêves qu'ils faisaient, espérant y trouver quelques indications intéressantes. Notre espoir a été déçu. Leurs rêves sont insignifiants ou absurdes. Tantôt ils oublient dans le songe leur mutilation et se comportent comme s'ils n'avaient jamais été amputés ; tantôt ils se voient privés des membres qui leur manquent et agissent en conséquence ; tantôt, enfin, ils s'imaginent qu'ils sont amputés, mais ils se conduisent comme s'ils ne l'étaient pas. C'est ainsi que plusieurs de nos amputés de cuisse ou de jambe se figurent dans leurs rêves qu'ils marchent ou dansent, sans appareils, bien qu'ils se rendent compte, même en rêvant, de l'absurdité de cette conception.

fins. Il n'a jamais voulu le laisser voir à sa femme. Ce n'est qu'après d'instantes sollicitations, et bien à contre-cœur, qu'il a consenti à nous permettre de l'examiner.

A ce sentiment de pudeur spéciale s'en ajoute quelquefois un autre tout aussi bizarre. Certains amputés ont honte de leur mutilation. Ils la considèrent comme une cause d'infériorité humiliante. Ils voudraient la dissimuler et font pour y arriver des efforts infinis. Un de nos malades, âgé de vingt-huit ans, amputé du bras droit à l'âge de douze ans, et n'ayant pas les moyens de se procurer un appareil de prothèse, met tous ses soins à disposer la manche de son habit de façon que les étrangers ne s'aperçoivent pas qu'il lui manque un membre. Dans la rue, il longe toujours les murs de droite afin qu'on ne puisse pas le croiser du côté où il est amputé. Il se trouble, rougit et est très mécontent si un passant dirige par hasard ses regards vers sa manche droite. Pour éviter ce désagrément, il porte toujours le tronc obliquement, le bras gauche très en avant, ce qui lui donne une attitude disgracieuse, presque difforme, et, dans tous les cas, gênante à conserver. Mais peu lui importe, pourvu qu'il dissimule son infirmité !

(*A suivre.*)

DES VARIÉTÉS CLINIQUES
DU
DÉLIRE DE PERSÉCUTION

Par les D^{rs} Th. TATY et J. TOY
Chefs de clinique des maladies mentales à la Faculté
de médecine de Lyon.

AVANT-PROPOS

Le mémoire que nous publions ici, grâce à la bienveillance de M. le D^r Ritti, à qui nous témoignons notre vive reconnaissance, a été écrit pour répondre à la question proposée par la Société médico-psychologique, au concours pour le prix Aubanel de 1895. Sur le rapport de sa Commission, la Société l'a honoré d'un encouragement dont nous tenons à la remercier tout d'abord.

Mais nous tenons aussi à répondre en quelques mots aux reproches qu'on nous a adressés, et dont l'un nous est particulièrement pénible.

« La plupart des observations, a dit l'honorable rapporteur, M. le D^r Arnaud, proviennent en tout ou en partie, des cahiers d'observations ou des registres des asiles. Or on sait comment sont, hélas! ordinairement recueillies ces observations de registre. » Nous protestons hautement. Le nombre de nos observations, cent quatre-vingt-neuf, a dû étonner, cela se conçoit. Ce n'est pas chose coutumière dans les asiles de pouvoir donner pareille accumulation de faits authentiques, sans faire appel aux registres tenus par les bureaux. Tel n'était pas le cas pour nous : nous aurions pu facilement doubler et tripler ce nombre; mais nous avons tenu à

ne donner que des observations de malades encore vivants et ce n'est que pour quelques cas particulièrement importants que nous avons fait exception à cette règle. A l'asile de Bron, les observations sont prises cliniquement et conservées dans le service, indépendamment des notes des registres ; si nous nous sommes servis de ces derniers, c'est, et nous avons pris grand soin de le dire, uniquement dans un but de contrôle, pour les malades entrés à l'Asile avant l'arrivée dans le service de M. le professeur Pierret, il y a dix-sept ans. Depuis cette époque, les malades ont été suivis par notre chef de service et, depuis 1880, par l'un de nous : ce qui répond, croyons-nous, victorieusement à la critique. Si beaucoup d'observations sont abrégées, ce qui a pu tromper, nous en convenons, c'est pour éviter des longueurs, et cela aussi nous avons eu soin de le dire.

Quant au reproche d'avoir recueilli trop de faits, nous le considérons plutôt comme un éloge. S'il est possible avec quelques cas isolés, mais bien observés, de deviner des lois cliniques sérieuses, ce n'est pas suffisant pour les vérifier et en affirmer la valeur. Un cas clinique isolé peut être l'expression d'une vérité générale aussi bien que celle d'une exception, et comment décider sérieusement ce point sans faire porter l'examen sur un très grand nombre de faits ?

On nous reproche encore de ne pas avoir compris la question et d'avoir donné dans notre travail une place prépondérante au délire de persécution essentiel, classique, régulier. Il s'agissait de décrire des variétés cliniques du délire de persécution. Mais, pour décrire des variétés, faut-il encore bien connaître le type dont elles dérivent. Or, malgré les nombreux travaux sur le sujet, il existait des divergences assez importantes entre les auteurs au point de vue de l'étiologie, de la marche et même des symptômes de ce type classique

pour que nous n'ayons pas cru faire besogne inutile en cherchant à nous créer une opinion précise sur les points controversés.

On regrette enfin que nous n'ayons découvert aucune variété nouvelle. Malheureusement il n'est pas donné à tout le monde d'être un jardinier assez habile pour faire éclore à volonté des variétés intéressantes. Nous n'avons été et voulu être que des botanistes herborisant dans le domaine des faits, nous bornant à décrire avec le plus de vérité possible ce qui s'est présenté à notre observation.

INTRODUCTION

Au milieu des très nombreuses et très intéressantes études, monographies, communications et discussions qui, depuis le célèbre mémoire de Lasègue en 1852, ont pris pour sujet le délire de persécution, se détachent deux travaux d'ensemble, sortes de revues générales, qui chacun mettent au point la question à deux époques séparées l'une de l'autre par une période de huit années. L'un de ces travaux est l'article : *Délire de persécution* de M. le D^r Ritti, dans le dictionnaire de Dechambre, paru en 1886 ; l'autre est l'article : *Délire de persécution à évolution systématique* de M. le D^r Ballet, paru en 1894, dans le « Traité de Médecine de Charcot, Bouchard et Brissand ».

« Le délire de persécution, dit M. Ritti dans sa remarquable étude, a été confondu par les manigraphes de la première moitié du siècle avec la lypémanie ou la monomanie ; puis, le nouveau type morbide une fois créé par Lasègue, on voit les observateurs s'appliquer à le développer et à le compléter. Ce travail a été l'œuvre des trente dernières années. Aujourd'hui une sorte de réaction semble vouloir se produire. On ne nie pas, il est vrai, la réalité du type, mais on cherche à l'englober

dans une espèce en quelque sorte plus étendue, au risque d'amener la confusion. »

Ces lignes, qui résument aussi clairement et aussi succinctement que possible les travaux sur le délire de persécution antérieurs à 1886, et indiquent, en outre, l'ordre d'idées dans lequel évolueront les travaux postérieurs, nous dispensent de refaire ici un historique de la question plus en détail. Nous ne pourrions, en effet, rééditer qu'une pâle copie de celui qu'a si consciencieusement exposé le savant médecin de Charenton. Qu'il nous soit seulement permis de saluer la mémoire des maîtres dont les œuvres ont préparé, créé et élucidé le sujet, de rappeler les noms de Lasègue, de Morel, de Marcé, de Baillarger, de Foville et de Legrand du Saule, et de leur payer ici un juste et pieux tribut d'hommages.

Les travaux de cette période aboutissent donc à reconnaître et dégager l'existence d'une forme spéciale « d'aliénation mentale chronique, caractérisée par un délire tendant à la systématisation, par des hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale, et pouvant aboutir à la transformation de la personnalité par suite de conceptions délirantes de nature ambitieuse ».

A côté de ce délire systématisé, on trouve des syndromes analogues qui se développent dans le cours d'affections générales ou locales, maladies de cœur, mélancolie, hypochondrie, hystérie ou épilepsie, paralysie agitante, ataxie locomotrice, paralysie générale; mais, dans ces cas, les symptômes propres aux maladies génératrices percent sous le délire psychique qu'ils relèguent au second rang, et auxquels ils ne laissent plus qu'une valeur symptomatique égale à la leur propre, et même parfois secondaire, au point qu'on n'ose plus dire qu'il s'agit ici de délire de persécution, mais seulement d'idées de persécution, bien que parfois ces

idées présentent une systématisation remarquable et conduisent les malades à des actes redoutables comme elles le feraient dans le cas de délire essentiel.

On observe enfin, chez les malades dits dégénérés, le développement du même délire, avec un tableau clinique semblable, mais avec des différences de marche qui en changent souvent complètement le pronostic. On constate que, dans la plupart des cas, ce délire se développe d'emblée, paraît naître de toutes pièces, que les idées de grandeur y apparaissent plus illogiquement et qu'enfin il peut guérir, ou plutôt s'effacer, de la même façon qu'il s'était montré.

Tel est l'état de la question, en 1886, lorsque s'ouvre, sur ce sujet, à la Société Médico-Psychologique, l'importante discussion qui se prolonge jusqu'en 1888. Cette discussion roule surtout sur le délire chronique dont M. Magnan s'est fait l'ardent promoteur. Parmi les remarquables communications qui y sont présentées, nous relevons l'essai de classification et de pathogénie de M. Charpentier, où l'auteur insiste sur la nécessité de rechercher les symptômes physiques concomitants, parce que nous aurons à y revenir plus tard. De l'ensemble des idées qui se dégagent au cours de cette discussion, M. Ballet tire les données synthétiques suivantes qu'il expose dans son article : « *Délire de persécution à évolution systématique.* »

« Le délire des persécutions est susceptible de se transformer, notamment en délire ambitieux. Mais cette transformation n'est pas constante et il faut, à ce point de vue, établir des distinctions entre les délires de persécution. Les uns surviennent plus ou moins brusquement, n'ont qu'une durée transitoire, guérissent sans qu'aucune idée ambitieuse se soit manifestée ; d'autres se développent avec lenteur, tantôt à un âge précoce, tantôt à un âge tardif, restent parfois incurables, mais

sans subir de transformation manifeste au cours de leur évolution; il en est, au contraire, qui parcourent avec une régularité remarquable des étapes toujours les mêmes et qu'on peut, en quelque sorte, prévoir d'avance : à ces derniers, on donne le nom de délires de persécution à évolution systématique. C'est à M. J. Falret, à M. Magnan et à ses élèves que revient surtout le mérite d'avoir mis en relief la marche et l'évolution de ces délires à étapes régulières. »

Nous avons reproduit textuellement le passage, parce qu'il résume bien les idées actuelles et peut servir d'épigraphe, mieux encore, de programme, pour une étude sur les variétés cliniques du délire de persécution. Il semblerait même, à ne pas pousser plus avant la lecture de l'article, que tout est dit sur la question, et que le travail qui consisterait à prendre chacun des principaux membres de phrase de ce texte, pour en faire autant de têtes de chapitre, sous lesquelles on grouperait les observations appropriées, serait au moins oiseux et n'ajouterait rien à ce que tout le monde sait.

Mais M. Ballet n'a décrit d'une façon spéciale que le délire de persécution à évolution systématique. Encore a-t-il signalé, chemin faisant, un certain nombre de controverses, tant au point de vue nosologique qu'au point de vue symptomatique même, controverses à la solution desquelles des observations cliniques, de si obscure origine qu'elles soient, peuvent cependant concourir.

M. Magnan et ses élèves qui ont rangé ces délires dans le groupe complexe des Psychoses dégénératives, les ont décrits avec détails sous ce titre.

Depuis le travail de M. Ballet, M. Séglas a étudié la variété psycho-motrice du délire de persécution (*Ann. médico-psych.*, 1893-94). M. Roubinovitch a communiqué à la *Société médico-psychologique* des cas d'alcoo-

lisme et de délire de persécution avec auto-accusation ; enfin, M. Ritti a consacré un certain nombre de pages au délire de persécution chez les vieillards, dans son excellent rapport au Congrès de Bordeaux sur les *Psychoses de la vieillesse*.

Dans ce groupe des délires irréguliers, les ouvriers de la dernière heure auront donc quelque chose à glaner. Ils ne seront pas assez présomptueux pour se croire complets (peut-on l'être jamais en clinique?), mais ils exposeront simplement ce qu'il leur aura été donné de voir.

La rapide esquisse historique que nous venons de tracer impose à l'esprit la distinction fondamentale entre les *délires à évolution systématique* d'une part, et les *délires irréguliers* d'autre part. Ce sera la division première de notre modeste travail. Nous essayerons ensuite d'isoler quelques variétés dont les symptômes et la marche empruntent des caractères spéciaux à des circonstances adjacentes, telles que l'âge des malades, l'influence de causes générales ou des maladies connexes.

Les observations que nous donnons sont prises dans le service de M. le professeur Pierret, à l'asile départemental d'aliénés du Rhône. C'est la raison pour laquelle elles portent surtout sur des femmes. Nous avons, cependant, pu étudier quelques hommes, grâce au service de la Clinique des maladies mentales, grâce aussi à M. le D^r Brun, médecin-chef du service des hommes, qui nous a permis de suivre dans son service, ce dont nous le remercions vivement, les malades de la Clinique qui y avaient été transférés en raison du mode de recrutement en vigueur. A notre maître qui nous a facilité les recherches, dont les leçons nous ont guidés, dont les encouragements et les conseils ne nous ont jamais manqué, au cours de notre tâche, nous témoignons notre vive reconnaissance.

PREMIÈRE PARTIE

DÉLIRE DE PERSÉCUTION A ÉVOLUTION SYSTÉMATIQUE

I

Les caractères essentiels de ce groupe primordial, *délire de persécution à évolution systématique*, sont surtout bien connus grâce aux travaux de M. Falret, et à ceux de M. Magnan. Nous ne saurions mieux faire que d'en emprunter le résumé succinct à l'étude de M. Ballet, dans laquelle nous avons, en outre, l'avantage de trouver déterminés, très clairement et très impartialement, les points définitivement acquis et les points encore controversés.

L'affection débute à une période relativement avancée de la vie, ordinairement de trente-cinq à quarante-cinq ans. Les individus qu'elle frappe n'ont, en général, présenté aucune anomalie intellectuelle ou morale notable jusqu'au moment où la maladie s'installe.

Cette maladie, dont le caractère dominant est la progression par étapes, débute par une phase d'incubation et d'interprétation délirante, pendant laquelle le sujet, d'abord irritable et nerveux, devient inquiet, puis soupçonneux, et finit par interpréter les moindres incidents dans le sens d'une persécution positive et organisée. A la fin de cette période, le persécuté se laisse parfois aller à des actes de violence contre des gens inoffensifs dont les allures lui paraissent suspectes à son égard, ou bien il s'enfuit (aliénés migrants de Foville), ou va se plaindre aux autorités et, comme le remarque M. J. Falret, dénonce lui-même son état mental sous prétexte de chercher protection.

Alors apparaissent des hallucinations de l'ouïe dont

l'intensité augmente peu à peu, d'où éréthisme du centre des images verbales auditives et phénomène d'écho de la pensée. Corrélativement se montrent des troubles de la personnalité, dédoublement et transformation.

Les hallucinations sont communément bilatérales, parfois unilatérales (Calmeil, Moreau, Michéa, Régis). Il s'y ajoute des hallucinations psycho-motrices (Séglas) et enfin surviennent des hallucinations de la sensibilité générale. L'hallucination de la vue serait l'exception, les autres sens en fournissant au contraire fréquemment.

Cependant le délire s'organise. Le persécuté porte d'abord des accusations vagues, puis il s'en prend à des collectivités, et en arrive à personnifier l'auteur des tourments qu'il endure. C'est alors qu'il devient redoutable, car il réagit souvent par l'homicide. Le suicide est rare.

Quand les idées de persécution ont successivement parcouru les trois étapes indiquées par Falret, d'élaboration, de systématisation, puis de délire stéréotypé, elles subissent une transformation curieuse : elles font place à des idées ambitieuses qui d'abord se juxtaposent, puis se substituent à elles.

Ce fait, signalé par Pinel, a été rappelé par Esquirol, Spielmann, Morel et surtout Foville. Puis MM. Magnan, Garnier, Gérente, se sont attachés à mettre sa fréquence en relief.

L'apparition de ces idées résulterait souvent, d'après Foville, d'une sorte de déduction logique. A la suite des remarques de MM. Christian, Marandon de Montyel, Mairat, on admet plus volontiers aujourd'hui qu'elles naissent par genèse spontanée, résultent d'un incident futile, souvent d'une hallucination de l'ouïe, et germent rapidement dans un cerveau progressivement affaibli.

Les points intéressants de cette phase ont été bien étudiés par MM. Camuset, Falret, Dautreberte, Magnan, Sérieux et les auteurs précédemment cités.

Enfin l'intelligence des délirants, après avoir subi tous ces assauts, s'affaiblirait d'une façon lente et progressive et aboutirait à la démence après un temps souvent très long.

Tels sont, sèchement résumés, et dépourvus de l'attrait que présente à la lecture l'article de M. Ballet, les symptômes principaux du délire de persécution à évolution systématique.

Il reste à signaler les points controversés.

La première controverse porte sur un point de détail, et ne met pas en cause l'existence du type clinique, au contraire. Pour M. Falret, le délire à évolution systématique présenterait quatre périodes : 1° la période d'interprétation délirante ; 2° la période des hallucinations de l'ouïe ou période d'état ; 3° la période des troubles de la sensibilité générale ; 4° la période stéréotypée ou de délire ambitieux.

M. Magnan réunit en une seule la 2° et la 3° période de M. Falret. Ce n'est là qu'une manière de voir qui ne touche guère au fond des choses, puisque M. Falret ne fonde son opinion que sur l'écart qui existe ordinairement entre le moment d'apparition des hallucinations de l'ouïe et celui de l'apparition des hallucinations de la sensibilité générale. C'est bien ainsi, en effet, que se passent les choses le plus habituellement, mais la règle comporte un certain nombre d'exceptions.

Les autres controverses touchent au fond de la question puisqu'elles ne tendent à rien moins qu'à mettre en doute la réalité du type didactique, au moins à partir de la 4° période, ou période de délire ambitieux.

M. Falret affirme en effet d'abord, et ceci est la pro-

position la moins dangereuse pour l'évolution systématique du délire, que les idées de persécution persistent toujours à quelque degré. M. Ballet pense que cette assertion est absolue, bien qu'elle trouve sa vérification dans quelques cas. Mais M. Falret affirme encore que la période ambitieuse ne se montre que dans le tiers des cas, tandis que pour M. Magnan, cette période est obligée.

Mieux encore, la démence ne serait pas l'aboutissant nécessaire du délire. Les persécutés présenteraient même une résistance toute spéciale. Il convient de citer ici M. Falret textuellement : « On observe, dit-il, dans tous les asiles, de vieux persécutés parvenus aux périodes ultimes de leur maladie, aliénés depuis vingt ou trente ans et même davantage, qui conservent, malgré l'ancienneté de leur affection, une véritable activité intellectuelle, qui sont encore susceptibles de causer très raisonnablement sur beaucoup de sujets étrangers à leur délire, et qui ne peuvent pas être appelés des déments, dans le sens que nous avons l'habitude d'attacher à ce mot. » (*Soc. méd.-psych.*, 29 novembre 1886.)

M. Magnan, au contraire, fait de la démence une phase constitutive de son délire chronique.

Si l'on s'en tient aux assertions de tous ces auteurs, il y aurait au moins quatre variétés de délire à évolution systématique, savoir : une variété sans mégalomanie ni démence ; une variété sans mégalomanie, mais avec démence ; une variété avec mégalomanie sans démence ; et enfin le type complet avec mégalomanie et démence, sans compter les variétés mixtes avec persistance du délire de persécution au travers des deux autres périodes. L'existence de toutes ces variétés n'a rien de choquant pour l'esprit, *a priori*. Resterait à savoir quelle est d'entre elles la plus fréquente, et si c'est la régularité

qui est la règle, et enfin si l'un de ces types mérite une place à part dans le cadre nosologique.

Enfin, voici une dernière controverse portant, celle-ci, sur un point d'étiologie.

Pour M. Magnan on ne trouverait pas, chez les délirants chroniques, de stigmates de dégénérescence, autrement dit, le délire chronique sortirait du cadre des psychoses dégénératives, tandis que M. Séglas a fourni (*Société médico-psychologique*, 1888) des observations qui tendraient à démontrer qu'un délire répondant symptomatiquement au type idéal du délire de persécution à évolution systématique, existe parfois avec des tares dégénératives.

C'est encore de l'article de M. Ballet que nous tirons l'énoncé de ces divers problèmes, et leur solution, nous semble-t-il, est le but idéal que se doit proposer une étude sur les variétés cliniques du délire de persécution, sous peine de tomber dans les redites.

S'agit-il, en effet, de présenter une série d'observations dont les détails symptomatiques varieraient? Mais tout a été dit dans ce sens : à peine pourrions-nous trouver quelque hallucination étrange, ou quelque néologisme inédit. Autrement intéressante nous paraît être la recherche des variétés évolutives, d'autant plus que la recherche de celles-ci fait fatalement rencontrer les autres, bien qu'elle les relègue au second plan.

Nous ne nous dissimulons pas les difficultés de la tâche ; aussi n'avons-nous pas la prétention de les surmonter toutes, bornant notre ambition à faire faire à la question un pas en avant, si petit soit-il, et nous serions bien heureux d'y parvenir

II

Pour résoudre d'une façon définitive et sans conteste possible les différents problèmes que nous venons de passer en revue, il n'y aurait qu'un moyen radical. Il faudrait rassembler un très grand nombre de cas, les suivre depuis leur début ou tout au moins depuis la période de systématisation, puisque jusqu'à cette période l'accord existe entre les auteurs, et prolonger l'observation jusqu'à l'entier accomplissement des destinées du malade. Il faudrait encore que la durée de cette observation fût de vingt à trente ans au moins, sans quoi les conclusions pourraient être considérées comme prématurées, puisqu'il est d'ores et déjà reconnu que certains malades, au bout de vingt ans de délire, touchent à peine à la phase des idées stéréotypées. Par conséquent il serait de toute nécessité que la grande majorité de ces cas ne fût pas interrompue dans son évolution par un accident étranger au délire, tel que mort, accidentelle ou d'affection intercurrente, e même guérison. Il faudrait, enfin, que ces cas fussent rassemblés sans idée préconçue, au seul hasard des faits, dans un assez grand nombre de lieux et par assez d'observateurs différents pour réduire au minimum le coefficient d'erreur personnelle.

Sont-ce là des conditions d'observation humainement réalisables? Oui, peut-être, pour quelques aliénistes particulièrement favorisés des circonstances; non pour nous qui opérions nos recherches dans un asile comptant à peine vingt ans d'existence, mais ayant heureusement recueilli des malades plus anciens que nous avons dès lors pu suivre. Il nous a donc fallu nous borner à nous rapprocher autant que possible des conditions requises plus haut, et employer pour cela un procédé indirect,

artificiel peut-être, en tout cas honnête, procédé qui, appliqué par d'autres dans des centres d'études différents, permettrait, nous semble-t-il, d'arriver, autant du moins qu'il est possible de le faire en médecine, à une certitude suffisante. Voici ce procédé que nous avons tenté de mettre en œuvre dans la mesure de nos forces, de nos moyens d'investigation et des ressources cliniques mises à notre disposition par le service de M. le professeur Pierret, doublées des leçons, des conseils et de l'appui de notre maître ; on en jugera la légitimité en voulant bien nous tenir compte et de l'intention et aussi des imperfections inhérentes à toute tentative de l'esprit humain.

1° Dans toute la population vivante de l'asile (service des femmes et clinique réunis), soit parmi 842 malades, nous avons cherché et mis à part tous les cas de délire de persécution confirmé, c'est-à-dire arrivé à la période d'état au moins. Le diagnostic, émané du professeur chef de service, est fondé sur l'observation, longue dans presque tous les cas, et corroboré par elle.

2° Nous avons en outre examiné 895 observations de malades morts à l'asile, et de ce deuxième groupe nous avons extrait tous les cas présentant d'une façon indéniable le caractère du délire de persécution à la période d'état. Le diagnostic ici résulte encore et de l'observation et des certificats du professeur Pierret et de ses prédécesseurs.

3° Nous avons enfin joint à ces documents les observations d'un certain nombre de malades sortis de la clinique et transférés au service général, où nous avons pu les suivre grâce à l'obligeance de notre ami, M. le D^r Brun, médecin-chef. Nous y avons ajouté des observations de ce service, prises avec lui par l'un de nous pour un travail en collaboration sur les aliénés héréditaires, travail présenté à la Société médico-psychologique, en

1883, au concours pour le prix Aubanel, et honoré par elle d'un encouragement. Ici le diagnostic émane des deux chefs de service.

Le nombre des observations examinées a été de 1,795. Celui des observations recueillies et mises à part pour l'étude, a été de 189.

Il ne faudrait pas déduire de ces chiffres une proportion entre les cas de délire de persécution et les cas de maladies mentales en général. Cette proportion serait faussée par un des termes de la comparaison.

Nous avons dû, en effet, éliminer toutes les observations des malades sortis; trop de motifs (transfert, sortie anticipée, amélioration) entraînent cette sortie pour qu'on puisse, de telles observations, tirer des conclusions certaines. Elles ne pourraient servir qu'au point de vue d'une étude sur la guérison, non au point de vue d'une étude sur l'évolution; nous reviendrons sur cette question plus loin.

Dans cette première partie de notre étude dont le but est seulement de rechercher quelles sont les variétés évolutives du délire de persécution, il ne nous a pas paru nécessaire de donner les observations dans tous leurs détails. Nous les avons résumées dans leurs traits évolutifs principaux, ne reproduisant que succinctement les points indispensables à la justification du diagnostic, et nous avons cherché à faire ce résumé avec autant d'impartialité que possible, nous réservant de revenir en détail sur les cas les plus intéressants dans la deuxième partie de cette étude.

Il est clair que dans un pareil nombre de faits toutes les variétés évolutives ont des chances de se montrer; il ne restera donc qu'à grouper les observations semblables et à en faire la critique.

Du même coup, et en ne considérant que les malades vivants à la même époque, on pourra déduire une statis-

tique indiquant : d'une part, le nombre de délires de persécution pour une population donnée de malades, et, d'autre part, la proportion des différentes variétés les unes à l'égard des autres.

Nous n'avons *a priori* tenu compte dans le groupement de nos observations, et on nous en fera peut-être le reproche, ni des antécédents héréditaires, ni des tares dégénératives. Toutes les fois qu'un délire de persécution nous a paru évoluer dans l'ordre classique, ou être suffisamment fixe pour ne pouvoir être considéré comme un simple épisode, une simple manifestation de ce polymorphisme bien connu, caractéristique des psychoses dites de dégénérescence, nous l'avons réuni aux autres cas similaires, nous réservant d'en faire après coup la critique. Il nous paraît difficile d'agir autrement. En fait, d'ailleurs, cette largeur de vues est plutôt favorable à la mise en lumière des délires à évolution systématique, attendu que beaucoup d'entre eux se montrent chez des héréditaires à lourds antécédents et même chez des dégénérés, s'il faut en croire M. Séglas, comme nous l'avons vu plus haut.

En clinique, du reste, il est souvent difficile de faire le diagnostic, et on serait bien embarrassé s'il fallait affirmer que tel délire est ou n'est pas d'origine dégénérative, et, par suite, l'exclure d'emblée d'une étude d'ensemble ; on s'exposerait ainsi à repousser bien des cas intéressants et sans doute aussi à se faire arguer de parti pris. Fréquemment, en effet, on manque de renseignements sérieux sur les antécédents du malade, sur toute sa vie antérieure à l'éclosion du délire, renseignements sur lesquels repose parfois tout le diagnostic.

Pour appuyer ces dernières remarques, faisons encore appel à M. Ballet.

« Chez les dégénérés, on observe souvent des délires de persécution qui, par leur physionomie générale, se

rapprochent d'assez près du délire chronique pour que le diagnostic différentiel présente des difficultés réelles. Pour quelques auteurs (Magnan), ce diagnostic est cependant toujours possible, et voici quels en sont les éléments :

« 1° Chez les dégénérés, hérédité lourde ; chez les délirants chroniques, peu ou pas d'hérédité ;

« 2° Chez les dégénérés, signes physiques et psychiques de dégénérescence ; chez les délirants chroniques, intelligence saine jusqu'à l'apparition du délire ;

« 3° Chez les dégénérés, début souvent brusque des troubles mentaux, quelquefois pendant l'enfance ou l'adolescence ; fréquemment polymorphisme des conceptions délirantes (par exemple simultanéité des idées ambitieuses et des idées de persécution) qui ne suivent dans leur évolution aucune marche régulière ; chez les délirants chroniques, début à une époque tardive de la vie, pendant l'âge mûr, et évolution systématique du délire ;

« 4° Enfin, chez les dégénérés, le délire de persécution peut s'organiser sans le concours des hallucinations ; il a pour base unique, dans quelques cas, les interprétations délirantes, tandis que dans le délire chronique, il y a toujours des hallucinations.

« Ces caractères ont une réelle valeur pour différencier les types extrêmes, notamment le délire de persécution à évolution systématique typique, du délire de persécution qu'on rencontre chez certains débiles. Mais, entre le premier et ces derniers, il y a des formes de transition qui autorisent à se demander si le délire chronique constitue bien une espèce morbide à part, ou n'est pas simplement la forme la plus achevée, la plus parfaite du délire de persécution à marche chronique. Quelle que soit l'opinion que l'on se fasse sur le côté doctrinal de la question, il n'est pas douteux que les

signes différentiels, énumérés plus haut, perdent une grande partie de leur valeur diagnostique lorsqu'on a affaire à une des formes de transition en question. Et il est tel cas où on ne saurait dire avec quelque certitude si l'on est en présence du délire chronique, ou d'un de ces délires de persécution à systématisation régulière qu'on observe parfois chez les dégénérés qui occupent les degrés élevés dans l'échelle de la dégénérescence mentale. »

Nous avons encore éliminé les délires de persécution survenus chez les vieillards, et pour faire cette élimination, nous avons pris la base indiquée par M. Ritti, dans son rapport sur les *psychoses de la vieillesse*, c'est-à-dire que nous avons considéré comme appartenant à la vieillesse tout délire ayant débuté *après soixante ans*, lorsque nous avons pu déterminer ce début avec quelque exactitude. Ces délires seront étudiés à part.

Comme il est aisé de le voir, ce procédé est éminemment favorable à la mise en lumière des variétés évolutives les plus complètes. Il doit montrer toutes celles qui existent, celles de M. Falret aussi bien que les délires chroniques de M. Magnan, à moins que, par une malchance peu probable, il ne s'en trouve pas d'exemple parmi les observations. On ne peut lui reprocher qu'une chose, c'est de reléguer au second plan et un peu dans l'ombre, d'abord toutes les variétés de délire de persécution irrégulier, ensuite toutes celles où le délire n'aura pas dépassé la période d'état, soit par suite d'interruption accidentelle, soit par suite de la courte durée de l'observation, soit enfin parce qu'il n'y aura pas eu évolution plus accentuée. Ce sera à nous de reprendre ce groupe et d'en dégager les faits intéressants.

(A suivre.)

UNE ENQUÊTE SUR LE SUICIDE

UN GENRE DE SUICIDE: LE SUICIDE SANS MOTIFS

(MÉLANCOLIE INTERMITTENTE BÉNIGNE)

Par le D^r LAUPTS

Le laboratoire de médecine légale de l'Université de Lyon a entrepris, depuis trois ans, sous la haute direction du professeur Lacassagne, une série d'enquêtes psychologiques.

Ces enquêtes ont pour but de réunir des documents épars et inconnus, de fournir aux personnes compétentes l'occasion de s'expliquer sur tel ou tel point que leurs travaux et leurs fonctions leur ont permis d'étudier d'une façon spéciale, de provoquer les études et les recherches et de synthétiser enfin les réponses obtenues, après l'exposé impartial des différentes doctrines, souvent en certaines considérations, tout à fait opposées les unes aux autres.

La première enquête : Sur le langage intérieur, a déjà fourni trois ouvrages : « *Les Essais sur le langage intérieur* (1), du D^r Georges Saint-Paul; *La Parole en public* (2), de M. Maurice Ajam, et enfin une nouvelle

(1) D^r Georges Saint-Paul. *Essai sur le langage intérieur*. Storck, Masson.

(2) Ajam. *La parole en public*, Paris, Chamuel. V. également *Psychologie de l'anarchiste socialiste*, par Hamon. Préface, Paris, Storck.

Enquête sur l'état psychique des artistes et des scientifiques », par H. A. Hamon et René Ghil (1).

Deux gros ouvrages ont résumé les documents fournis par la deuxième enquête (sur l'inversion sexuelle). Ce sont : *Uranisme et Unisexualité*, par Marc-André Raffalovich (2); *Perversion et perversité sexuelles* (3), par le D^r Lauptz.

La troisième enquête débute à peine. Comme j'espère que les lecteurs des *Annales médico-psychologiques* y contribueront, je donne ici la forme sous laquelle elle est apparue et telle que la présenteront les *Archives d'Anthropologie criminelle*.

ENQUÊTE SUR LE SUICIDE.

Nous prions nos lecteurs de vouloir bien adresser à M. le D^r Lauptz, chez M. Carré, éditeur, rue Racine, 3, Paris, tout document (ouvrage, article, observation, confession) relatif à l'inversion, au suicide ou d'une façon générale aux questions de la psychologie.

J'insiste sur l'intérêt que peuvent présenter leurs communications. Je serais infiniment reconnaissant à tous ceux qui consentiront à nous en adresser. Désireux, en particulier, d'ajouter aux études déjà faites et d'étudier tout ce qui concerne non seulement le suicide, mais encore l'obsession du suicide, l'idée fixe, la *maladie du suicide*, je pense que ceux-là feront une œuvre utile qui, par leurs réflexions, leurs études, leurs hypothèses, l'envoi de documents ou de confessions recueillis auprès de malades, de nerveux et d'observations faites

(1) Hamon et Ghil. *Enquête sur l'état psychique des artistes et des scientifiques*. *Archives d'anthropologie criminelle*, mai 1896.

(2) Raffalovich. *Uranisme et unisexualité*. Storck, 1896.

(3) Lauptz. *Perversion et perversité sexuelles*. Paris, Carré, 1896.

sur des cas de suicide, aideront, comme pour l'inversion, à l'étude de l'étiologie, du diagnostic, du pronostic et du traitement, et aussi de la prophylaxie individuelle et sociale d'une aberration susceptible, sans doute, d'être combattue parfois avec efficacité.

Nous prions les personnes qui nous feront ces envois de vouloir bien nous indiquer : 1° ceux des passages dont elles n'autorisent pas la publication ; 2° si, en cas de publication, elles désirent conserver l'anonymat pour tout ou partie des matériaux communiqués. Nous leur serions reconnaissant, dans la limite du possible, de n'écrire que sur un seul côté des pages.

A. Exposer vos théories, vos hypothèses, vos idées sur les causes du suicide et sur les différents points le concernant. — Pensez-vous qu'il soit quelquefois excusable ? — Dans quel cas ? Remèdes au suicide.

B. Communiquer, si possible, tout document, confessions, observations..., relatifs à des suicides effectués ou ratés, — concernant des malades atteints de l'idée fixe du suicide, leurs projets, leurs explications, leur histoire, etc.

C. Observations sur les suicidés. Mécanisme de la mort.

D. Statistiques sur la fréquence et la périodicité des suicides. Epidémies de suicide. Indiquer les principaux recueils français ou étrangers traitant du suicide.

E. Observations d'un sujet : hérédité, si possible généalogie, tares et accidents signalés dans la famille, histoire psychologique, anomalies physiques et intellectuelles. Sens moral. Caractères. Causes du suicide : misère, jalousie, colère, vengeance, dépit, dégoût de la vie, point d'honneur... Absence de motifs. Hypothèses. Idée fixe du suicide. Tares nerveuses concomitantes. Suicide indirect.

F. Traitement du suicide par l'hypnotisme.

G. Communiquer de près ou de loin tout ce qui touche au suicide.

Communiquer toute observation se rapportant directement ou non à la question du suicide et répondre au moins partiellement au *paragraphe A.* (D^r LAUPTS. Carré, éditeur, rue Racine, 3, Paris.)

De précieux concours nous sont déjà assurés ; ce sont ceux de l'illustre médecin-légiste *Lacassagne*, qui a tant fait pour la médecine légale en général, et qui, au sujet de notre enquête, nous renseignera d'une façon aussi complète que possible sur la question du *suicide à Lyon* ; de *Maurice Ycernès*, qui traitera du *suicide en France* ; de *Raffalovich*, le savant londonien, bien placé pour nous parler du *suicide en Angleterre* ; de *de Fréminville*, dont la connaissance de la langue arabe nous révélera des détails bien difficiles à obtenir sur le *suicide en pays musulman* ; du D^r *Matignon*, attaché à la légation de France à Pékin et qui nous a promis des renseignements sur le *suicide en Chine* ; de *Hamon*, qui possède sur le suicide des documents d'un vif intérêt.

D'autres savants répondront, je l'espère, à notre appel et nous comptons bien enregistrer des réponses de *Tarde*, le philosophe célèbre ; du *professeur Morselli*, dont on connaît les belles études sur le suicide, de *Bérillon*, le directeur de la *Revue de l'hypnotisme*, de *Dugas*, du *Baron de Schrenck-Notzing*, de *Maurice Ajam*, etc., etc.

L'idée directrice est la suivante : Un homme étant atteint du désir de se suicider, comment, nous médecins, classerons-nous, dans un cas donné et après examen, le mal dont souffre celui qui nous demande conseil ? Quel sera, à son sujet, notre diagnostic, notre pronostic, notre traitement ? Le traitement du suicide existe-t-il ? Peut-on faire, au sujet du suicide, de la prophylaxie individuelle et sociale ? Devons-nous laisser aux hommes

cette idée qu'il est inutile de nous consulter sur les phénomènes de leur vie mentale ; devons-nous continuer à ne point comprendre ce qu'ils nous disent lorsque, par hasard, ils nous interrogent à ce sujet, à ne savoir point ce qu'il faut leur faire craindre ou espérer, à persister à leur donner de vagues paroles ou de banales consolations ?

Dans les sociétés modernes, le rôle et l'influence du médecin doivent grandir. Il faut qu'il perde la notion inexacte qu'il doit soigner les seules lésions officiellement cataloguées. Qu'il y ait ou non une âme, l'individu entier appartient au médecin. C'est lui qui le voit naître et qui le voit mourir, qui sait de lui ses secrets les plus intimes ; pénètre dans sa vie la plus cachée et la dirige, reçoit confiance des relations conjugales, le connaît petit, grand, jeune, vieux, bien portant, malade, passionné, exalté, abattu. Qui donc peut mieux le comprendre, le juger, le dominer, le diriger et le secourir ?

Que le médecin cesse donc d'être seulement un guérisseur des maladies de certains organes ; qu'il soit, en plus du guérisseur, un philosophe, un confesseur laïque. Qu'il prenne la science du cerveau. A ce prix, il deviendra (et à juste titre, car nul mieux que lui ne le mérite), le directeur, le pasteur des masses à venir.

Laissons de côté ces considérations qui se feront jour ultérieurement ; je voudrais entretenir aujourd'hui les lecteurs des *Annales* de deux malades sur lesquels je ne possède malheureusement que des observations très incomplètes, mais dont la lésion est cependant suffisamment nette pour que je puisse assurer qu'il se trouve là un problème à creuser et que je demande aux personnes que ces questions intéressent, de vouloir bien, de leur côté, chercher s'il ne leur serait point possible de trouver, et, avec plus de détail, des observations analogues à celles que je leur signale.

Il arrive que des gens se suicident sans motifs. Je ne dis pas sans cause. Après leur mort, on ne peut trouver aucune raison à la détermination fatale. La cause cachée de celle-ci est *en eux-mêmes*, et l'on peut penser que le malade avait l'*idée fixe du suicide* et qu'il a fini par y sacrifier.

Je connais deux sujets, tous deux bien portants, menant une vie que l'on peut considérer comme agréable, qui ont eu et ont encore à certains moments l'idée et le désir de la mort. Ce désir survient par crises ; et il est de ces crises qui ont été assez fortes pour les conduire momentanément, soit à un commencement d'exécution (par pendaison) chez l'un, soit à la ferme volonté d'exécuter chez le plus âgé. Ce dernier a trente-cinq ou trente-six ans, est officier, vit dans des conditions d'existence matérielle heureuses, sans grande ambition et sans grand avenir ; le plus jeune a vingt-deux ans, est étudiant en droit, riche, intelligent. Ni l'un ni l'autre n'ont de causes de chagrin ou d'ennui profonds. Pas d'antécédents héréditaires appréciables, si l'on en croit les renseignements fournis par eux. Tous deux célibataires, mais le plus âgé vivant avec une même femme depuis longtemps. Ils ne se connaissent pas.

La crise consiste en une sensation de désespoir infini, d'abandon complet de toute énergie morale, survenant tout à coup et les terrassant.

« Quand la crise survient, écrit le plus jeune, A..., rien ne m'intéresse plus : tout ce qui me souriait, m'enthousiasmait, me passionnait, n'existe plus. J'éprouve un immense désir de repos, comme pourrait désirer un homme fatigué par une route très longue et qui, n'en pouvant plus, s'étendrait au milieu du chemin, désespérant d'arriver. Presque toujours, la crise va plus loin, et je souhaite la mort ; je la désire, elle me semble seule bonne et consolable ; enfin, souvent la seule chose dont

je sois capable est de penser à me suicider, et vous savez que j'ai tenté de le faire et peut-être le ferai-je. Ce que je ne pourrai jamais vous faire comprendre, c'est la *haine*, le *dégoût*, la *fatigue* de la vie, éprouvés par moi en ces moments-là ; et vous ne me croirez pas si je vous dis que j'éprouve alors un désir complet de mourir, un amour immense de la mort, qui me semble seule bonne. Je voudrais le néant. »

« Quand la crise survenait, écrit B... (B... se considère comme à peu près guéri), j'étais subitement tellement terrassé (il n'y a pas d'autre mot pour exprimer l'état affreux dans lequel je me trouvais), que je ne m'explique pas encore maintenant, comment je ne cédaï point au désir de m'étendre à terre au milieu de la rue, tant mon désespoir était immense et tellement tout me devenait odieux. D'autres fois, je m'enfuyais chez moi comme un fou et passais une heure ou deux à ressasser des idées de suicide. »

Ce qui est curieux, c'est que chez l'un comme chez l'autre de ces malades, la crise survient le plus souvent sans motifs.

« Au début, écrit A... (c'est-à-dire vers l'âge de 14 ans), je rapportais ces désespoirs à des causes banales, à de petits chagrins d'enfant ; maintenant je me rends mieux compte des choses ; la crise arrive parce qu'elle doit arriver ; elle surviendra n'importe quand et n'importe où ; parfois, elle est venue certains jours où je me sentais complètement heureux, avant sa venue. En somme, il n'y a pas de causes en dehors de moi ; s'il y en a, elles sont en moi, dans ma tête... »

« Je me souviens très bien, dit B..., que la crise survenait sans raisons, ou pour des raisons tellement insignifiantes, qu'elle relevait certainement d'un état intérieur. »

Ces crises apparaissent de façon tout à fait intermit-

tente, à intervalles séparés et sans règle apparente. « Il y a eu des semaines, écrit A..., où j'en ai éprouvé plusieurs et je n'en ai pas ressenti pendant quinze jours ou trois semaines.

« D'une façon générale, plus je pensais et plus je travaillais de la tête, plus elles se rapprochaient et étaient terribles. En sorte que j'en suis venu à me demander si le travail intellectuel démesuré ne les provoque pas. Ce qui semblerait confirmer cette idée, c'est que depuis mon entrée à la Faculté où je travaille moins, les crises ont diminué de fréquence. »

Au contraire, B... rapporte l'état favorable aux crises à de petites contrariétés, à des agacements insignifiants et nombreux.

En tout cas, ce qu'il faut retenir, c'est que la crise ne reconnaît point pour causes, un grand chagrin ou un malheur. « Jamais, écrit B..., je ne me suis senti si solidement retrempé, jamais les idées noires ne m'ont autant laissé tranquille, que chaque fois que les circonstances m'ont mis aux prises avec le malheur ou avec le danger. » « Ce qu'il y a de plus sot, écrit A..., c'est que je me sentirais capable des plus grands efforts, de lutter sans défaillance contre la misère ou le malheur, et qu'alors mes crises me laisseraient certainement tranquille, et qu'en plein bonheur, dans une vie calme et tranquille, où j'ai tout sous la main, elles m'envahissent et me font souffrir. »

J'ai cherché à savoir si avant la période de dépression existait une période d'excitation. En ce qui concerne B..., aimant peu à parler de ces choses, je me suis adressé à une personne qui le connaît bien et qui m'a écrit : « J'ai bien constaté une fois, comme vous dites, une période d'excitation : B..., qui revenait de X... où il s'était fatigué, s'est mis, le jour de son retour, à parler énormément à tort et à travers, avec un plaisir et une

joie fiévreux. Il se disait heureux de vivre et le répétait à tout moment. Je ne le reconnaissais pas, car vous savez qu'il est d'habitude froid et renfermé : tout à coup il se mit à se reprocher d'avoir oublié une commission sans importance dont on l'avait chargé à X...; alors *subitement* son front se rembrunit et il changea d'humeur : toute la soirée il ne parla que de cette commission oubliée et s'emporta contre moi, qui lui conseillais de n'y plus penser. Le soir il s'enferma, et le lendemain matin, je fus épouvantée de le voir venir me proposer de me tuer avec lui. Dans la journée, son service l'occupa et le lendemain soir il fut comme d'habitude. Il y a de cela sept ans. C'est la seule fois qu'il se soit montré ainsi, et d'habitude, il n'y a aucune excitation; il lui arrive seulement d'être extrêmement triste, et je sais qu'en ces moments, s'il ne parle pas de suicide, c'est pour ne pas m'affliger. Plus il avance en âge, et plus ses crises deviennent rares et légères. »

« Non, écrit A..., je n'ai point de période d'excitation et je ne sais pas ce que vous voulez dire par là. Quand je me donne au plaisir, je m'y donne entier et suis un entraîneur. Mais je n'ai jamais remarqué ce que vous dites. »

Maintenant comment se termine la crise ?

A... et B... nous renseignent à ce sujet et tous deux de façon identique.

A... « Quand j'étais enfant, une bonne crise de larmes puis un bon sommeil; le lendemain matin, je me sentais renaître au soleil; à noter que les crises ne me prennent jamais (à part une exception ou deux) que le soir, quand l'obscurité vient, et je me suis même demandé parfois si ce n'était pas le manque de la clarté du jour qui les provoquait, s'il n'y avait pas dans l'absence de la lumière solaire une cause déterminante. Maintenant, je ne pleure plus; mais si je puis m'endormir, je me

réveille guéri. A peine un léger voile, comme le souvenir d'un mauvais songe. Je ne me souviens que d'une seule crise qui traversa la journée du lendemain et résista à la lumière. En règle générale, le sommeil est le grand guérisseur. »

Suit un éloge qui m'a fait penser à ceux que, sans cesse, au cours de la plupart de ses drames, Shakespeare adresse au sommeil. Il semble, à la lecture des œuvres du grand tragédien anglais, que pour parler comme il l'a fait si souvent et avec autant de force du repos, du bien-être, du renouveau, que donne à la vie le sommeil, « baume des âmes blessées », ce cerveau merveilleux qui fut Shakespeare, dut éprouver et la fatigue de la veille et l'action bienfaisante du repos, bien plus et bien plus profondément que le commun des mortels. N'est-ce point le fait de tous les cerveaux travailleurs et créateurs ?

B..., auquel je l'avais demandé, note également que les crises surviennent généralement le soir *au crépuscule*, et que, quand il peut dormir (c'est le cas le plus fréquent), il se réveille guéri.

Un point délicat est celui de l'influence du fonctionnement sexuel sur un tel état. Ici, les renseignements sont difficiles à obtenir. B..., depuis sa liaison, a vu les crises diminuer en fréquence et en intensité. A... semble, depuis son entrée à la Faculté et, dit-il, « depuis l'épanouissement de toutes les fonctions », se trouver considérablement amélioré. Il n'y aurait rien d'étonnant à ce que le refrenement des manifestations de l'instinct sexuel, mal satisfait ou non satisfait, augmentât l'état morbide, l'aggravât, et que, au contraire, un fonctionnement normal de l'appareil génital l'atténuât. C'est là un point à creuser.

Un autre qui mérite réflexion, est de savoir dans quelle mesure on peut prémunir le malade, et s'il peut

se prémunir lui-même, contre l'état dangereux pour son existence que lui crée son amour du suicide lors des crises. « J'ai commencé à espérer la guérison, dit A..., ou tout au moins l'épouvante de mon mal a diminué, lorsque j'ai compris qu'il s'agissait de crises *ayant un commencement, un milieu et une fin*, qu'elles ne se rattachaient en rien aux circonstances extérieures. Cependant, bien que la crise soit prévue, que je me prémunisse contre elle suffisamment pour que, pendant qu'elle a lieu, je garde assez de présence d'esprit pour me dire : « Ce n'est rien, c'est une crise qui passera, patientons », l'état est tellement douloureux, que tous les raisonnements antérieurs servent peu et que je me sens *submergé* par le désir de mourir. » Quant à B..., il m'a déclaré, que depuis qu'il s'était rendu compte que les crises avaient *une évolution régulière* et qu'elles se terminaient, il était arrivé, même au cours de la crise, à se tranquilliser et à les considérer comme un état transitoire, à réagir par conséquent dans une certaine mesure; lors de cet état qui semble ne pouvoir permettre aucune réaction.

Il m'a semblé utile de consigner ces deux observations, qui, rapprochées l'une de l'autre, sont vraiment intéressantes. Il s'agit là d'une sorte de *biophobie*, tout au moins, sinon de haine de la vie, de dégoût de la vie, de découragement survenant sans motifs, par crises au cours desquelles rien ne peut tirer le patient d'un mépris, d'une haine, d'un dégoût extraordinaire de toutes les choses de l'existence, d'un amour désordonné de la mort. Peut-être peut-on faire, de cette anomalie, une forme atténuée, larvée de la folie circulaire, tout en tenant compte de ce fait que la période d'excitation ou n'existe pas, ou peut passer inaperçue. Il s'agit en tout cas d'une *mélancolie intermittente bénigne*: *intermittente*, puisqu'elle se manifeste par accès et sans

règles fixes ; *bénigne*, puisque souvent (c'est le cas de A...) elle évolue, ignorée de l'entourage du malade, en tout cas susceptible de jouer un rôle prépondérant dans l'étiologie du suicide, dans l'étiologie de certains cas de suicide.

DES
IDÉES DE RICHESSES ET DE GRANDEUR
CHEZ LES ÉMIGRÉS ALIÉNÉS

ÉTUDE DE PATHOGÉNIE PAR STATISTIQUE

Par le Dr B. PAILHAS

Médecin-adjoint de l'asile d'Albi.

I

Parmi les auteurs qui se sont occupés de l'émigré au point de vue psychopathique, nous avons retrouvé les noms d'Achille Foville, d'Edward Mann, de Ranney (1).

Le premier, après avoir adopté, à la suite de Leuret, cette pensée que les idées et les actes délirants n'ont que bien rarement un caractère pathognomonique intrinsèque, et que, pris isolément, ils peuvent presque toujours trouver leurs analogues parmi les actes des gens raisonnables, montre, en établissant un groupe d'aliénés qu'il appelle voyageurs ou migrants, qu'un acte habituellement aussi réfléchi et aussi rationnellement motivé que les grands voyages peut, dans certaines circonstances, être le résultat maladif d'une conception délirante : « Les aliénés voyageurs ou migrants que
« j'ai observés, dit Foville, sont tous des lypémaniaques
« hallucinés. Ils appartiennent à deux groupes : chez
« les uns, il n'existe que des idées de persécution, et ils
« veulent s'expatrier pour échapper à leurs ennemis

(1) Foville et Mann. Notice sur l'asile pour les émigrants aliénés à New-York. *Annales médico-psychologiques*, 1876.

(2) Ranney. Formes d'aliénations particulières aux émigrants. *Ibid.*, 1852.

« imaginaires ; chez les autres, au délire de persécution
« s'ajoutent des idées de grandeur systématisées, et ils
« sont atteints de mégalomanie. Ces derniers voyagent
« en pays étrangers dans l'espoir d'y obtenir la réalisa-
« tion de leurs ambitions chimériques et de s'y faire
« rendre la justice qu'on leur refuse chez eux. »

Notre intention n'est point d'établir avec Foville que l'émigration est susceptible de constituer un syndrome délirant. C'est là, assurément, un fait reconnu, que l'émigration peut être l'aboutissement d'états pathologiques divers qui poussent l'homme à se déplacer, en vertu, soit des idées mégalomaniaques ou de persécution, signalées par l'auteur, soit aussi en vertu d'impulsions rattachées à l'hystérie, l'épilepsie, la neurasthénie, la paralysie, etc.

Ce que nous avons désiré connaître ici, c'est l'influence que pouvaient exercer sur les idées délirantes des émigrés les dispositions psychiques qui, ordinairement, précèdent et déterminent le fait de l'émigration.

De même que le rêve reflète les aspirations vives de la veille, que le délire du fébricitant retrace les plus intenses de ses préoccupations récentes, nous nous sommes demandé si les aspirations de l'émigré après la fortune et les situations meilleures, si tous les mobiles faits d'ambition ou de convoitise qui inspirent ses déplacements, tout en n'ayant souvent rien que de légitime et de sensé, n'engendraient point, dans la folie des émigrés, une fréquence marquée du délire ou des idées délirantes d'ambition et de richesses. Conséquemment, nous avons été amené à rechercher chez l'ensemble des émigrés soumis à notre étude — les paralytiques généraux exceptés — quelle était la proportion d'idées mégalomaniaques et plus encore d'idées de richesses, comparativement avec d'autres catégories d'aliénés non émigrés. Pareils rapprochements nous ont été facilités par le

passage et la présence à l'asile d'Albi d'un nombre important de malades oranais parmi lesquels figurent une bonne part d'émigrés.

Il est, en outre, un second groupe d'émigrés qu'au même titre il nous a paru intéressant de signaler. Il s'agit d'aliénés parisiens venus de la province.

De même la paralysie générale des émigrés nous a semblé mériter une mention particulière.

Ajoutons que le rôle effacé de la femme dans la participation aux idées inspiratives de l'émigration nous a fait négliger cette orientation de nos recherches chez les femmes aliénées.

II

Dans notre statistique comparative (1), nous avons mis en présence :

1° Les aliénés français — Parisiens exceptés — ayant séjourné à l'asile entre les années 1879 et 1894. Cette classe de malades est constituée à peu près intégralement par les indigents du département du Tarn ;

2° Les aliénés émigrés d'Oran — malades nés pour la plupart en France et passés en Algérie ;

3° Les aliénés indigènes d'Oran — à l'exception des Arabes ;

(1) *Tableau comparatif du nombre des malades ayant présenté des idées de richesses et de grandeur dans les diverses catégories ci-dessus spécifiées.*

	Nombre total des malades de chaque catégorie.	Malades à idées de richesses et de grandeur.	Pourcentage.
a) Aliénés français de l'asile, à l'exception des Parisiens.	315	43	13.69
b) Aliénés oranais émigrés.	107	28	26.17
c) Aliénés oranais indigènes catholiques et juifs	33	14	26.78
d) Aliénés parisiens émigrés de province.	21	9	4.85

4° Les aliénés parisiens, émigrés de la province.

L'ambition, à ses divers degrés, entraînant vers la grande ville tout un monde de besogneux provinciaux, les tourments de la convoitise, l'âpre désir des richesses et des positions, les espérances vives et obsédantes dégénérant en idées délirantes, tout cela ne semble-t-il pas se refléter sur cette proportion énorme de 48 p. 100 relative aux émigrés de Paris ?

Ces mêmes considérations se montrent applicables aux émigrés d'Oran dont le pourcentage donne un chiffre de 26.17, quand il n'est que de 13.69, c'est-à-dire moitié moindre, pour les aliénés français non émigrés.

Nous avons été quelque peu surpris de constater que cette proportion de 26 p. 100 ne variait point avec les Oranais indigènes : faut-il penser qu'eux-mêmes, pour la plupart fils d'émigrés — appartenant à la religion catholique — participaient aux mêmes dispositions que leurs pères ? C'est là une idée qui se présente assez logiquement à l'esprit et qu'on ne saurait, ce semble, considérer comme absolument inapte à expliquer ce résultat fourni par la statistique.

Ajoutons que la population indigène juive oranaise fournit, pour sa part, une proportion de 21 p. 100, donc un peu plus faible que celle concernant les catholiques.

III

A côté de ces données statistiques, d'où nous avons écarté jusqu'ici les paralytiques généraux, il pourra paraître instructif de voir la différence de proportion numérique que nous avons relevée dans la paralysie générale — entre les années 1879 et 1893 — d'une part, chez les aliénés cultivateurs du Tarn, et, d'autre part, chez les aliénés cultivateurs émigrés d'Oran.

Tandis que les premiers présentent une proportion

54 DES IDÉES DE RICHESSES ET DE GRANDEUR

de 4.20 p. 100, les seconds arrivent à 10.7 p. 100. Cette différence, très sensible, puisqu'elle dépasse le double, va en s'accroissant chez le restant des émigrés oranais, non cultivateurs (13.5 p. 100); alors qu'elle n'est plus que de 5.06 p. 100 chez les indigènes hommes non arabes, de 3 p. 100 seulement chez les hommes arabes.

Quant à la statistique des aliénées paralytiques oranaises, elle donne :

a) Pour les émigrés	7.5 p. 100
b) Pour les indigènes non arabes.	2.6 —
c) Pour les arabes (au nombre de 16).	0 —

Conclusions. — 1° Parmi les conditions liées à la pathogénie des maladies mentales, chez les émigrés, il faut tenir compte, ce semble, d'une tendance préalable de l'esprit — tendance non nécessairement pathologique à poursuivre au loin des rêves d'ambition et de fortune, et susceptible de devenir, sous la forme d'idées de richesses et de grandeur, ou l'élément dominant de la folie ou une souche importante de conceptions délirantes ;

2° C'est avec soin que nous avons distingué ces idées de richesses et de grandeur appartenant à la folie commune de celles présentées au cours de la paralysie générale, laquelle se montre relativement fréquente chez l'émigré.

Thérapeutique.

—

SUR LE

ROLE DU SÉJOUR AU LIT

DANS LE TRAITEMENT DES ALIÉNÉS

par le **D^r Alexandre BERNSTEIN** 
 Médecin à la clinique psychiatrique de Moscou.

La question sur le rôle du « séjour au lit » dans le traitement des aliénés est à l'ordre du jour de la psychiatrie contemporaine. Dans ces dernières années, presque tous les congrès des aliénistes allemands s'en sont occupés et la presse spéciale allemande lui a consacré un nombre considérable d'articles fort chaleureux (1).

Il en est de même en Russie. Nous devons, à ce que je sache, au D^r A.-W. Timoféïeff (2) la première description de ses impressions personnelles après une visite faite à l'asile de Leubus (Silésie). C'est encore le D^r A.-W. Timoféïeff, qui le premier employa ce mode de traitement en Russie, à l'asile d'Alexandre III, près de Saint-Pétersbourg. Dans un récent article (3), cet auteur a donné un court compte rendu sur l'emploi systématique du « séjour au lit », pratiqué par lui pendant quatre ans. Le D^r A.-A. Gowséïeff a fait, en

(1) Au dernier Congrès des aliénistes français à Nancy la même question a été posée par le D^r W.-P. Serbsky, chef de clinique à Moscou.

(2) *Archiv. psychiatrii neurologii*, etc., t. XIX, 1892, p. 117.

(3) *Obozrénie psychiatrii*, etc., 1896, p. 5.

novembre 1895, une communication à la « Société des neurologistes et des aliénistes de Moscou » et présenté un rapport au VI^e congrès des médecins russes concernant la pratique du même régime pendant deux ans à l'asile provincial de la ville d'Ekatérinoslaw (1).

S'il fallait caractériser le rôle du XIX^e siècle dans le développement de la psychiatrie pratique, on serait amené à l'envisager comme une période ayant servi à l'évolution de l'idée, que *l'aliéné est un malade*, et à l'introduction systématique de cette idée avec toutes ses conséquences dans la vie pratique. Quoique simple et présentant une pure tautologie, cette idée mit presque un siècle entier à s'introduire dans les esprits les plus philanthropiques, et encore n'est-elle pas, même de nos jours, comprise de tout le monde dans toute son étendue.

Voilà plus de cent ans que cette idée a été proférée pour la première fois par celui qui, le premier, a rejeté l'usage des fers, des chaînes, des cachots et des autres attributs de prisons dans les asiles d'aliénés. L'influence bienfaisante de l'œuvre de Pinel se répandit dans toute l'Europe. Mais ce qui prouve à quel point était encore confuse la conception de cette idée libératrice, ce sont ces quelques lignes, tirées d'un compte rendu de l'asile du D^r Langermann, au commencement de ce siècle. « Le régime des malades est ordonné exclusivement par le médecin : le droit de les mettre aux arrêts, le droit de les punir et de leur donner des coups revient à la compétence médicale seule (2). »

Les pratiques du bon vieux temps ne disparurent pas d'emblée de la vie des asiles ; elles y étaient par trop

(1) Depuis peu, ce rapport fut publié *in extenso* (*Obozrénje psichiatrii*, etc., 1896, n^{os} 5 à 8).

(2) Cité par Klinke, in *Allgemeine Zeitschr. f. Psychiatrie*, 1892, p. 672.

enracinées. Les instruments de torture psychiatriques furent peu à peu abolis, mais plutôt grâce à la philanthropie plus ou moins vive des médecins-directeurs, qu'à la conception nette de toute l'inutilité et du danger des procédés destinés à terroriser les malades.

Ce n'est qu'en 1839, près d'un demi-siècle après Pinel, que Conolly fit faire un nouveau pas à la pratique de l'idée humanitaire du grand aliéniste français, en se déclarant ennemi convaincu des entraves, des moyens de contrainte et de répression de quelque nature qu'ils soient. Il se passa de nouveau un demi-siècle et, de nos jours, on livre un combat pour l'abolition de l'isolement mécanique des malades agités dans des cellules spéciales (Isolirzimmer. Izolyator).

Les anciennes coutumes se changeaient en coutumes nouvelles pleines d'humanité ; mais ce n'est que tout récemment que surgirent des voix, demandant l'*alitement* des aliénés aigus et des chroniques agités.

Un principe datant des origines de la médecine, ayant toujours régné en thérapeutique générale, ne fait que s'introduire dans les opinions psychiatriques contemporaines, non sans amener la défiance et de vives attaques. La médecine a depuis longtemps sanctionné la position horizontale comme la plus apte au repos, à la régulation du système respiratoire et celle du système circulatoire. Depuis les temps préhistoriques on voit les médecins aliter leurs malades aigus et chroniques, ces derniers pendant leurs rechutes ou le dérangement de la compensation réactionnelle.

Les modes thérapeutiques sont rejetés pour des méthodes nouvelles, les théories se suivent, mais le système du régime de l'*alitement* des malades est resté de tout temps immuable. Des indications isolées sur ce régime dans l'aliénation mentale et sur son action bien-faisante se retrouvent dans la littérature très ancienne.

On dit que Cælius Aurelianus s'en servait au v^e siècle pour le traitement des malades agités. Guislain (1852), Griesinger et Hergt (1877) le recommandaient pour les mélancoliques. Une application systématique de ce régime fut pratiquée pour la première fois à Göttingen vers l'an 1870, puis à Brême, en 1877, où elle amena la suppression des cellules (1).

Dès lors ce système se trouve employé par un nombre d'asiles allemands, croissant d'année en année.

Pour voir plus clair dans la discussion engagée sur la méthode du « séjour au lit » (Bettbehandlung), il est nécessaire de ne pas oublier, que la population des asiles d'aliénés est bien différente de celle des hôpitaux ordinaires, et qu'un asile d'aliénés a, en dehors de la pharmacothérapie, des buts spéciaux de surveillance et de soins. L'excitation motrice, les tendances agressives, la tendance à la destruction, au suicide, à l'auto-mutilation, le refus des aliments, le gâtisme, etc., etc., toutes ces particularités pathologiques exigent des mesures spéciales et constituent un côté important dans le traitement des aliénés.

Les partisans de la méthode du « séjour au lit » font remarquer que les soins, exigés par ces manifestations spéciales, sont considérablement simplifiés par l'*alitement*; il est clair qu'il en est de même pour les soins généraux.

Les auteurs insistent avec ardeur sur la rationalité de traiter des aliénés comme des malades somatiques.

Le système recommandé se pratique de la manière suivante :

Un asile à population d'aliénés mixte consacre deux ou trois grandes salles, selon les besoins locaux, pour la fondation d'un « quartier d'observation » (Nabliou-

(1). Ces détails sont dus à Klincke. *Op. cit.*

datielnoyé otdiélényé. Wachabtheilung). *Tous les nouveaux admis sont dirigés dans ce quartier et doivent être alités.* Ceux d'entre eux qui seront reconnus comme chroniques, somatiquement sains, capables de travail physique et n'exigeant pas, selon le genre de leur désordre mental, de soins spéciaux, sont conduits quelque temps après (deux à huit jours) dans les autres sections. Tous les malades aigus, faibles et dangereux pour eux-mêmes ou pour l'entourage, restent alités dans le « quartier d'observation ».

Toutes les rechutes des autres quartiers, tous ceux qui sont temporairement agités et les paralytiques généraux dans la période de marasme sont également transférés dans le « quartier d'observation ».

En dehors des nouvelles admissions, la population du « quartier d'observation » se recrute, comme on le voit, parmi les malades, qui dans la plupart des asiles forment les quartiers des agités, des furieux et des gâteux. Les mélancoliques à tendance au suicide passent aussi par le « quartier d'observation ».

L'asile de ce nouveau type se compose, comme on voit, de deux parties principales : d'un côté, il y a le « quartier d'observation », de l'autre, tout le reste.

Cette seconde partie est divisée à son tour en service de convalescents qui contient aussi les chroniques non hallucinés, raisonnables et tranquilles, et en service de chroniques déments, parmi lesquels on place tous les malades reconnus incommodes pour le premier quartier.

Cette division ne peut être par trop rigoureuse, et les deux derniers services échangent toujours leur population à la suite de diverses conditions internes.

Ces services représentent spécialement l'asile et le sanatorium, tandis que l'hôpital, *sensu strictiori*, est concentré dans le service d'observation. Quelquefois l'établissement renferme deux ou trois services d'observation,

tandis que les convalescents et les chroniques occupent le même quartier.

Comme je viens de le dire, l'idée de l'*alitement* des aliénés ne s'est pas formée d'un trait. Les aliénés faibles, marasmatiques et paralysés furent de tout temps alités ; ce groupe s'augmenta plus tard des malades refusant les aliments et des mélancoliques avec des troubles de la nutrition. Le régime du « séjour au lit » évolua sur un point tout théorique, de faire jouir les malades aliénés d'un remède employé largement dans la thérapeutique des maladies somatiques.

La pratique de cette méthode dans les maladies mentales a montré des avantages tout spéciaux, et les objections principales dont elle est le sujet portent non sur sa rationalité, mais sur la possibilité de son application. Quiconque ne l'a pas vue en réalité se représentera difficilement les aliénés se soumettant volontairement au « séjour au lit ». Ce doute se rapporte premièrement sur les maniaques agités, qui font habituellement l'épouvantail des cellules ; sur ceux qui cassent, déchirent et détruisent, attaquent le personnel et leurs camarades ; sur ceux, enfin, qui exigent habituellement la nécessité d'être enfermés dans une cellule et pour lesquels on a recours aux contraintes chimiques.

La pratique de l'*alitement* a montré que les manifestations furieuses des malades se trouvent considérablement modérées et que l'habitude du séjour au lit se gagne bien vite. Le malade nouvellement admis est amené dans le « quartier d'observation » où il est déshabillé, mis au lit, entouré par d'autres malades, soumis au même régime. Cette atmosphère a l'air de le convaincre de sa propre maladie et de celle de ses voisins, de la nécessité du repos et de la tranquillité pour lui ; cet état de choses le discipline. Il est vrai que quelquefois on a recours pendant un certain temps au maintien forcé

du malade à l'aide du personnel, aux bains chauds ou aux enveloppements de Priessnitz, même aux injections de duboisine, etc. Mais pour la règle, le but est bientôt atteint.

Les malades tranquilles sont facilement installés, à l'exception des mélancoliques agités et des malades avec des idées de possession, qui protestent souvent au commencement de leur « *séjour au lit* ».

Sur l'initiative de mon éminent maître, M. le professeur S. S. Korssakoff, nous avons appliqué, pendant l'année académique 1895-1896, la méthode du « *séjour au lit* », dans le service des femmes de la clinique psychiatrique de Moscou, service qui est confié à mes soins.

Le régime du « *séjour au lit* » se pratiquait dans le même service pendant l'année précédente, mais sur diverses indications et non comme remède systématique, qui, selon ses adeptes, doit être employé en masse et dans de vastes salles. Le fait est que cette méthode pratiquée dans des chambres isolées réussit à grand-peine et demande un personnel très nombreux. Au commencement de l'année, quand la clinique se remplissait lentement (la clinique ne fonctionne que pendant neuf mois : septembre-mai), l'alitement était beaucoup plus difficile à pratiquer que dans la suite, quand les nouvelles venues arrivaient dans un milieu préparé et se trouvaient du premier coup entourées de l'atmosphère des malades habituées à la discipline du lit. Deux ou trois gardes-malades étaient parfois obligées de retenir les malades pendant le premier ou le second jour; mais même les plus agitées s'y faisaient très vite et je n'ai jamais eu recours aux bains chauds (excepté quand ils étaient nécessaires comme mesure thérapeutique générale), ni aux enveloppements ni, d'autant moins, à des remèdes narcotiques.

Le service de femme de la clinique psychiatrique de Moscou est construit pour 21 malades (le service d'hommes est destiné pour 30). Depuis le 8 septembre 1895 jusqu'au 1^{er} mai 1896, il est passé par mon service 32 malades, dont 24 aiguës ; elles ont séjourné à la clinique 4,047 jours, 19 de ce nombre (59.37 p. 100) ont passé par le « quartier d'observation » et sont restées au lit pendant 1,696 jours (41.90 p. 100). Quoiqu'une expérience de huit mois, faite sur un nombre restreint de malades, ne permette pas de tirer de conclusions générales, je crois tout de même avoir le droit de faire part de mes impressions, d'autant plus qu'elles sont tout à fait conformes aux données des comptes rendus et des conclusions des aliénistes qui eurent la chance de faire leurs observations sur une plus vaste échelle et pendant une période plus longue.

Je tiens à signaler de suite le fait principal et important suivant : durant l'année, notre section à cellules n'a pas fonctionné, aucune des malades de mon service n'a été enfermée. (Il en fut de même au service des hommes où l'alitement a été appliqué par mon ami, le D^r Th. G. Rybakoff sur quelques malades agités.) La section, ordinairement habitée par les agitées et transformée cette année en « quartier d'observation », surprenait par son ordre et son calme, quoique sa population ne différât en rien de la population des années précédentes.

Notre « quartier d'observation » se composait de deux grandes salles bien éclairées et bien aérées (sans compter la salle à manger à l'usage des malades non alitées et servant à la distribution des aliments par la demoiselle surveillante). Vers le milieu de l'année nous avons eu la possibilité d'y joindre une troisième pièce, qui servait auparavant pour le séjour journalier des

malades (salle de travail et de récréation). Un large couloir côtoie ces chambres et va rejoindre, en passant à côté de la chambre du bain et des water-closets, trois petites chambres à un lit. L'une de ces chambres était occupée toute l'année par une malade démente, qui passe à la clinique sa quatrième année et que nous n'avons pas cru nécessaire de mettre au lit pour ne pas l'incommoder et ne pas lui ôter ses habitudes prises les années précédentes. Les deux autres chambres servaient pour quelques heures, parfois pour un jour, une nuit ou pour quelques jours, à celles de nos malades qui avaient besoin d'être temporairement séparées de leurs camarades. Les malades qui avaient besoin d'être observées avec une attention particulière, étaient transportées pour la nuit dans le couloir, où veillait une garde-malade.

Chaque salle contenait quatre ou cinq lits, commodément installés, où nos malades étaient librement couchées. La répartition des malades dans diverses salles et leur placement dans l'un ou l'autre lit de la salle présentaient une tâche médicale très importante ; d'un côté, je voulais éviter les vilaines impressions que pouvaient produire les malades les unes sur les autres ; de l'autre côté, j'avais l'intention de les faire profiter d'une influence bienfaisante et réciproque. Chaque salle était confiée à une garde-malade, qui ne la quittait pas pour un instant ; chaque malade, placée dans l'une des chambres séparées, était confiée à une garde spéciale qui était postée près de son lit (1).

Comme on le voit, chaque garde-malade avait à surveiller et à soigner des malades déterminées, qu'elle ne pouvait quitter des yeux. Pour les conduire à la garde-

(1) La demoiselle surveillante ne quitte presque pas le quartier, sa chambre se trouvant dans la section même, à côté des chambres séparées. Les médecins visitent la section de cinq à dix fois par jour et quelquefois plus.

robe, elle s'adressait à une autre garde qui se trouvait toujours à portée de sa voix dans le couloir. Comme elle ne quittait pas son poste sans être relevée par une autre, à qui elle communiquait tous les ordres nouvellement reçus concernant les malades de la salle, rien ne devait se soustraire à son regard. Les gardes s'habituaient vite à voir dans nos malades des malades ordinaires, ce qui contribua beaucoup à leur éducation spéciale. La sensation de sécurité personnelle a beaucoup augmenté chez elles, et cela tient certainement aux modifications des manifestations morbides effectuées par le « séjour au lit ». Comme je l'ai dit tout à l'heure, les malades les plus agitées se familiarisaient dans peu de jours avec le lit. Les accès impétueux s'apaisaient, l'excitation perdait de son intensité ; nous n'avons jamais observé de ces scènes, auxquelles nous étions accoutumés pendant le système de l'isolement dans les cellules. La cause en est claire : sans parler du repos du lit qui semblait influencer heureusement le cours de la maladie, les malades gardaient, grâce à la mise en scène de l'hôpital, leurs qualités humaines, qui dégénéraient bien vite autrefois dans l'emprisonnement solitaire des cellules. J'insiste particulièrement que l'observation mieux établie dans les salles des malades alitées laissait prévoir et prévenir les accès d'agitation par des mesures adaptées aux propriétés individuelles de chaque malade. Le gâtisme par terre, compagnon indispensable du séjour dans les cellules, est rentré dans des proportions minima et disparut complètement, quand l'attention des gardes s'y porta. Nous n'avons pas observé de barbouillage avec les excréments et l'urine. Le gâtisme au lit persistait le plus souvent pendant la nuit et seulement sous les yeux des gardes distraites, qui oubliaient de mener à temps la malade à la garde-robe ; chez les gardes plus expérimentées, ces faits ne se produisaient pas.

Je tiens à dire que je n'ai employé dans cette section, en matière de somnifères, que 2 grammes de sulfonal et 3 grammes de trional (5 doses chez 2 malades) ; une fois, dans la nuit, j'ai fait une injection sous-cutanée de morphine à une malade souffrante de douleurs névralgiques dans la poitrine et le ventre qu'elle interprétait comme délire de possession, ce qui lui faisait pousser des cris horribles.

Quant à l'influence produite par le « séjour au lit » sur le cours de la maladie, je ne puis qu'indiquer, que ses manifestations deviennent moins intenses : l'excitation motrice est réduite au minimum, l'excitation de l'intelligence diminue, le délire devient pauvre et monotone. Je ne puis tirer de ces faits des conclusions générales et je laisse à l'avenir de décider si ce rétrécissement du champ intellectuel contribue au repos du cerveau ou s'il mène à une décadence mentale durable.

L'expérience de la clinique psychiatrique de Moscou ne prouve qu'une chose : c'est que les malades ne guérissent pas plus promptement qu'auparavant. MM. les D^{rs} Timoféïeff et Gowséïeff se croient autorisés d'insister sur une guérison plus rapide et peut-être plus fréquente. Mais le taux des guérisons cité par ce dernier (67 p. 100) ne surpasse pas le taux habituel des asiles bien menés.

Les propagateurs du principe du « séjour au lit » le regardent comme une panacée et le prêchent ardemment dans des proportions les plus larges, au détriment des autres principes bien acceptés de la thérapeutique mentale. Cette exagération passionnée est bien excusable ; car l'idée nouvelle est d'autant plus séduisante qu'appliquée à la vie pratique, elle fait disparaître, comme dans un conte de fées, la « fosse aux fous » avec ses particularités spécifiques, pour la remplacer par un hôpital du type moderne des hôpitaux ordinaires. Mais ce principe ne doit pas faire oublier cet autre : *chaque*

mesure médicale doit être adaptée aux propriétés individuelles du malade; l'air frais des promenades, le travail dans les ateliers, etc., etc., ont bien aussi leurs indications indiscutables.

Il est vrai que dans un climat bénin, la question des promenades se résout comme elle a été résolue pendant le printemps à la clinique de Moscou : nous faisons habiller et promener nos malades une heure ou deux ; vers la moitié d'avril, nous avons fait transporter les lits dans notre vaste jardin, plein d'ombre, et nos malades ont profité à la fois du séjour au lit et à l'air pur. Quoi qu'il en soit, la question de *l'alitement* plus ou moins durable doit être spécialement discutée à propos de chaque malade : on l'approuve ou on la rejette pour une autre méthode thérapeutique, selon que l'une ou l'autre se trouve plus indiquée.

Le système de *l'alitement* des aliénés ne fait qu'apparaître sur l'horizon de la thérapeutique mentale ; voilà pourquoi l'opinion de chaque observateur nouveau me paraît intéressante et que je me suis décidé à publier ces notes concernant nos premiers pas dans la route nouvelle.

La question de la valeur de ce système est étroitement liée à la transformation du type de l'asile des aliénés, grave question de la psychiatrie pratique. Quelle que soit l'influence du « séjour au lit » sur la durée des psychoses aiguës, quelle que soit sa valeur pronostique (pourvu que l'une et l'autre ne soient pas négatives), ce système possède le mérite indiscutable de procurer *la possibilité de renoncer à l'isolement cellulaire des aliénés*.

En pareil cas, dire possibilité, c'est dire nécessité. *L'alitement* des aliénés facilite les soins à donner et améliore la surveillance sans exiger l'augmentation du personnel ; il économise l'entretien des malades, parce qu'il

diminue le gâtisme et la destruction du mobilier. Ce système simplifie le type de l'asile et rend superflues toutes les installations coûteuses qui garnissent les cellules, telles que les cellules à matelas, etc., qui ne sont, somme toute, que des amolisseurs mécaniques du restraint mécanique. « *Le séjour au lit* », tel est le dernier mot d'ordre qui retentit au centenaire de la grande lutte pour la liberté et les droits humains de l'aliéné.

Revue critique.

A PROPOS DE L' " OPEN DOOR "

RÉPONSE A M. MARANDON DE MONTYEL (1)

Par le Dr J. CHRISTIAN

Les aliénistes sont gens d'humeur douce et paisible ; il y a quelques années, à l'un de nos Congrès annuels, il s'est même trouvé un spirituel Préfet qui, entre la poire et le fromage, leur a rendu le témoignage « qu'ils ne sont pas méchants ». M. Marandon n'aurait donc rien risqué s'il était allé au Congrès de Nancy. Il n'aurait été ni « hué », ni « conspué ». Il aurait pu « crier très fort », que nos asiles ne sont que des « fabriques d'incurables », que nous, les collègues et les amis de M. Marandon, nous, médecins d'asiles, qui consacrons notre vie à soigner les aliénés, nous ne sommes « inconsciemment », il est vrai (c'est la circonstance atténuante), que des « fabricants de chroniques ». Personne ne se serait ému outre mesure. Comme à certain littérateur célèbre, on nous fait avaler assez de « crapauds », pour qu'un de plus ou de moins ne soit pas une affaire. Et d'ailleurs le reproche n'est pas nouveau. Il y a trente ans et plus que nous l'avons entendu. C'était l'argument favori d'un médecin, mort depuis et bien oublié, qui menait une campagne acharnée contre la loi de 1838 (2). Cet argument n'a pas plus de valeur aujourd'hui qu'alors. Mais il est piquant de le voir reparaître sous la plume d'un spécialiste, d'un collègue blanchi sous le

(1) *L'Open Door et le Congrès de Nancy*, paru dans le dernier numéro (nov.-déc. 1896) des *Annales médico-psychologiques*.

(2) Tandis qu'il laissait son frère végéter misérablement dans un de ces asiles qu'il attaquait si furieusement.

harnais, pratiquant depuis plus de vingt ans dans des services importants, et dont tous ceux qui le connaissent ont pu apprécier les aimables qualités confraternelles.

Puisqu'il n'a pu aller à Nancy, je regrette que M. Marandon n'ait pas porté cette question devant la Société médico-psychologique. C'est là que nous aurions pu la discuter sous toutes ses faces, et avec tout le loisir nécessaire ; peut-être serions-nous arrivés à rassurer notre collègue, et à le « remettre d'une alarme si chaude ».

I

Il paraît que nous courons un grand danger : nous sommes menacés d'une catastrophe ! Dans des pays plus ou moins lointains, en Allemagne, en Ecosse, voire même en Amérique, on a inventé une méthode admirable pour traiter et guérir les aliénés : c'est la méthode de « l'asile sans murs extérieurs ni intérieurs, aux portes et aux fenêtres ouvertes », autrement dit « l'Open Door ». Admirable invention, qui est devenue partout la préoccupation dominante, sauf en France, où nous restons les « êtres les plus routiniers du monde », indifférents au progrès, et bornant notre ambition à « recommencer demain la même besogne qu'aujourd'hui, et à repasser chaque jour par les mêmes chemins ». De quoi M. Marandon est navré. Car il s'agit ni plus ni moins que d'une « révolution », qui « gronde à nos portes », et qui va nous balayer nous et nos asiles ; à moins que, plus heureux que jadis ne fut Cassandre, il n'arrive à « seconer nos torpeurs », à nous tirer de « l'indifférence dans laquelle nous sommes plongés ». Comment lui en vouloir, s'il s'applique à crier fort, plutôt qu'à crier juste ? Quand on tire de l'eau quelqu'un qui se noie, on ne s'inquiète pas de savoir si on lui arrache une touffe de cheveux, ou si on lui égratigne la peau.

Nous devons donc remercier M. Marandon de sa sollicitude. Mais, cela fait, je veux lui dire que je ne partage ni ses craintes, ni son enthousiasme. Dans ce merveilleux « Open Door », je vois si peu de choses nouvelles, que ce n'est pas la peine de s'y arrêter. Ce qui s'y trouve de bon, est vieux et connu ; ce qui s'y trouve de nouveau et d'inédit, est fort contestable, sinon même impraticable.

Singulière ironie des choses ! M. Marandon met l'œil à sa lunette, et regarde au loin : tout ce qu'il voit lui paraît admirable. Et il ne se doute pas qu'ici, en France, à quelques pas de son asile de Ville-Evrard, dans cette vieille maison de Charenton, que, sur la foi d'un antique préjugé, il considère sans doute encore comme le type de l'asile-caserne ou prison, nous pratiquons, M. Ritti et moi, depuis dix-huit ans que nous y sommes, l'« Open Door » dans toute sa beauté. Nous faisons de l'« Open Door », comme M. Jourdain faisait de la prose. Grâce à M. Marandon, nous voilà renseignés.

II

A Charenton, les *sorties* sont fréquentes, aussi fréquentes que les circonstances le permettent. Tel de nos pensionnaires sort toutes les semaines, tel autre tous les mois. L'un va dans sa famille le matin, et rentre le soir ; d'autres y restent plusieurs jours, jusqu'à un mois et plus. Chaque année, il en est qui vont passer quelques semaines à la mer ou à la campagne. Les sorties d'essai sont d'un usage si habituel, qu'il est rare qu'un pensionnaire sorte définitivement, avant d'avoir passé par cette épreuve.

Pour ceux qui n'ont pas de famille, il y a les promenades à pied dans les environs, et, en été, les excursions en voiture avec déjeuner sur l'herbe.

J'ajouterai que si, en général, ceux qui sortent sont accompagnés, il en est cependant qui peuvent sortir tout seuls.

Les *visites* ? Jamais elles ne sont interdites. Jamais, je n'en ai empêché une seule. Même il m'est arrivé (mes rapports en font foi) d'intervenir auprès de certaines familles, pour faire lever des interdictions qu'elles voulaient imposer. Et ces visites peuvent se faire, non seulement les jeudis et dimanches, jours de parloir, mais tous les jours, à toute heure, l'accès de nos pensionnaires est permis. Quand arrivent des parents de province, nous leur donnons une autorisation de visite permanente, dont ils usent à leur gré pendant tout le temps de leur séjour.

J'ai vu des familles s'installer à Saint-Maurice, pour ne pas s'éloigner de leur malade. Tous les visiteurs

peuvent apporter des collations, et ils ne s'en font pas faute. Telle mère vient tous les jours, depuis des années, avec un dévouement que rien ne rebute, et apporte à son fils un repas qu'il prend sous ses yeux. Un mari arrive tous les matins de Passy, où il demeure, avec un déjeuner complet qu'il partage avec sa femme, une persécutée qui croit que nos aliments sont empoisonnés. Je prends ces exemples parmi cinquante autres.

Il y a bien quelques ombres au tableau : les indigestions ne sont pas absolument rares ; quelques paralytiques généraux ont failli s'étouffer en mangeant trop gloutonnement les gâteaux ou les fruits qu'on leur apportait. Mais ce sont là de petits inconvénients sur lesquels je ne veux pas insister.

Est-il besoin d'ajouter que l'on ne sait pas à Charenton ce que c'est qu'une douche de punition ? Que la camisole à laquelle, malgré tout, je reconnais du bon, n'y est employée que fort rarement, et à titre exceptionnel ? J'ai toujours pensé, et je pense encore, que lorsqu'un aliéné a la manie de déchirer ses vêtements et de se mettre tout nu, il est de son intérêt même de lui maintenir les bras dans une camisole de tissu souple et lâche. Toutes les belles choses que l'on raconte du *no-restraint* ne m'ont pas convaincu, parce que ceux qui suppriment la camisole la remplacent par des moyens de contrainte, à mon avis, plus mauvais.

Mais laissons cette digression, et revenons aux griefs de M. Marandon. Ce qui, à ses yeux, déshonore nos asiles, ce sont tous ces restes de l'antique barbarie, qui, sous forme de murs de clôture, de sauts de loup, de galeries couvertes, leur donnent l'aspect de casernes, d'hôpitaux ou même de prisons ? Tout cela doit disparaître.

Il est bien avéré cependant que, de toute éternité, sous toutes les latitudes, tout propriétaire a eu la tendance naturelle, instinctive, de clôturer son domaine, grand ou petit. S'il l'entoure d'un mur, à quoi il manque rarement, c'est qu'il tient, par-dessus tout, à être bien chez lui, à l'abri des regards indiscrets. Si, ce que je lui souhaite, M. Marandon possède lui-même quelque villa, ou quelque propriété champêtre, je gage qu'il l'aura entourée d'une clôture protectrice. Car le mur empêche

bien de sortir, mais il empêche aussi d'entrer, et, d'après mon expérience, cela n'est pas indifférent. Il n'est pas inutile de protéger nos aliénés contre la curiosité, souvent déplacée, du dehors. Eux-mêmes ne brillent pas toujours par une tenue irréprochable : il n'y a aucun avantage à étaler leurs misères ; nous devons nous appliquer à les voiler discrètement.

Que là, où les murs ne sont pas indispensables, on les remplace par des grilles, j'y souscris : mais cela existe. A Charenton, toutes nos cours, toutes sans exception, plantées d'arbres, et ornées de massifs de fleurs, sont orientées au Midi, avec une vue admirable sur la campagne. Nulle part de mur qui intercepte le paysage, partout des grilles, autant que possible garnies de verdure et de plantes grimpantes.

Quant à enclore de murs les terrains de culture, ce ne peut être qu'une exception. Je n'ai rien vu de pareil dans aucun des asiles que je connais, et cela ne serait évidemment possible qu'avec un terrain peu étendu.

Je ne sais pourquoi M. Marandon en veut aux galeries couvertes ; elles lui font horreur. Cependant, elles permettent de circuler à l'air, à l'abri de la pluie : où est le mal ? On en met dans nos plus belles promenades, à la grande satisfaction du public.

Nous n'avons pas supprimé les murs intérieurs ; je ne vois même pas comment on pourrait s'en passer. Du moins, grâce à nos efforts persévérants, nous avons obtenu de l'administration la transformation complète des dispositions intérieures : tout ce qui rappelait la prison ou la caserne, nous l'avons fait disparaître. Que M. Marandon vienne dans nos quartiers d'agités (où les malades dangereux ne manquent pas) ; il n'y verra plus ni une grille, ni un barreau. Nos cellules sont devenues des chambrettes bien éclairées et bien chauffées. Nous n'avons pas encore supprimé les clefs : il faut laisser quelque chose à faire à nos successeurs.

Parlerai-je des distractions que nous donnons à nos pensionnaires ? Ils écrivent tant qu'ils veulent, et tout ce qu'ils veulent : nous leur fournissons libéralement le papier. Et ils en usent, à en juger par la quantité de lettres, de mémoires, de rapports, qu'ils nous remettent chaque matin à la visite. Ils reçoivent tous les journaux

qu'ils désirent : depuis *l'Intransigeant* et la *Libre Parole*, jusqu'à *l'Univers* et à la *Gazette de France*, toute la gamme y passe. L'entrée n'est défendue à aucun, et je n'ai jamais eu qu'à m'applaudir de cette tolérance. La musique? en fait qui peut, et tant que cela lui est agréable; mais je n'ai pas encore vu se produire les effets merveilleux que la harpe de David opérait sur les crises du roi Saül.

Je ne continuerai pas cette énumération, j'aurais l'air de faire une réclame, et j'en ai d'autant moins l'intention, que je n'ai même pas la prétention d'avoir rien inventé. Ce que je fais à Charenton, je le faisais à Maréville, m'inspirant de ce que j'avais vu faire en 1862, à Stephansfeld, quand j'étais l'interne de M. Dagonet. Et, si mes souvenirs sont exacts, je crois bien que déjà, dans les vieilles observations d'Esquirol, de Leuret, etc., on faisait entrer dans le traitement les visites des parents, les promenades au dehors, les voyages, etc.

J'ajouterai encore ceci : dans tous les asiles où il y a des ateliers, une exploitation agricole, les malades occupés aux divers travaux, circulent à peu près librement, et autant que l'exigent leurs occupations, non seulement dans l'intérieur de l'établissement, mais dans toute l'étendue de la propriété. Que demande de plus M. Marandon?

III

Ce qui m'a frappé dans l'argumentation — je ne veux pas dire le réquisitoire — de M. Marandon, c'est la manière dont il envisage l'aliéné. Rappelant ce qu'a dit Guislain, qu'au fond de tout aliéné, il y a un mélancolique, il admet que le caractère principal de toute folie c'est la tristesse, la désespérance. De là une description touchante, mais inexacte, car il y a encore autre chose. Nous nous abusons sur l'état d'âme de l'aliéné, parce que nous le jugeons d'après le nôtre. Nous raisonnons sur lui, comme nous raisonnerions sur nous-mêmes. Nous nous figurons très bien ce que nous éprouverions, si tout d'un coup, nous venions à être arrachés à nos affaires, à notre foyer, et enfermés entre les quatre murs — les terribles murs — d'un asile, et nous supposons que l'aliéné ressent de la même façon. C'est là,

à mon sens, une erreur profonde. L'aliéné réagit tout autrement que nous. Ses rapports avec le monde extérieur sont tout autres que les nôtres. Je suis persuadé que lorsqu'un aliéné lit un livre, un journal, il lit beaucoup moins ce qui se trouve réellement dans le livre ou le journal, ce que nous y lirions, que ce qu'il y met, à savoir ses idées délirantes, ses illusions, ses conceptions morbides. Il se fait une idée à lui sur tout ce qui l'entoure, et cette idée n'a aucune analogie avec celle que nous pouvons nous faire nous-mêmes.

Ce qui n'est pas douteux non plus, c'est qu'il existe chez lui une perversion profonde, absolue, des sentiments affectifs, qu'il manifeste en toute circonstance un égoïsme que rien ne saurait entamer. Aussi, je veux bien faire tout ce qu'il est possible pour lui rendre la vie douce et agréable, pour le faire même « marcher sur un chemin de roses », mais je le fais à bon escient, certain que je n'en aurai jamais la moindre reconnaissance, ni même un effet durable. J'aurai tout simplement la satisfaction d'avoir fait ce que je crois mon devoir.

IV

Le plaisir de discuter avec M. Marandon m'entraîne un peu loin et hors de mon sujet. J'y reviens, à propos de cette assertion que j'ai sur le cœur, que « nos asiles sont des fabriques d'incurables », et nous, des « fabricants de chroniques ».

Pour soutenir cette thèse, il faut évidemment que notre collègue considère comme démontré :

1° Qu'en arrivant dans nos asiles, les aliénés sont curables ;

2° Que s'ils ne guérissent pas, c'est d'abord la faute de l'asile, mal construit et mal agencé, et ensuite la nôtre, celle de notre négligence ou de notre ignorance.

Je serais vraiment curieux de savoir comment M. Marandon établirait la première de ces propositions. S'il est, en effet, un fait indéniable, c'est que sur 100 aliénés que l'on nous amène, il y en a au bas mot 90, mettons, si vous voulez, 80, qui sont déjà tombés dans un état de complète incurabilité. Défalquez les paralytiques généraux, les déments, les imbéciles et les idiots, les épilé-

tiques ; défalquez encore les vieux persécutés, les aliénés dont le délire, héréditaire ou acquis, est depuis longtemps passé à l'état chronique, et voyez ce qui reste : quelques maniaques et quelques mélancoliques, et aussi un bon nombre d'alcooliques ou de morphinomanes.

J'imagine que M. Marandon n'exige pas que nous guérissions les incurables : ce sont eux qui encombrant nos asiles, et nous n'y pouvons rien. On nous les amène, non pas dans l'espoir que nous les guérirons, mais parce que, dans leurs familles, il n'a plus été possible de les garder : ils sont devenus incommodes ou dangereux. M. Marandon ne lit-il jamais les faits divers dans les journaux ? les articles intitulés « Les aliénés en liberté » ? Il peut s'édifier là sur les faits et gestes des infortunés sur lesquels il s'apitoie, et qui ont été généralement un véritable fléau pour leur entourage. Du moment qu'ils ne sont plus capables de vivre au dehors, nous devrions, nous, leur donner une liberté à peu près complète ? M. Marandon sait si bien que cela n'est pas possible, qu'il admet que 30 p. 100 des internés ont besoin d'une « grille élégante et d'une serrure ». Ne vaudrait-il pas mieux dire tout simplement : « Donnez aux aliénés internés dans les asiles toute la liberté compatible avec leur état mental, toute celle dont ils peuvent jouir sans abus et sans danger. Isolez ceux qui ont besoin d'être isolés » ?

Or, c'est ce que nous faisons, sans avoir de leçons à demander à ceux qui croient avoir inventé « l'Open Door ».

L'*isolement*, tel que nous le comprenons et le pratiquons, ne consiste pas et n'a jamais consisté à claquemurer l'aliéné dans une sorte de prison, loin de tout contact avec le monde extérieur. Isoler un aliéné, c'est le sortir du milieu dans lequel la maladie s'est développée, dans lequel il est devenu dangereux. C'est ainsi qu'Esquirol l'a défini et que tous nos vieux maîtres l'ont compris. Et c'est en suivant leurs errements, que nous guérissons les aliénés curables, les maniaques et les mélancoliques, et même les alcooliques. Pour ceux-ci, nous y mettons peut-être moins de façons que M. Marandon ; mais nos résultats sont au moins aussi bons, et nous n'avons pas plus de rechutes que parmi les alcooliques de Ville-Évrard.

V

Je ne suis pas comme Pangloss ; je ne crois pas que tout soit pour le mieux dans le meilleur des mondes. Nos asiles ne sont pas parfaits ; même ceux qui ont été construits de toutes pièces, bien moins encore ceux qu'il a fallu aménager dans de vieilles constructions. Mais tels qu'ils sont, ils ne méritent pas l'anathème que leur jette M. Marandon. J'ai visité un assez grand nombre d'asiles dans différents pays de l'étranger, quelques-uns ayant une grande réputation. Je puis affirmer que les nôtres supportent la comparaison.

Du reste j'ai toujours pensé que tant vaut le médecin, tout vaut l'asile, et je n'ai jamais considéré que comme secondaire, ce qui paraît tant préoccuper notre collègue, ce que j'appellerai le vêtement extérieur, c'est-à-dire les bâtiments, etc. Je ne comprends pas l'horreur que lui inspirent les murs, extérieurs et intérieurs, les galeries couvertes, la symétrie des bâtiments. Du moins il est logique, et à côté du mal il signale le remède. Avec une ingéniosité que j'admire, M. Marandon nous a tracé le plan, mais non le devis, de l'Asile-Village qui réalise son idéal. Partant de ce principe que rien n'est plus mauvais pour l'aliéné que d'être dépaysé (à l'inverse de ce que l'on avait cru jusqu'ici), qu'il faut s'appliquer à le placer dans un milieu qui lui rappelle le foyer domestique et les impressions de sa vie habituelle, il veut que, quittant son village, il retrouve un autre village dans l'asile où il est recueilli. Ceux qui ne sont pas de la campagne trouveraient là une agréable villégiature. Eh bien ! je crois que M. Marandon se fait illusion. Quelle ressemblance y a-t-il entre le village, tel qu'il existe, tel que nous le connaissons, et le village d'opéra-comique imaginé par lui ? Où, dans quel pays, a-t-il vu un village avec boulevards, tramways, villas pour 50 à 60 pensionnaires, eau et gaz à tous les étages, etc. ? Mais si, d'aventure, cet idéal pouvait jamais se réaliser, M. Marandon verrait bien vite que, par la force des choses, il retomberait dans la symétrie qui l'horripile. Fatalement, il mettrait les hommes d'un côté, les femmes de l'autre ; il placerait au centre les bâtiments des services généraux ; il reculerait les villas pour agités.

et gâteaux, et rapprocherait celles des tranquilles. Village pour village, pourquoi ne pas tout simplement prendre Gheel ? Gheel qui fait ses preuves depuis plusieurs siècles ? Ou encore Dun-sur-Auron ? Ou mieux encore, puisque, venant dans nos asiles, les aliénés courent le risque de devenir incurables, pourquoi ne pas les laisser tout simplement dans leurs familles ? En leur allouant à titre de secours l'équivalent de ce que coûte leur pension, on en ferait autant de petits rentiers qui contribueraient à répandre l'aisance autour d'eux.

C'est une solution. Alors qu'il n'y avait pas la loi de 1838, alors qu'il n'existait que fort peu d'asiles, personne ne s'inquiétait des aliénés ; ils vivaient librement, allant et venant au gré de leur fantaisie, amusant les gamins et même les grandes personnes, par leurs excentricités. Renan regrette quelque part, qu'il n'y ait plus, dans les villages de Bretagne, l'*innocent* qui y errait en liberté et qui ajoutait une note pittoresque au paysage. Il n'y est plus, parce qu'aujourd'hui on le met dans un asile. Pour moi, cela constitue un progrès, quand même ce ne serait pas une nécessité d'ordre public ou de sécurité.

VI

Je m'arrête. Il y a encore bien des questions que M. Marandon a soulevées et qu'il y aurait profit et agrément à discuter avec lui. J'ai voulu seulement lui démontrer que le mal qu'il signale n'est pas aussi grand qu'il semble le croire. Nous ne sommes pas aussi routiniers qu'il veut bien le dire. S'il avait pris le soin de se renseigner et de se documenter plus complètement, il aurait jugé plus équitablement, et, je pense, moins sévèrement, ses collègues. Puissé-je l'avoir tranquilisé !

Le jour où l'ange Ituriel voulut détruire Persépolis pour la punir de ses excès, il fit faire une enquête préalable. Tout bien pesé, il se décida à épargner la ville coupable, pensant que le plus sage était de laisser aller le monde comme il va, « puisque, dit-il, si tout n'est pas bien, tout est passable (1) ». M. Marandon serait arrivé, lui aussi, à cette conclusion, s'il avait d'abord étudié à fond nos asiles et leur personnel.

(1) Voltaire. *Babouc ou le monde comme il va*.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 26 OCTOBRE 1896.

Présidence de M. CHARPENTIER

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

Correspondance et présentations d'ouvrages

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Paul Garnier s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;

2° Une lettre de M. Serge Soukhanoff, de Moscou, remerciant de l'avoir nommé membre associé étranger ;

3° Une lettre de M. le professeur Raymond, sollicitant le titre de membre titulaire. — Commission : MM. Joffroy, Ballet et Arnand, rapporteur ;

4° Une lettre de M. le professeur Pitres, de Bordeaux, sollicitant le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Motet, J. Voisin et Vallon, rapporteur ;

5° Une lettre de M. Bernstein, médecin de la clinique psychiatrique de Moscou, sollicitant le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Charpentier, Ritti et Roubinovitch, rapporteur ;

6° Une lettre de M. Bechholm, médecin de l'asile de Bergen, sollicitant le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Briand, Falret et Pactet, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Des variétés cliniques de la folie en France et en Allemagne*, par le D^r J. Roubinovitch ;

2° *L'idée et le fait en biologie*, par J.-P. Durand (de Gros) ;

3° *La Gazette du Manicome de Macerata* ;

- 4° *Le Médico-légal journal* ;
 5° *La Revue des sciences médicales de Barcelone*.
 La séance est levée à cinq heures.

René SEMELAIGNE.

SÉANCE DU 30 NOVEMBRE 1896.

Présidence de M. CHARPENTIER.

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

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. Dagonet, Luys et Rousselin demandant le titre de membre honoraire, qui leur est accordé ;

2° Une lettre de M. Boissier, membre correspondant, posant sa candidature au titre de membre titulaire.

La correspondance imprimée comprend :

1° Le rapport de l'Assemblée générale de l'Association mutuelle des médecins aliénistes de France ;

2° *Les mystères de la suggestion*, par M. Durand (de Gros) ;

3° *Influence de la presse sur la criminalité*, par M. Paul Aubry ;

4° *Note sur un cas de pachyméningite hémorragique prise pour une paralysie générale*, par M. Boissier ;

5° Compte rendu de l'asile de Lindenhof, près Coswig, par M. le D^r Pierson ;

6° Le numéro de novembre du *Génie moderne*.

M. FALRET. — En déposant aujourd'hui sur le bureau de la Société des exemplaires de mes deux discours, prononcés le 1^{er} et le 29 juin derniers, et déjà insérés dans les *Annales*, sur les *diverses variétés cliniques du délire de persécution*, mon but est d'appeler de nouveau votre attention sur cette question qui me paraît très digne d'intérêt et de provoquer une discussion sur ce sujet, au sein de notre Société.

On m'objectera peut-être que cette discussion a déjà

en lieu dans cette enceinte, il y a quelques années, à l'occasion du *Délire chronique* de M. Magnan et qu'une nouvelle discussion ferait, en quelque sorte, double emploi avec la précédente. C'est là, selon moi, une grave erreur.

Dans la discussion précédente, nous n'avons insisté que sur une seule variété de délire de persécution, opposant à la description de ce délire, tel que le comprenait Lasègne et moi-même, la description nouvelle que proposait notre honorable collègue Magnan pour son *délire chronique*. Mais depuis cette époque, le cercle de cette question s'est étendu et la science a marché. De nouvelles variétés de délire de persécution sont venues s'ajouter à la variété unique, sur laquelle avait porté notre discussion.

Lasègne avait déjà décrit, dans son travail sur l'Alcoolisme subaigu, la *variété alcoolique* du délire de persécution.

Moi-même, après avoir ajouté à la description de Lasègne l'évolution des quatre périodes successives, que j'avais empruntée aux idées de mon père sur les délires partiels en général, j'ai cherché à détacher, avec mon élève le Dr Paul Pottier, du délire de persécution à évolution systématique, avec hallucinations de l'ouïe, le *délire raisonnant des persécutés persécuteurs sans hallucinations*.

Depuis lors, on a attiré l'attention sur le *délire de persécution auto-accusateur des mélancoliques*, et M. Magnan, dans ses leçons cliniques, a décrit le *délire de persécution des dégénérés*, comme tout à fait distinct de son délire chronique, dont il a rétréci le cadre d'année en année, au point d'en diminuer singulièrement la fréquence, au profit de son nouveau délire des dégénérés, dont il étendait successivement le cercle presque indéfiniment. Or, c'est sur ces cinq variétés cliniques du délire de persécution que j'ai attiré votre attention dans mes deux discours et c'est sur elles que j'appelle aujourd'hui la discussion.

Il s'agit donc d'une nouvelle délimitation clinique à établir entre les diverses variétés de délire de persécution. Cette étude ne présente pas seulement un grand intérêt scientifique, sous le rapport de la classification

générale des maladies mentales; mais elle offre surtout une véritable importance pour le praticien, au point de vue du diagnostic et surtout du pronostic des délires de persécution, puisqu'il s'agit de déterminer, avec plus de précision, quels sont les délires de persécution curables et quels sont ceux qui sont incurables. Or c'est là que réside le vrai progrès de l'avenir!

M. TOULOUSE présente son livre intitulé : *Enquête médico-psychologique sur les rapports de la supériorité intellectuelle avec la névropathie. I. Introduction générale. Emile Zola.*

M. PAUL GARNIER. — A propos de la présentation, par M. Toulouse, de son ouvrage sur M. Emile Zola, une discussion à fond ne peut s'ouvrir sur la valeur d'une telle enquête médico-psychologique. C'est donc une simple question que j'entends poser à notre collègue. Il nous a dit, tout à l'heure, que, pour les divulgations contenues dans son livre, il échappe à toute responsabilité pénale du fait qu'elles ont été consenties par celui-là même qu'elles concernent. A ce point de vue, je pense comme lui. Mais je tiens à lui demander s'il croirait échapper à toute responsabilité morale, sous le rapport des convenances et des devoirs professionnels, au cas où il aurait révélé l'existence d'une affection grave, qu'on cherche, d'ordinaire, à dissimuler au patient lui-même.

Par exemple, M. Toulouse nous informe que les résultats de l'examen de la personnalité de M. Zola infirment la théorie lombrosienne sur la parenté du génie et de l'épilepsie. A vrai dire, nous n'avions pas besoin de ce document pour savoir à quoi nous en tenir sur l'assertion du criminologiste italien. Mais j'admets, pour un instant, que le résultat ait été opposé : notre collègue décèle chez son sujet la névrose comitiale, ignorée de lui, ignorée de tous, comme cela arrive assez souvent. Est-ce que, par hasard, notre collègue se serait cru autorisé à en révéler l'existence, *urbi et orbi*? Je veux croire qu'il aurait eu le souci de s'en abstenir ; car, en pareil cas, la liberté qui vous a été octroyée de tout dire, ne vous affranchit pas de ce qu'on doit à soi-même et à sa profession.

Dès lors, une conclusion s'impose, c'est que, dans une

telle enquête, on ne peut, on ne doit pas tout dire, et ce que l'on est forcé de cacher est, d'ordinaire, ce qui jetterait le plus de lumière sur l'étude entreprise. Cette réserve, tout à fait nécessaire au point de vue déontologique, enlève donc une partie de sa valeur à des investigations du genre de celles dont M. Toulouse a cru devoir publier les résultats; en effet, il est toujours permis de penser que, sous l'obligation de taire une partie de la vérité, l'observation est incomplète.

M. TOULOUSE. — Ou M. Zola l'aurait su, ou il ne l'aurait pas su. S'il l'avait su, il n'y aurait pas eu grand inconvénient à le publier avec son autorisation. S'il ne l'avait pas su, j'aurais pu donner les détails, l'énumération des symptômes, qu'un médecin seul eût pu grouper pour porter le diagnostic. Mais si je reconnaisais que cette hypothèse pût être faite par le sujet lui-même, je ne les publierais pas; dans ce cas je pourrais avoir une observation incomplète, mais non erronée.

Rapports de candidature.

M. ARNAUD. — Messieurs, j'ai l'honneur de vous présenter, au nom de la Commission composée de MM. Joffroy, Ballet et Arnaud, rapporteur, la candidature de M. le professeur F. Raymond à la place vacante de membre titulaire.

Tous, vous connaissez les travaux de haute valeur que ce maître a consacrés à l'étude des maladies nerveuses proprement dites. Vous n'en attendez pas de moi l'énumération. Vous me permettrez cependant de vous rappeler, puisque l'occasion m'y invite, que M. le professeur Raymond a toujours manifesté une intime prédilection pour cette classe particulière de maladies nerveuses qui constituent notre spécialité. Dès 1882, il étudiait : « *Les délires (simulant la folie), survenus dans le cours de néphrites chroniques* » ; — ensuite, « *Un cas de folie du doute coïncidant avec une néphrite chronique* », — la « *Démence consécutive à une tumeur du lobe frontal* » ; — « *L'Aboulie avec obsessions interrogatives et troubles des mouvements* » (en collaboration avec F.-I. Arnaud) ; — les « *Rapports du goitre*

exophthalmique avec la dégénérescence mentale » (en collaboration avec P. Sérieux). Puis, viennent de nombreuses et très importantes publications sur les *rapports du tabes et de la paralysie générale*, sur les *psychoses et la pneumonie*, etc.

Dans ses leçons magistrales, le professeur Raymond a traité maintes fois des *obsessions*, des *idées fixes*, des *amnésies*, des *fugues*, de *l'hérédité nerveuse*, etc. Il a donné enfin une preuve nouvelle de l'intérêt qu'il porte à nos études en faisant à notre collègue, M. P. Janet, une place officielle dans son enseignement de la Salpêtrière.

Vous le saviez, Messieurs, depuis longtemps M. le professeur Raymond était des nôtres. Vous serez heureux de lui ouvrir aujourd'hui vos rangs d'une manière définitive ; sa haute activité scientifique sera pour notre Société un puissant élément de vitalité et de force.

Conformément à ces conclusions, M. Raymond est, à l'unanimité, nommé membre titulaire.

M. VALLON. — Messieurs, comme rapporteur d'une Commission composée de MM. Motet, J. Voisin et Vallon, je suis chargé de vous présenter un savant que vous connaissez bien ; j'ai mission de vous initier à ses travaux que vous avez tous lus et appréciés. Ainsi le veulent les statuts de notre Société. Tout vote sur une candidature doit être précédé d'un rapport, la règle sur ce point ne comporte pas d'exceptions ; je m'en félicite puisqu'elle me vaut aujourd'hui un honneur qui m'est particulièrement agréable.

Je n'énumérerai pas tous les titres de l'honorable doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux ; il est un des plus brillants élèves de Charcot, dont il a été en même temps, à maintes reprises, le collaborateur.

Dans son discours prononcé à Nancy au mois d'août dernier, à l'ouverture du septième Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, M. Pitres a insisté sur l'utilité que présente la réunion en un seul groupe de tous les travailleurs s'occupant de la pathologie du système nerveux, maladies nerveuses ou maladies mentales. Vous voyez que M. Pitres ne s'en tient pas à ces déclarations platoniques et qu'il vient aujourd'hui demander

place parmi les membres de la Société médico-psychologique. Il arrive avec un bagage scientifique des plus imposants.

Les travaux de M. Pitres ont pour objet :

- 1° La physiologie expérimentale des centres nerveux ;
- 2° Les localisations cérébrales et les dégénéralions secondaires de la moelle ;
- 3° Les névrites périphériques ;
- 4° L'hystérie, l'hypnotisme et les névroses ;
- 5° Divers sujets d'anatomie pathologique et de pathologie médicale.

En ce qui concerne la première série, elle comprend une douzaine de travaux (notes ou mémoires) faits pour la plupart en collaboration avec M. le D^r François-Franck, professeur adjoint au Collège de France, et relatifs à l'application de la méthode graphique à l'étude des réactions motrices du cerveau, aux convulsions épileptiformes d'origine corticale, aux variations de l'excitabilité de l'écorce cérébrale. Les principaux résultats de ces recherches sont consignés dans l'article « Encéphale » (Physiologie) du *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, publié en 1886.

J'arrive à la seconde série de ses travaux, celle concernant l'étude des localisations cérébrales et des dégénéralions secondaires de la moelle. M. Pitres a, en collaboration avec le professeur J.-M. Charcot, étudié par la méthode anatomo-clinique la topographie des centres moteurs corticaux du cerveau humain. Seul, il a fait de très nombreuses recherches sur les réactions pathologiques du centre ovale et de la capsule interne, sur les dégénéralions secondaires de la moelle, sur l'épilepsie partielle motrice et sensitive, sur l'aphasie et l'agraphie.

Quant aux névrites périphériques, la plupart des recherches de M. Pitres sur cette importante question ont été faites en collaboration avec M. le professeur Vaillard, au Val-de-Grâce. A l'époque où elles ont été commencées (1882), on ne connaissait pas les altérations primitives des nerfs des membres. En dehors des lésions traumatiques, on n'admettait pas qu'il pût se produire des altérations névritiques indépendantes des maladies de la moelle épinière. Les travaux de MM. Pitres et Vaillard sur ce sujet ont largement contribué à introduire dans

la science la notion, aujourd'hui acceptée par tout le monde, des névrites périphériques primitives.

Nous arrivons aux études sur l'hystérie, l'hypnotisme et les névroses. La plupart des recherches de M. Pitres sur ces questions ont été réunies en un ouvrage publié en 1891 (2 vol. in-8° avec 133 figures et 16 planches hors texte. Octave Doin, éditeur), sous le titre de *Leçons cliniques sur l'Hystérie et l'Hypnotisme faites à l'Hôpital Saint-André de Bordeaux*.

Indépendamment de cet ouvrage, M. Pitres a publié sur le même sujet et sur des faits relatifs à l'étude de la Neurasthénie et des autres névroses, un grand nombre de travaux importants qu'il serait trop long de citer.

Je ne parlerai pas des travaux relatifs à des sujets divers d'anatomie pathologique et de pathologie médicale ; je crois en avoir assez dit sur la grande valeur scientifique de notre futur collègue.

En terminant, permettez-moi d'exprimer un vœu, c'est que M. le professeur Pitres veuille bien se conformer à la lettre du titre de *correspondant* que vous allez lui conférer, c'est-à-dire qu'il reste en correspondance avec nous, qu'il nous adresse le plus souvent possible des communications auxquelles nous ferons toujours le meilleur accueil.

Conformément aux conclusions de ce rapport, M. Pitres est, à l'unanimité des suffrages, nommé membre correspondant.

M. ROUBINOVITCH. — Messieurs, la Commission que vous avez nommée, et qui se compose de MM. Charpentier, Ritti et Roubinovitch, a l'honneur de présenter à vos suffrages la candidature d'un confrère russe, M. le D^r Bernstein, médecin adjoint de la Clinique des maladies mentales de Moscou, au titre de membre associé étranger.

Ce jeune clinicien nous adresse, à l'appui de sa candidature, trois brochures intéressantes que je résumerai très rapidement.

La première, publiée en langue allemande, contient une observation originale d'un cas de chorée mineure accompagnée de troubles psychiques.

Il s'agit d'une fillette de onze ans, appartenant à une

famille psychopathique et présentant elle-même des antécédents personnels graves, parmi lesquels les accidents rachitiques occupent une place importante.

En octobre 1894, l'état psychique de cette enfant se modifie sans motifs apparents : elle devient distraite, sa mémoire faiblit particulièrement pour les faits récents. Pendant un mois tout se borne à cela. Puis, se déclare la chorée avec ses troubles moteurs caractéristiques dans la face et les membres. La parole est saccadée, inintelligible par moment, avec changements brusques et fréquents de la tonalité de la voix. Le sommeil est agité de cauchemars pénibles.

A l'examen direct on constate, outre le tableau classique de la chorée, que la conscience de l'enfant est assez nette. Elle arrive à répondre juste aux questions posées. Seulement, ses réponses sont débitées avec rapidité et ne se composent généralement que de deux à trois mots. Mais ce qui semble étrange, c'est qu'aussitôt après avoir répondu, la malade prend l'attitude de quelqu'un qui aurait oublié la question posée, ainsi que la personne qui l'interrogeait : car si un instant après on lui pose la même question, elle répond sans exprimer le moindre étonnement, comme si elle répondait pour la première fois. L'expérience pouvait se répéter plusieurs fois et toujours avec le même résultat.

Cette amnésie instantanée, qui, entre parenthèses, rappelle singulièrement ce qui se passe dans la psychose polynévritique, s'accompagne d'autres troubles de la mémoire plus simples. C'est ainsi que la malade éprouve toute sorte de difficultés pour se remémorer une fable qu'elle avait peu de temps auparavant très bien apprise.

Le trouble psychique essentiel observé chez cette petite choréique est donc l'amnésie avec la particularité que nous venons d'indiquer et qui constitue l'intérêt du cas de M. Bernstein.

Dans une seconde publication, celle-ci en russe comme la troisième, M. Bernstein étudie *les sons au point de vue de la perception et de l'idéation*.

Il s'occupe là de sons en tant que phénomènes élémentaires qu'il divise, au point de vue psychologique, en deux catégories : les uns se contentent de provoquer par un chemin centripète une sensation auditive, sans

aller plus loin ; d'autres déterminent en plus, par voie réflexe, une excitation dans l'appareil vocal.

Ce sont les sons de cette deuxième catégorie qui seuls peuvent devenir le point de départ d'une idée.

Enfin, la troisième brochure renferme une conférence populaire faite par M. Bernstein à Moscou sur la pathologie mentale moderne au point de vue scientifique et sur l'assistance des aliénés. On sent passer dans cette causerie très solidement bâtie, un souffle de profonde humanité. Pour ma part je suis persuadé que les gens du monde auxquels il s'adressait ont dû être profondément émus et sortir de sa conférence avec cette conviction qu'il n'est que temps de renoncer au vieux système de l'asile-prison et de faire construire à sa place des maisons où l'on traite les fous dans le but de les guérir et non de les abrutir.

Messieurs, tels sont les travaux que M. Bernstein a soumis à notre examen. Nous les trouvons intéressants, utiles à consulter, écrits avec cette conscience qui caractérise la plupart des travaux de nos confrères russes, et nous vous demandons d'accorder à leur auteur le titre de membre associé étranger de la Société médico-psychologique qu'il sollicite.

Conformément à ces conclusions, M. Bernstein est, à l'unanimité des membres présents, nommé membre associé étranger.

Sur la période terminale de la paralysie générale et sur la mort des paralytiques généraux.

M. ARNAUD. — Les premières périodes, la nature et la curabilité de la paralysie générale ont été et sont encore l'objet de longues discussions.

La période terminale et la mort des paralytiques généraux semblent, au contraire, fixées dans une opinion traditionnelle qui, depuis Bayle et Calmeil, n'a pas sensiblement varié. On peut la résumer ainsi : à la dernière période de leur maladie, les paralytiques généraux deviennent complètement impotents. Bien que la paralysie demeure toujours incomplète, les malades s'affaiblissent au point de ne pouvoir plus marcher, de ne pouvoir même plus se soutenir. Confinés au lit ou

dans un fauteuil, ils maigrissent, ils subissent la *fonte paralytique*; ils ont des escarres et ils s'éteignent enfin dans le *marasme*, à moins qu'ils ne soient prématurément emportés soit par quelque affection intercurrente (pneumonie ou diarrhée colliquative, par exemple), soit par une complication dont la plus fréquente est peut-être l'ictus épileptiforme, soit enfin par un accident tel que l'asphyxie alimentaire, etc.

Telle est, je le répète, l'opinion classique, à peu près unanime jusque dans les travaux les plus récents.

Les faits que j'ai observés, depuis 1889, à la maison de santé de Vanves, sont en désaccord fréquent avec cette manière de voir. J'ai réuni, pour vous les présenter aujourd'hui, tous nos cas de paralysie générale terminés par la mort, pendant ces sept dernières années; ils sont au nombre de *trente-trois*. Ce chiffre n'est pas très considérable, mais il a sa valeur, et d'autant plus que, réparti sur une période de sept années, on ne peut guère lui objecter qu'il corresponde à une série exceptionnelle.

Mon intention n'est pas de décrire ici dans son ensemble la période terminale de la paralysie générale, ni d'étudier complètement la mort des paralytiques généraux. Je laisserai complètement de côté tout ce qui concerne l'état mental. Je parlerai seulement de l'état général des malades et, plus particulièrement, de l'état des fonctions motrices. J'indiquerai ensuite, d'après mes observations, comment ces malades meurent le plus souvent; et enfin je rechercherai s'il n'est pas possible de déduire des faits exposés quelques résultats utiles en clinique. Tous mes malades étant des hommes, c'est à la paralysie générale masculine seule que devront s'appliquer mes conclusions.

I. — *Période terminale*. — Plus de la moitié de nos paralytiques — exactement 18 sur 33 — sont *morts debout*. Avec M. Falret, nous entendons par là les malades qui ont été atteints par la crise finale alors qu'ils conservaient encore, avec un bon état général, l'intégralité de leurs mouvements, et qui pouvaient aller et venir dans la maison sans gêne notable. A aucun moment, ces dix-huit malades n'ont réalisé le tableau classique du paralytique général à sa dernière

période. Ils étaient plus ou moins affaiblis, leurs mouvements étaient plus ou moins embarrassés, mais la marche restait relativement aisée.

Cinq autres malades, plus affaiblis que les précédents, avaient de la peine à quitter leur lit ou leur fauteuil, mais depuis peu de temps seulement, quelques jours, quelques semaines au plus.

Chez les *dix derniers*, l'affaiblissement, l'impossibilité à peu près complète de se mouvoir et, par suite, le séjour forcé au lit, remontaient à plusieurs mois. Ceux-là se sont montrés plus respectueux de la tradition. Nous verrons plus loin que tous ces malades, longtemps affaiblis, présentaient certains symptômes particuliers.

Même dans cette dernière catégorie, aucun des malades — sauf un dont nous reparlerons tout à l'heure — n'a présenté cet amaigrissement, cette cachexie, cette *fonte paralytique*, signalés par tous les auteurs comme caractérisant la période finale de la paralysie générale. Aucun n'a eu d'escarre véritable. Chez quelques-uns on a observé des érosions, des exulcérations superficielles aux fesses ou au sacrum, sur les points en contact habituel avec l'urine et les matières fécales. Un autre s'est fait au coude une plaie du même genre, par suite d'un continuel frottement sur ses draps. Chez tous, ces lésions ont disparu en quelques jours sous l'influence de soins de propreté et de quelques précautions antiseptiques.

II. — *Mort*. — Nos 33 cas de mort se répartissent en trois groupes fort inégaux, suivant que la mort a résulté d'un ictus cérébral, d'une affection intercurrente ou d'un état de marasme.

1. — Le premier groupe est de beaucoup le plus nombreux : il comprend 26 morts par *ictus*, presque toujours *épileptiforme*; ce chiffre représente les $\frac{4}{5}$ du total des 33 morts.

2. — Dans le deuxième groupe, celui des morts par affection intercurrente, étrangère à la paralysie générale, nous trouvons *six cas* : trois fois, mort rapide par affection broncho-pulmonaire aiguë; deux fois, mort subite attribuée à une insuffisance aortique reconnue pendant la vie; une fois enfin, accidents gastro-

intestinaux ayant enlevé le malade en quelques jours.

3. — Le troisième groupe est réduit à l'unité. Il comprend un seul malade qui a fini dans le degré le plus avancé de l'usure organique, dans l'épuisement, dans le marasme total. Mais la physionomie clinique de son affection était bien spéciale. Après avoir présenté tous les signes physiques et psychiques d'une paralysie générale expansive, y compris plusieurs ictus dont le dernier se produisit deux mois avant la mort, ce malade a été confiné au lit pendant plus de quatre ans. Ses membres inférieurs, complètement paralysés, étaient le siège d'une atrophie musculaire considérable avec rétraction telle que le corps était complètement recroquevillé sur lui-même; les cuisses étaient fléchies à angle aigu sur l'abdomen, les jambes pareillement fléchies sur les cuisses, de sorte que les pieds étaient maintenus constamment au-dessus du plan du lit, sans point d'appui. J'ai vu le malade dans cette position pendant *plus de trois ans*. Les membres supérieurs conservaient quelques mouvements d'ensemble, mais les avant-bras et les mains, très atrophiés, étaient immobilisés par la contracture; les mains étaient déformées *en griffe*.

La parole était supprimée pendant les trois dernières années de la vie, et la déglutition était devenue presque impossible. Après la mort, qui survint neuf ans après l'entrée du malade à Vanves, tous les efforts restèrent impuissants à redresser les membres rétractés.

L'autopsie n'a pas été faite; mais il est bien évident qu'il y avait dans ce cas des complications médullaires étendues.

Il est intéressant de relever, ici encore, qu'il n'a pas été observé de ces escarres si graves, dont les auteurs tracent l'effrayant tableau. Toutes les conditions favorables se trouvaient cependant réunies. Il n'y a pas eu autre chose qu'un certain nombre d'escarres superficielles, limitées aux points où le frottement était plus accentué, et elles ont toutes guéri sans complications d'aucun genre. Au moment de la mort, il n'en existait pas.

En résumé, la mort de nos 33 paralytiques a été due 26 fois à un ictus cérébral, 6 fois à une affection intercurrente, une seule fois à l'épuisement et au marasme.

Si nous examinons rapidement les rapports qui ont

existé entre l'état des malades avant la mort, entre la durée de la maladie et entre le genre de mort, nous obtenons les résultats suivants :

Les 6 malades qui ont succombé à des affections intercurrentes sont tous morts *debout*, sans avoir traversé une période d'affaiblissement considérable. La durée de la paralysie générale, dans ces cas, a été assez courte : deux ans en moyenne.

Les 26 malades qui sont morts par *ictus cérébral* forment deux catégories. La première comprend ceux qui sont également morts *debout* ; ils sont au nombre de 12. Chez eux, la maladie a duré un peu plus longtemps que chez les précédents : 2 ans $1/2$ en moyenne. Dans la deuxième catégorie se rangent 14 malades emportés par un ictus cérébral, mais après une période d'affaiblissement plus ou moins marqué. La durée moyenne de la paralysie générale a été ici notablement plus longue que dans les deux groupes précédents, puisqu'elle atteint 4 ans $1/2$. Dans un cas à début tabétique la maladie a duré plus de 10 ans. Pour un autre, appartenant à la variété épileptique, la durée totale a dépassé 7 ans.

Enfin, dans le cas unique terminé par le marasme, la durée a été de 9 ans.

Il est bien évident que tous ces chiffres relatifs à la durée sont inférieurs à la réalité, puisque nous n'avons pu le plus souvent faire remonter le début qu'à une époque où la maladie était déjà bien apparente pour l'entourage.

Des constatations qui précèdent se dégage cette première conséquence, qu'il y a tout au moins une grande exagération dans l'opinion traditionnelle nous montrant le paralytique général à la troisième période immobilisé dans son fauteuil d'abord et dans son lit ensuite, par l'impossibilité de se mouvoir. Il n'est pas dans ma pensée de soutenir cependant que les auteurs qui ont formulé cette opinion se soient trompés d'une manière absolue. Je crois seulement qu'ils ont attribué à la maladie elle-même les effets d'une toute autre cause. Sans insister plus qu'il ne convient sur ce sujet, je suis très convaincu que si l'on mettait fin au système d'encombrement à outrance de nos asiles, si l'on doublait le

chiffre des infirmiers dans les quartiers de gâteux et d'affaiblis, on verrait diminuer brusquement et dans une forte proportion le nombre des paralytiques alités et aussi les complications auxquelles sont exposés ces malades. Sur ce dernier point d'ailleurs, beaucoup d'auteurs récents, parmi lesquels je citerai surtout MM. Christian et Ritti, Magnan et Sérieux, G. Ballet, affirment que la fréquence des troubles trophiques, des escarres, des gangrènes, etc., est infiniment amoindrie par une hygiène et des soins bien entendus. Il en est de ces complications comme de la prétendue prédisposition aux fractures chez les paralytiques généraux : elles sont en réalité étrangères à la maladie, au moins dans un grand nombre de cas.

Une deuxième conséquence que je tiens à indiquer est relative à la cause immédiate de la mort. Je rappelle que les $\frac{4}{5}$ de nos malades, 26 sur 33, ont été emportés par un *ictus cérébral*, le plus souvent épileptiforme. — Il me semble encore que ce résultat n'est pas conforme aux enseignements classiques. Si tous les auteurs signalent la fréquence des ictus *dans le cours* de la paralysie générale, ils ne leur attribuent guère qu'un tiers des décès environ, et presque tous les rangent dans les *complications* de la maladie. Cette complication — de même que les affections intercurrentes, l'asphyxie par bol alimentaire, etc. — arrêterait la marche naturelle de la paralysie générale, marche naturelle dont l'aboutissement serait l'épuisement et le marasme. Sans entrer dans une discussion détaillée, je me prononcerai volontiers pour une opinion précisément inverse. Je considère les attaques apoplectiformes ou épileptiformes, non comme une complication de la paralysie générale, mais comme un symptôme propre de la maladie et, de plus, comme sa terminaison naturelle et la plus fréquente. Le paralytique succombe normalement à une de ces attaques, lorsque le cours de sa maladie n'est pas interrompu par quelque affection intercurrente, accidentelle, dont le prétendu marasme n'est d'ordinaire qu'une variété méconnue.

Il me reste maintenant à montrer les applications cliniques que me semblent comporter les chiffres et les faits consignés dans la présente note.

J'ai dit plus haut que, dans les cas où la paralysie générale s'est terminée par une période plus ou moins longue d'impotence motrice, les malades ont présenté quelques symptômes particuliers. Je veux parler de phénomènes spasmodiques assez intenses, de raideurs musculaires, surtout apparentes dans les mouvements passifs, même de contractures plus ou moins étendues. Ces symptômes sont bien connus dans la paralysie générale, et les premiers auteurs les ont décrits très nettement. Mais je ne sache pas qu'on les ait mis en rapport avec telle ou telle modalité de la période terminale de la maladie. Mes observations me portent à croire qu'il existe un rapport de ce genre. Chez tous nos malades qui sont restés longtemps immobilisés avant leur mort, j'ai noté des symptômes spasmodiques bien manifestes, qui étaient certainement la cause principale de l'impotence fonctionnelle. Apparaissant assez longtemps avant la période d'immobilisation, ils s'aggravent et persistent d'ordinaire jusqu'à la mort.

Au contraire, ils n'existaient pas ou n'existaient que très atténués chez les malades qui sont *morts debout*.

Ces deux catégories de malades m'ont paru se distinguer encore cliniquement par une différence dans la fréquence et dans la gravité des ictus cérébraux, dont les uns et les autres sont atteints. Chez ceux qui n'ont pas présenté de phénomènes spasmodiques, voici ce qui se passait d'ordinaire : un ou deux ictus peu graves, souvent apoplectiformes, à la première période de la maladie. Puis, un long intervalle (un an, deux ans, et plus) sans ictus. Enfin, un violent ictus épileptiforme emportait rapidement le malade. Chez les malades à symptômes spasmodiques, les ictus sont plus nombreux et plus rapprochés ; l'accident terminal se fait plus longtemps attendre et il est toujours précédé d'une phase d'affaiblissement très appréciable.

On pourrait donc, semble-t-il, établir d'après ces données deux grandes variétés dans l'aspect clinique de la paralysie générale à son déclin : une première variété serait caractérisée par la simple ataxie des mouvements, par des ictus peu nombreux mais rapidement mortels, et enfin par ce fait que les malades conservent jusqu'à la fin le pouvoir de marcher sans appui. La seconde

variété serait compliquée de phénomènes spasmodiques, les ictus y seraient généralement nombreux et assez rapprochés, la mort ne surviendrait qu'après une période d'impotence musculaire (sans paralysie vraie) et de séjour obligé au lit; dans cette seconde variété, la maladie aurait habituellement une durée plus longue.

Dès la période d'état, on peut prévoir la terminaison future, d'après l'absence ou l'apparition des symptômes spasmodiques. S'il est vrai que ces symptômes dépendent de lésions médullaires (1), on pourrait caractériser cliniquement et anatomiquement les variétés en question en les désignant ainsi: variété ataxique ou cérébrale, variété ataxo-spasmodique ou cérébro-spinale. Il est bien entendu que ces termes n'ont rien d'absolu et qu'ils s'appliquent uniquement à des prédominances de symptômes.

Quoi qu'il en soit de mon interprétation, il reste incontestable qu'en fait la paralysie générale se termine de façons diverses, et non point suivant le tableau uniforme que les auteurs ont tracé de sa période finale. Je ne me suis occupé ici que des signes physiques de la maladie. Dans un travail qu'il vous a présenté en janvier 1890, notre distingué collègue, M. Rist, avait fait une tentative du même genre, mais en tenant compte de l'état mental et du délire. Vous penserez peut-être, comme lui et comme moi, que tout n'est pas dit sur cette question des terminaisons de la paralysie générale, et qu'à l'étudier de près il y a un égal intérêt pour le pronostic et pour la juste appréciation de la nature de la maladie.

M. CHRISTIAN. — De la statistique que vient de nous soumettre M. Arnaud, je voudrais rapprocher celle que je possède moi-même. Elle porte sur 356 paralytiques généraux, morts dans mon service depuis 1879, c'est-à-dire pendant un espace de dix-huit ans environ. Tous ces paralytiques ont été observés par moi, et j'ai pu les suivre pendant un temps plus ou moins long.

Sur ces 356 malades, 121 ont succombé à un ictus cérébral, savoir 98 à la suite d'attaques épileptiformes; 23 par congestion cérébrale; 163 sont morts de ma-

(1) V. sur ce sujet l'intéressante thèse de M. Trénel : *Symptômes spasmodiques dans la paralysie générale*. — Paris, Steinheil, 1894.

rasme. Je pense comme M. Arnaud, que le mot marasme n'a pas une signification bien nette et bien précise, et qu'en réalité les paralytiques généraux ne meurent pas dans cet état de complète déchéance intellectuelle et physique que l'on décrit dans tous les ouvrages et depuis la découverte même de la paralysie générale. Il y a déjà assez longtemps que j'ai démontré que les malades conservent jusqu'à la dernière heure une force musculaire très appréciable au dynamomètre. En outre, il m'a semblé que tandis que chez les uns, ce que l'on appelle marasme s'accompagne d'un amaigrissement extrême, d'une véritable fonte des tissus, il en est d'autres (et j'en ai justement quelques exemples actuellement dans mes salles) qui conservent leur embonpoint, et gardent l'apparence extérieure de la santé. Je crois aussi que, si l'on pouvait pratiquer toutes les autopsies, on trouverait souvent des lésions organiques variées, aidant à expliquer le dépérissement du malade. Dans ma statistique, j'ai noté 10 fois la pachyméningite, je suis convaincu que je l'aurais trouvée bien plus souvent, s'il m'avait été possible d'examiner les centres nerveux dans tous les cas.

Je suis encore de l'avis de M. Arnaud, quand il dit que l'ictus cérébral qui termine la maladie est, non une complication (comme je l'ai cru autrefois), mais un symptôme, un épiphénomène de la maladie. Il en est peut-être de même aussi de la congestion pulmonaire que j'ai notée 16 fois.

Les escarres, que l'on considérait comme fatales en quelque sorte à une période avancée, n'existent plus, depuis que l'on sait mieux soigner les paralytiques généraux, et qu'on ne se croit plus obligé de les maintenir au lit pendant des semaines et des mois. Je n'ai pas actuellement un seul paralytique à Charenton, ayant des escarres. D'ailleurs, il me paraît qu'il y a une distinction à faire entre les escarres, suite de décubitus, et les plaies gangréneuses qui surviennent dans certains cas, et même dans des régions qui ne supportent aucune pression. Celles-ci se rattachent à un état général, et doivent être considérées comme dues au pemphigus ou à l'ecthyma, ou à une gangrène locale.

La mort subite a été notée 9 fois, et a tenu à des

causes très variées : embolie chez un malade qui avait une fracture de jambe ; — hémorragie pulmonaire chez un autre qui était au dernier degré d'une phtisie pulmonaire ; — hémorragie rachidienne dans un autre cas, etc. Je distingue évidemment ces cas de ceux où la mort subite est due à l'asphyxie par bol alimentaire, genre de mort malheureusement trop fréquent, malgré toute la surveillance que l'on peut exercer : je l'ai rencontré 10 fois.

Je ne veux pas insister sur les autres causes de mort qui figurent dans ma statistique : ce sont des affections accidentelles, variées. Je signalerai seulement la fréquence relative de la pneumonie (19 cas), et la rareté, relative aussi, de la tuberculose (7 cas).

M. VALLON. — Je partage absolument l'opinion de MM. Arnaud et Christian au sujet des escarres. On les évite en laissant les malades hors du lit. Sur 80 gâteux, à Villejuif, il y en a 24 de couchés, dont la moitié environ pour d'autres causes que la paralysie générale. Dans ceux qui sont debout on n'a pas d'escarres. On peut donc les éviter. Mais dans les asiles, avec un personnel insuffisant, on ne peut pas toujours les laisser levés. Pour les ictus, je suis aussi d'avis que ce ne sont pas des complications, mais des symptômes de la maladie.

Un dernier point dont ni M. Arnaud ni M. Christian n'ont parlé, c'est la mort subite dans la paralysie générale. J'ai rapporté à la Société de médecine légale l'observation d'un malade au début de la paralysie générale que j'ai vu mourir devant moi, au moment où on le retirait de son lit pour l'asseoir sur un siège. Or ce malade avait reçu sur la tête un coup insignifiant. Son médecin qui l'avait vu peu de jours auparavant prétendit qu'il n'y avait alors rien dans son état qui dût le faire mourir si rapidement. A l'autopsie, on trouva des lésions très nettes de paralysie générale. Depuis lors j'ai eu un autre cas de mort subite, chez un paralytique sorti pendant une rémission complète et qui mourut un jour brusquement au moment de se mettre à table.

Il n'a pu malheureusement être autopsié. J'ai vu également mourir subitement des paralytiques généraux à la suite de cathétérisme vésical.

Il ne faut pas attacher trop d'importance aux statistiques, si elles n'ont pas été faites dans un but déterminé.

M. CHARPENTIER. — Je suis un peu ému par ce que je viens d'entendre ; les eschares seraient rares dans la paralysie générale. Je dois avouer que dans mon service elles constituent sinon la généralité, du moins la règle. J'ai essayé de faire aliter le plus tard possible mes malades ; mais force est toujours de le faire quand ils ne peuvent plus rester debout ni assis. Les modes de début des eschares sont variés et toutes ne tiennent pas à la pression par décubitus au lit ni à la déclivité ; celles qui débutent par un érythème sont le plus souvent, mais non toujours, dues au décubitus, ou au contact de liquides ou de gaz irritants, de même pour celles qui, débutant par une pustule echymateuse, se transforment en une perforation rappelant l'ancienne pourriture d'hôpital, rapidement suivie d'un vaste décollement sous-cutané périphérique. Mais il n'en est pas de même de celles qui débutent par des vésicules, des pustules ou de vastes phlyctènes, ou par des indurations inflammatoires rappelant l'acné, le furoncle ou l'anthrax, non plus aussi pour celles qui débutent par un petit pointillé hémorragique formant plaque et se transforment rapidement, en un jour ou deux, en une ecchymose plus ou moins étendue ; il s'agit là de troubles de nutrition explicables par la nature trophonévrotique de la paralysie générale qui en cela se rapproche du goitre exophtalmique, de l'ataxie locomotrice, etc.

J'ai constaté récemment un cas, qui, en raison de sa rareté, va être publié, de fracture spontanée du col du fémur chez un paralytique ; début sans cause extérieure, remarquable par l'indolence absolue pendant les manœuvres d'exploration nécessitées par le diagnostic ; rappelons aussi le mal perforant.

Je ne saurais dire si les convulsions épileptiformes doivent être considérées comme des symptômes ou des complications ; ce que je remarque, c'est qu'elles apparaissent en série sur plusieurs malades à la fois ou successivement, puis un intervalle de mois s'écoule sans que d'autres se manifestent ; l'autopsie ne révèle pas toujours des lésions microscopiques.

Je suis tenté d'attribuer la mort par asphyxie pulmonaire à une paralysie du pneumogastrique plutôt qu'à de véritables pneumonies.

La terminaison par marasme est celle que j'observe le plus souvent avec ou sans attaques épileptiformes ; souvent aucune lésion macroscopique, même des autres viscères que l'encéphale, ne vient en donner l'explication.

M. VALLON a eu raison d'attirer l'attention sur la fréquence de la mort subite dans la paralysie générale ; elle est de tous les instants ; j'informe toujours la famille de cette possibilité.

Elle est plus fréquente pendant la période avancée de la cachexie ; les autopsies que j'ai pratiquées ne m'ont pas permis de vérifier le soupçon qui m'avait traversé l'esprit de possibilité d'homicide ou de suicide ou d'accidents qui ne m'auraient pas été révélés. Le plus ordinairement aucune lésion, même encéphalique, macroscopique n'a pu m'en donner l'explication.

M. CHRISTIAN. — Les documents statistiques que je fournis sont personnels et sont établis d'après des observations et non des notes de registres.

M. VALLON. — J'ai voulu attirer l'attention sur des cas où on ne trouve rien à l'autopsie pour expliquer la mort.

M. AUGUSTE VOISIN. — Mes malades ne sont couchées qu'à la dernière période. J'ai vu des eschares se présenter sur toutes les parties du corps sans qu'il y ait de frottement ni de décubitus ; la formation des eschares ne tient donc pas uniquement à la station au lit. Quant à la mort subite j'ai observé dans deux cas de l'apoplexie capillaire.

M. ARNAUD. — Je suis heureux de voir que ces messieurs sont d'accord avec moi. En comparant les divers auteurs, je n'ai vu nulle part écrit qu'un paralytique général pouvait mourir sans avoir passé par la période de marasme. Cela est pourtant, et au point de vue pratique il est utile de le savoir.

Au point de vue des eschares la croyance est moins unanime. Avec des précautions, je crois qu'on peut les éviter. Sans invoquer ni compression, ni trouble trophique, il suffit de la macération des sujets dans les produits du gâtisme pour les expliquer. Quand on sera

convaincu qu'elles ne tiennent pas à la maladie, mais aux soins qu'on donne, on les verra disparaître. Mais il faut remarquer aussi que la paralysie générale est une affection générale et peut présenter des troubles trophiques.

M. VALLON. — Je crois que M. Arnaud va trop loin en déniaut à la paralysie générale les troubles trophiques. Je crois comme lui qu'on peut empêcher les eschares en tenant les malades très propres. Mais on peut observer du pemphigus et d'autres troubles trophiques.

M. CHARPENTIER. — J'ai vu une fracture spontanée du col du fémur chez un malade qui s'affaissa brusquement. On est bien forcé de voir là un trouble trophique.

M. CHRISTIAN. — Sans doute il y a des troubles trophiques dans la paralysie générale, mais c'est très rare. Quant aux eschares nous n'en avons pas à Charenton. Cela tient au mode de couchage et aux bains fréquents.

M. FALRET. — La mort subite chez les paralytiques généraux, sans aucune explication à l'autopsie, est certaine et est un fait clinique très important. M. Arnaud a bien distingué deux choses : 1° la cause de la mort ; la plus fréquente est celle par ictus et non par marasme ; 2° le changement qu'on doit apporter à la description de la dernière période de la paralysie générale. L'observation montre en effet que dans beaucoup de cas les malades meurent debout sans passer par les troisième et quatrième périodes.

M. DUPAIN. — Depuis le changement de système à l'asile de l'Orne, dans le couchage et les soins aux paralytiques généraux, il n'y a plus d'eschares.

Jubilé Théophile Roussel.

M. BRIAND. — Je demande à la Société s'il ne serait pas convenable de prendre part au jubilé projeté de M. Roussel, en participant à la souscription pour son buste, et en se faisant représenter à la cérémonie.

Cette proposition est acceptée ; 50 francs sont votés, destinés à la souscription, et pleins pouvoirs sont donnés au bureau.

La séance est levée à six heures. PAUL SOLLIER.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ANGLAIS

The Journal of Mental Science.

ANNÉE 1894.

I. — *Symptômes mentaux du myxœdème, effets du traitement thyroïdien sur ces symptômes*; par le D^r T.-S. Clouston (numéro de janvier). — Dans ce court, mais substantiel chapitre, sont résumées nos connaissances cliniques sur le myxœdème. Cette description s'appuie sur l'histoire de neuf malades, dont deux ont quitté l'asile, guéris de leur trouble mental et du myxœdème.

Tous les myxœdémateux répondent à un type commun: abaissement du ton vaso-moteur et de la température, paresse du langage, de l'écriture et de la marche, retard dans la réaction nerveuse. Mais la physionomie clinique offre des variations individuelles, dépendant de l'âge, de la maladie et des centres sensoriels du malade. Les troubles de la sensibilité, notamment, présentent des différences notables et la lésion des fonctions mentales est multiple dans ses manifestations, suivant les sujets.

La mémoire est atteinte chez huit des malades de M. Clouston; mais, tandis que les uns ont perdu le souvenir des faits récents, d'autres ont oublié seulement certaines circonstances; chez sept d'entre elles, elle est obtuse.

Tous les malades voient s'affaiblir leur puissance d'attention, avec une tendance, chez quelques-uns, à la porter sur des faits désagréables ou délirants. La curiosité est toujours indolente. Dans quatre cas, on a noté des hallucinations de la vue et de l'ouïe. Les sens sont plus ou moins émoussés. Un homme a perdu l'odorat un an avant sa mort; il souffrait, en outre, de douleurs dans le dos et les poignets pendant les derniers jours. Une femme sentait une odeur de poudre, une autre croyait exhaler du gaz.

Les facultés affectives sont perverties, l'émotivité est amoindrie. Cinq malades ont présenté l'état mélancolique, trois

l'exaltation du sentiment. La conscience subjective est plus éprouvée que la conscience objective.

La lésion de l'entendement est caractérisée par le ralentissement de l'effort. Les malades paraissent privés de penser, et leurs actes ne s'accomplissent qu'après une forte stimulation venue de l'extérieur. La lenteur des conceptions est attribuée par le D^r Ord à la condition des extrémités nerveuses périphériques qui, emprisonnées dans une sécrétion morbide, n'envoient vers les centres que des sensations imparfaites.

Sept aliénées présentaient un délire où dominaient le soupçon et la jalousie. Cette forme est l'expression, suivant l'auteur, de l'anémie cérébrale.

La volition est toujours compromise, soit par la lenteur des actes, soit par la perte de l'inhibition, mise en évidence par une irritabilité malade. Le malade n'a plus aucune initiative, se complait dans le séjour au lit, sans agir ni parler. Toute manifestation volitive lui demande un effort considérable et répété. On reconnaît encore la lésion de la volonté chez les individus à l'impossibilité de contrôler leur penchant à l'alcoolisme, à leurs tendances violentes, à leurs écarts de caractère pour les causes les plus futiles.

La marche de l'affection est indiquée à grands traits dans les termes suivants :

1° Action mentale ralentie ; 2° dépression émotive ; 3° irritabilité, soupçons morbides, manque de contrôle, violence maniaque ; 4° faiblesse mentale parfois mêlée d'exaltation ; 5° lassitude, hébétude, condition finale de mentalité négative.

Le vice héréditaire nerveux a été noté deux fois chez les neuf aliénés ; un seul avait des aliénés dans sa famille.

Disons quelques mots du traitement thyroïdien. Il a été appliqué avec succès chez deux femmes. Le myxœdème remontait chez toutes les deux à plus de cinq ans. L'une était aliénée depuis un an, l'autre depuis trois. Elles étaient faibles mentalement, irritables, soupçonneuses et jalouses. Chez l'une et chez l'autre, l'affection maternelle était diminuée, la mémoire affaiblie. Les conceptions délirantes, dans les deux cas, avaient trait à des événements accomplis dans la maison des malades, à la période initiale de leur trouble mental. Le traitement offre, pour l'une d'elles, des détails dignes de mention. Après avoir pris une demi-glande crue, elle a été sous le coup d'accidents graves (malaises, état syncopal). La dose a dû être très restreinte, mais le résultat n'a pas été moins merveilleux. Un seizième de

glande thyroïde, pris deux fois par semaine, a suffi pour déterminer la perte de poids, l'élévation de la température et le retour de l'activité mentale. Il a fallu vaincre chez elle une antipathie pour la médication, résultat probable de sa débilité mentale. La malade est sortie guérie ; mais elle s'est, plus tard, adonnée à l'alcool et elle a succombé à une asystolie à laquelle elle était prédisposée.

L'autre aliénée a donné un succès de bon aloi, et ses amis ont regardé sa guérison comme un miracle.

M. Clouston termine son mémoire par un conseil pratique. Le traitement thyroïdien doit être poursuivi à doses modérées et pendant longtemps. Après que les tissus cardiaque et cérébral ont été débarrassés de la gangue qui entravait leurs fonctions, le danger n'est point passé et la vraie cure n'est obtenue que longtemps après que la guérison apparente a été constatée.

II. — *De la mélancolie; analyse de 730 cas consécutifs*; par le Dr Farquharson (numéro de janvier). — Cette importante statistique comprend tous les cas de mélancolie observés à l'asile de Garland (provinces de Cumberland et de Westmoreland) pendant vingt-sept années, de 1862 à 1892.

Les trois grandes classes de vésanies admises par Esquirol se sont montrées dans l'établissement dans les proportions suivantes :

	Cas.	Proportion.
Manie	1.980	67 p. 100
Mélancolie	730	25,3 p. 100
Démence	221	7,7 p. 100

Le travail de M. Farquharson, consacré à la folie dépressive, est formé de nombreux tableaux où sont mis très heureusement en relief les points les plus saillants de sa pathologie. Les influences étiologiques, les formes cliniques, le suicide et sa fréquence, la coexistence des maladies physiques, la mortalité et ses causes, l'âge des malades guéris et non guéris, les rechutes, l'hérédité sont successivement passés en revue dans cet article.

L'auteur le termine par un résumé très clair, que nous transcrivons *in extenso* :

Les cas de mélancolie admis à l'asile sont moitié moins fréquents que ceux de manie.

Les fluctuations commerciales, les grèves, les chômages, l'influence d'une épidémie (*influenza*), les causes d'insalubrité qui affectent l'état sanitaire d'un pays, ne sont pas sans action sur le développement de la mélancolie.

Dans les comtés de Cumberland et Westmoreland, la mélancolie semble atteindre de préférence le sexe féminin.

A l'asile, la proportion des guérisons a été plus forte chez les hommes, et cette proportion a été plus élevée que pour les cas de manie, pendant une période égale.

Dans la majorité des cas, la dépression mentale s'est compliquée tôt ou tard de conceptions délirantes. La dépression simple, sans délire, est d'un pronostic favorable.

L'impulsion au suicide a été notée chez 65 p. 100 des malades. Plus de la moitié de ces aliénés a fait, à une certaine époque de la maladie, une tentative réelle pour s'ôter la vie.

Dans un nombre considérable de cas, la dépression mentale est associée à une maladie organique. La phtisie est, de ces complications, la plus fréquente.

Le chiffre moyen des décès est un peu plus élevé chez les hommes. La phtisie est la cause la plus commune de la mort ; après elle vient l'épuisement nerveux.

La mélancolie se montre surtout entre trente et soixante ans. Dans la jeunesse, elle est moins fréquente que la manie ; mais sa fréquence l'emporte à un âge plus avancé. Les chances de guérison sont plus grandes chez les jeunes gens et diminuent avec l'âge ; cependant la guérison peut être obtenue chez des personnes âgées.

La durée de la maladie avant l'admission influe beaucoup sur les résultats du traitement. La guérison est d'autant plus possible que l'internement a été plus prompt. La proportion des succès parmi les rechutes promptement admises est plus grande que parmi les premières attaques remontant à une même époque.

La durée du traitement offre de nombreuses variations. Une large proportion des guérisons est obtenue en quelques mois. D'autre part, certains mélancoliques guérissent après plusieurs années.

Parmi les aliénés guéris, 15 p. 100 ont été réintégrés comme mélancoliques.

La prédisposition héréditaire est fortement marquée chez ces aliénés. Les héréditaires sont sujets à être atteints de bonne heure dans la vie et à rechuter fréquemment. Ils fournissent un chiffre plus fort de guérisons et une mortalité moindre que les non-héréditaires.

La cause d'une attaque de mélancolie est le plus souvent physique. L'origine morale ou mentale est plus rare.

Le traitement consiste dans l'emploi des moyens qui rétablissent la santé physique, dans les efforts qui ont pour but de substituer un fonctionnement normal de l'esprit aux fantaisies morbides qui font de la vie un fardeau pour le malade.

III. — *Drogues du chanvre et aliénation mentale*; par Tull Walsh, directeur de l'asile de Calcutta (numéro de janvier). — Les rapports annuels des asiles du Bengale, de 1862 à 1892, fournissent la matière de ce travail, dont voici les conclusions :

1° Au Bengale, il se fait une grande consommation des drogues tirées du chanvre, qu'elles soient fumées sous forme de *ganja* et *chunus*, prises en boisson comme le *bhang* et le *siddhi* ou mangées comme le *majune* ;

2° Chez les personnes bien portantes, la *ganja* fumée seule, avec du tabac ou encore avec une légère addition de *datura* (deux ou trois graines), détermine une condition qui varie entre une douce gaieté et une véritable intoxication. Celle-ci est moins violente chez les individus bien nourris. La même remarque s'applique au *bhang* ;

3° Chez les débiles et les névropathes, une dose modérée ou un léger excès de poison accentue les tendances manifestes ou latentes à la folie jusqu'à les rendre violents, moroses ou mélancoliques. Ces effets sont aggravés par le *datura* ;

4° Les personnes bien portantes peuvent elles-mêmes, par l'usage des drogues du chanvre, surtout falsifiées par le *datura*, éprouver une intoxication violente se traduisant par la manie, une mélancolie sombre et la démence. Ces symptômes sont généralement passagers et le malade finit par guérir. La guérison est même la règle et si, dans les dix mois qui suivent son entrée à l'asile, le malade ne guérit pas, il faut en conclure que l'intoxication n'a été qu'une cause occasionnelle et qu'il était déjà aliéné ou prédisposé à le devenir, lorsqu'il s'est adonné au haschisch.

IV. — *Paralysie générale du développement*; par le D^r James Middlemass (numéro de janvier). — L'expression est du D^r Clouston qui, dans ses leçons du *Morisonian College*, a désigné ainsi la paralysie générale qui apparaît à l'âge de puberté. Elle coïncide avec le développement sexuel. M. Middlemass en fait connaître six cas nouveaux, chez des jeunes filles, dont quatre avec autopsie.

Toutes les malades observées par lui étaient âgées de quatorze à seize ans. Chez elles, l'appareil utéro-ovarien offrait

l'aspect infantile; la menstruation ne s'était pas établie ou ne s'était montrée qu'une fois ou deux. Le sexe féminin semble être plus sujet à cette forme de paralysie générale. Parmi les cas connus, on compte cinq garçons et douze filles.

Le D^r Clouston attribue, dans l'étiologie, un rôle important à la syphilis héréditaire. Les observations contenues dans ce travail confirment cette opinion. L'histoire de quatre malades et leur examen clinique démontraient manifestement chez elles l'existence d'une infection syphilitique.

La durée de la maladie est plus longue que chez les adultes. Chez les quatre malades qui ont succombé, elle a été, en moyenne, de cinq années. La physionomie clinique de cette paralysie générale est remarquablement uniforme. Elle a été bien dessinée dans des travaux antérieurs et notamment dans une étude de M. Wigglesworth, récemment analysée dans ce recueil. C'est une faiblesse mentale commençant insidieusement pour progresser avec régularité. Dans la période initiale, on voit parfois une condition émotionnelle se traduisant par une expression tranquille de bonheur; mais ce symptôme n'est pas très saillant. Les troubles de la motilité sont constants, mais moins marqués qu'à l'âge adulte.

Les lésions pathologiques sont déjà connues, et ce mémoire vient confirmer les découvertes antérieures. Tous les sujets offraient une atrophie du cerveau, dont le poids a été partout inférieur à 30 onces. Or, on sait que le poids moyen du cerveau, à l'âge correspondant, est de 38 onces. Les adhérences méningées existaient à un degré variable. Les altérations microscopiques étaient les mêmes chez tous les sujets. Les plus remarquables étaient la dégénération des cellules cérébrales, la multiplication des cellules araignées et des noyaux adventitiels des vaisseaux. En somme, les centres nerveux présentent les changements qui doivent se produire dans une paralysie générale à marche lente, sans excitation mentale.

V. — *Contribution à l'anatomie morbide et à la pathologie des altérations neuro-musculaires dans la paralysie générale*; par le D^r Alfred Campbell (numéro d'avril). — Les premières recherches sur la paralysie générale ont été consacrées à l'étude des centres. C'est l'époque du début, féconde en brillants résultats; mais on a reconnu plus tard que les centres n'étaient pas les seuls organes atteints. Depuis quelques années ont surgi de nombreux travaux qui ont fait connaître les altérations des nerfs périphériques. Il suffit de citer les noms de Déjerine et

Mierzejewski, en France; de Lubimoff, Furstner, en Allemagne; de Bianchi, Cotella, en Italie; de Bewan Lewis, Ruxton et Goodall, en Angleterre, pour démontrer l'abondance des nouvelles découvertes.

Le mémoire écrit par M. Campbell a mérité le prix de l'association médico-psychologique, et il résume des recherches délicates et importantes. Il traite des altérations des nerfs crâniens et de leurs noyaux d'origine, de la moelle et des racines nerveuses, des nerfs vagues, des nerfs mixtes et de quelques muscles.

L'examen a porté sur douze sujets. Nous devons passer sur le côté clinique de cet intéressant travail pour nous arrêter à sa partie capitale, l'analyse microscopique, que nous allons reproduire brièvement :

Nerfs vagues. — Ils sont profondément lésés; ce sont les nerfs les plus atteints de l'économie. Le microscope les montre envahis par le tissu connectif et dépourvus d'un grand nombre de fibres. En outre, leurs tuniques vasculaires sont épaissies. Déjerine et Sharkey ont fait la remarque que des lésions identiques se voient dans la polynévrite alcoolique et la diphtérie, affections de nature toxique. Dans la paralysie générale, elles expliquent les troubles cardiaques, l'arythmie et la faiblesse du pouls, la mort subite de quelques paralytiques (Hébold). Le muscle du cœur est lui-même, d'ailleurs, le siège d'altérations distinctes. La dégénération des nerfs vagues serait une cause indirecte de phthisie chez ces malades (Bianchi, Vulpian).

Les nerfs phréniques, malgré leur parenté avec les pneumogastriques, sont moins gravement affectés. Leur lésion peut donner lieu à la paralysie diaphragmatique et aux troubles nerveux fonctionnels qui sont associées au tabes (Gerhard).

Nerfs spinaux mixtes et leurs terminaisons. — Ils offrent un mélange de dégénération parenchymateuse ou atrophique (Déjerine) et d'inflammation interstitielle. Les préparations de M. Campbell font voir nettement une prolifération fibro-cellulaire péri et endo-neurale. Dans quelques-unes, on découvre, surajoutée à la lésion interstitielle, une infiltration graisseuse comparable à celle des névrites phosphoriques. Dans les portions des troncs nerveux, où les fibres saines ont disparu, on constate l'existence d'une quantité de tubes extrêmement ténus recouverts d'une mince tunique de myéline. Faut-il voir dans cette néo-formation un retour vers le type embryonnaire? Les petits vaisseaux qui accompagnent les nerfs sont altérés, mais

cette condition pathologique n'est pas exclusive à la paralysie générale.

Les lésions dégénératives sont d'autant plus prononcées qu'on se rapproche davantage de la périphérie. Elles sont à leur maximum quand on arrive aux branches motrices et sensitives. L'affection est symétrique, mais elle atteint plus profondément les membres inférieurs et les branches purement motrices.

Racines des nerfs spinaux. — La lésion constante est localisée aux racines antérieures et à la partie des racines postérieures comprise entre la moelle et le ganglion. Elle est considérable, mais peu étendue, occupant surtout les régions cervicale, dorsale inférieure et lombaire supérieure. Le ganglion est le siège d'une hyperpigmentation cellulaire.

Muscles. — L'atrophie musculaire qui complique toujours la paralysie générale se lie nécessairement à des altérations microscopiques. Elles ne diffèrent pas essentiellement de celles qu'on voit dans les névrites et sont les effets secondaires de la dégénérescence nerveuse. C'est, en résumé, la régression graisseuse, l'atrophie, la disparition plus ou moins complète des fibres avec prolifération des noyaux du sarcolemme et du tissu connectif, la raréfaction des plaques motrices terminales qui sont elles-mêmes dégénérées.

Les fibres du cœur sont très atteintes. Cette lésion dépendrait de celle des nerfs vagues, qu'on a considérés comme les trophiques du cœur (Eicchorst). Cet organe est envahi par une myocardite dégénérative, reconnaissable à la disparition de nombreuses fibres, à l'augmentation des noyaux du sarcolemme et à l'épaississement des tuniques des petits vaisseaux.

Nerfs craniens et leurs noyaux d'origine. — Par leur aspect, ils se rapprochent des nerfs mixtes. Ils offrent, comme ces derniers, la dégénération interstitielle et la lésion progresse en s'approchant de la périphérie. La racine ascendante du trijumeau, dans la moelle allongée, a été trouvée fréquemment sclérosée. Le même fait s'observe dans le tabes (Oppenheim). Les changements présentés par les noyaux d'origine sont en rapport avec ceux des nerfs correspondants. On y voit l'atrophie, la pigmentation cellulaire, l'hyperplasie connective. Ces lésions dégénératives affectent surtout les origines des pneumogastriques.

M. Campbell a écrit sur la pathogénie de la paralysie générale quelques réflexions d'une haute portée scientifique. Les désordres périphériques ne procèdent pas directement, d'après

lui, de la lésion des centres. Il le prouve par ce fait non contestable que les troubles de la périphérie et la lésion morbide qui les fait naître peuvent se manifester à une époque où la maladie cérébrale est peu avancée, les changements anatomiques du cerveau étant alors insignifiants. L'affection périphérique peut donc être considérée comme indépendante, autonome. Les symptômes neuro-musculaires n'auraient donc pas une origine centrale, mais seraient imputables à une action toxique locale. Les phénomènes observés seraient assimilables à ceux qui caractérisent les névrites.

VI. — *Accroissement prétendu de la folie* ; par le Dr Hack Tuke (numéro d'avril). — L'éminent et regretté directeur du *Mental Science* a examiné scrupuleusement cette question de sociologie, en s'aidant de la statistique officielle. Les nombreux documents dont il a pu s'éclairer l'ont conduit à conclure négativement.

A n'en pas douter, dit-il, il y a eu, depuis 1870, une augmentation considérable du nombre des aliénés dans les asiles et les Workouses et principalement dans les asiles. Le chiffre des admissions — déduction faite des transferts et des réadmissions — s'est élevé pendant cette période.

Mais l'accroissement du nombre des aliénés hospitalisés ne prouve pas une tendance à la propagation de la folie dans la population. Il faut tenir compte, en effet, de l'accumulation dans les asiles due à la diminution de la mortalité, à la chronicité des maladies mentales et aux rechutes. D'autre part, le chiffre des admissions s'est élevé par suite du confort offert par les asiles, dont la valeur est mieux appréciée de nos jours. Il convient encore de mentionner l'envahissement des asiles par les aliénés des workhouses et le nombre toujours plus grand des malades inscrits, démontré par le recensement.

L'augmentation porte principalement sur les classes pauvres.

De 1871 à 1891, la proportion des cas de folie s'est accrue surtout aux dépens des individus ayant dépassé quarante-cinq ans, ce qui démontre que l'augmentation est causée par l'accumulation des cas chroniques.

D'un autre côté, pendant la même période, la proportion des cas de faiblesse mentale chez les individus âgés de moins de vingt-cinq ans a diminué dans la population.

Les remarques qui précèdent, relatives à l'âge, semblent prouver que l'accroissement prétendu n'est qu'apparent. Le seul fait indéniable est l'accumulation dans les établissements d'aliénés.

Malgré les chiffres progressifs fournis par les recensements de 1871, 1881 et 1891, le rapport de l'accroissement à la population normale va diminuant d'une décade à l'autre. Ce rapport était de 7.04 p. 100 de 1871 à 1881 ; il n'est plus que de 3.23 p. 100 de 1881 à 1891.

VII. — *La folie de la période climatérique*; par les D^{rs} Goodall et Craig (numéro d'avril). — Le trouble mental qui suit la ménopause revêt-il une forme spéciale qu'il le fasse considérer comme une vésanie distincte? La meilleure méthode pour résoudre cette question est celle qui consiste à soumettre à l'analyse un nombre imposant d'observations de femmes devenues aliénées à l'âge climatérique de la vie. C'est ce qu'ont fait les auteurs de ce travail. Leur statistique comprend 222 cas; 102 sont recueillis à Bethlem, 120 à Wakefield (West-Riding). On peut tirer de leurs chiffres des remarques instructives qui forment un sérieux appoint à l'histoire clinique de cette espèce mentale. Elle atteint les femmes entre quarante-trois et cinquante et un ans. L'âge moyen a été pour Bethlem, 46.77; pour West-Riding, 47.5. La forme la plus fréquente est la mélancolie (65.9 p. 100); puis viennent la manie (16.9 p. 100), la folie délusionnelle (11.9 p. 100), la faiblesse mentale (6.3 p. 100), la paralysie générale (2.3 p. 100). Ces pourcentages représentent la moyenne des deux asiles. La démence primitive est très rare. Krafft-Ebing donne des chiffres différents; il attribue la prédominance à la *paranoia* (36 cas sur 60). Cet aliéniste prête, sans doute, au terme *paranoia* une acception très large.

Les prodromes, dont l'exagération formera plus tard l'appareil symptomatique, sont les suivants :

Insomnie, altération du caractère, névroses, bruit dans les oreilles et surdité; soupçons, jalousie, fausses accusations; perte de l'attention, faiblesse de la mémoire; perversions sexuelles (érotisme, frigidité, masturbation, etc.), prépondérance des troubles somatiques intéressant le système vasculaire (rougeurs, congestion céphalique, frissons); désordres gastro-intestinaux, paresthésie.

Avec la perte de la fonction reproductrice, on a noté l'apparition de poils sur la face. Les irrégularités menstruelles précédant la ménopause sont communes. A cet âge naissent aussi des habitudes alcooliques; elles méritent une importante mention, avec d'autres vices qui se montrent à la même époque et que le médecin doit se garder de favoriser (morphinisme, cocaïnisme, etc).

Les troubles hallucinatoires sont fréquents et variés. En première ligne, on observe les hallucinations de l'ouïe; puis, par ordre de fréquence, celles de la vue, du goût, de l'odorat et de la sensibilité générale. Krafft-Ebing considère les hallucinations de l'odorat comme les plus fréquentes. D'après quelques auteurs, ces dernières seraient liées à une affection des ovaires.

Les troubles gastriques font naître le délire d'empoisonnement; les sensations abdominales, les idées de grossesse; la perversion de la fonction cutanée, les conceptions délirantes d'électricité et autres. La céphalée est commune sous forme de sensation de poids, de pression. Les idées de malpropreté, de déchéance physique, de persécution; l'altération des sentiments familiaux; la perte du sens moral (dénonciations fausses portant sur des faits d'immoralité); l'érotisme, l'exaltation religieuse, l'insomnie, le refus d'aliments complètent cette symptomatologie, à laquelle on pourrait reprocher d'être un peu touffue.

Le suicide s'observe fréquemment chez les femmes, entre quarante et cinquante ans. Les auteurs ont noté des tendances au suicide dans la proportion de 45.6 p. 100.

En ce qui touche le pronostic, il faut distinguer entre le pronostic immédiat et le pronostic éloigné. L'hérédité est une condition favorable pour le premier, aggravante pour le second. De nombreuses attaques consécutives le rendent mauvais. Il est d'autant plus rassurant que la maladie est traitée de bonne heure, que le trouble mental dépend d'une cause qui peut être éloignée. S'il y a de l'alcoolisme, il importe de reconnaître s'il est cause ou symptôme de début. Les types affectifs de la folie comportent un pronostic meilleur que les types délusionnels. Les altérations organiques liées à la mélancolie lui donnent un cachet d'incurabilité.

La durée moyenne des accès a été, à Wakefield, de dix mois et demi, lorsque les malades ont guéri.

La terminaison de la maladie donne les pourcentages suivants, pour les deux asiles :

	Guéris.	Améliorés.	Non guéris.	Morts.
Bathlem . . .	35.9	8.8	50	3.9
Wakefield. . .	40.8	11.6	34.1	13.4

Quelques malades, en petit nombre, avaient eu des attaques

antérieures. La première, alors, s'est produite souvent à l'époque de la puberté.

L'hérédité est un facteur important de la folie climatérique. Son pourcentage est 55.8. Matusch, en Allemagne, a donné le chiffre de 54.9 (35 pour l'hérédité paternelle, 54 pour l'hérédité maternelle). L'intempérance chez les parents est souvent notée.

Les femmes mariées sont plus sujettes à cette aliénation que les célibataires.

L'influence de l'âge climatérique sur les psychoses est peu marquée. Sur 60 aliénées observées par Matusch, 13 se sont améliorées, 14 se sont aggravées, 33 n'ont offert aucun changement dans leur situation mentale.

VIII. — *Des affections de la faculté musicale dans les maladies cérébrales*; par le D^r William Ireland. — *La musique et la faculté musicale dans la folie*; par le D^r Richard Legge (numéro de juillet). — L'objet principal de l'étude de M. Ireland est la détermination des rapports qui existent entre la faculté musicale et le langage, dans les deux états normal et pathologique.

Cette faculté a des affinités étroites avec le langage, et cependant, bien qu'on l'ait écrit, elle n'en procède pas par évolution. En effet, elle se manifeste aux degrés inférieurs de l'échelle animale, chez des êtres où le langage n'existe pas (insectes, grenouilles, tortues). La musique serait plutôt l'apanage des organismes inférieurs, et M. Ireland, affirmant une opinion nouvelle, soutient que c'est plutôt le langage qui dérive de la musique. Faites faire, dit-il, à l'intelligence de l'oiseau chanteur un pas de plus et il parlera. Chez les enfants, l'expression musicale apparaît avant la faculté de parler. On sait que les idiots sont organisés pour la musique et que nombre d'entre eux, incapables de parler, peuvent émettre des sons musicaux. En réalité, la musique est une faculté d'ordre secondaire, apanage des organismes inférieurs. Les mouvements rythmés, qui apparaissent de bonne heure chez les dégénérés, sont les premiers indices de la faculté musicale. On les retrouve chez les sauvages qui dansent au bruit des ornements dont ils ornent leurs membres.

Cette faculté est bien spéciale et indépendante de la faculté de parler. Elle doit avoir de profondes racines dans l'organisme, puisque l'hérédité la transmet à travers une série de générations.

Dans la *Revue philosophique de France*, le D^r Brazier a fait un parallèle curieux entre le langage musical et le langage

parlé. Pour les deux, l'homme fait usage de symboles évoqués à l'aide d'images motrices, auditives et visuelles. La note musicale, comme le mot, peut être conçue mentalement. L'éducation, pour les deux langages, se fait par l'oreille et les centres auditifs; elle progresse par l'imitation. Mais elle réclame plus d'efforts de la part du sujet qui s'initie à la musique; il n'arrive à la lecture musicale qu'après avoir longuement exercé son oreille.

Si l'on poursuit cette comparaison, on trouve d'autres traits de parenté et de dissemblance. Le langage a son aspect musical; la voix ordinaire est dans le médium; l'émotion la fait monter ou descendre. Le cri de l'enfant est dans un ton naturel à son début; il s'élève graduellement à la note aiguë par l'agitation. Certaines langues, l'italien, par exemple, sont euphoniques. L'exagération de la tendance musicale dans le langage conduit à la poésie, qui exige, néanmoins, une aptitude spéciale, différente de l'aptitude musicale. Un homme incapable de distinguer une fausse note peut se délecter à l'audition d'un poème et saisir au passage un vers dépourvu de cadence. La mélodie des notes est donc distincte de la mélodie des vers.

La faculté musicale subit une altération plus ou moins grave dans les maladies, et l'aphasie, dont s'occupe surtout notre savant confrère, amène une perturbation sérieuse dans les rapports entre le langage parlé et le langage mélodique.

Tout d'abord, avec l'aphasie, une différence importante apparaît. Tandis que la lésion d'une aire définie du cerveau entraîne la perte du langage exclusive, sans autre trouble fonctionnel, on ne connaît pas d'exemple d'une affection cérébrale privant un homme, uniquement, de la faculté musicale. Cette immunité pourrait trouver son explication dans la localisation de cette faculté dans les deux hémisphères et dans la possibilité d'un phénomène de suppléance.

Dans l'aphasie motrice, l'expression musicale peut être compromise; mais Knoblauch et Gowers citent des observations où elle s'est maintenue, après qu'un ictus cérébral avait déterminé l'aphasie. Chez ces malades, l'articulation verbale était rétablie parla mémoire du son. Ils chantaient de souvenir des airs avec les paroles, alors qu'ils étaient incapables de faire entendre les mots sans la musique. M. Ireland rapporte l'histoire d'un enfant de neuf ans, muet, qui fredonnait les fragments de chansons qu'on chantait dans son voisinage. Des paralytiques aphasiques peuvent ainsi, grâce à l'audition musicale, articuler des mots très

nettement. Ce réveil singulier du langage, sous l'influence du souvenir musical, a été constant chez cinq aphasiques, cités par le D^r Frankl Hochwart. Chez tous, la faculté musicale était lésée, mais à un degré moindre que le langage. Quatre d'entre eux, hémiplegiques, comprenaient les mots sans les dire. Ils ne pouvaient pas chanter spontanément, mais ils le pouvaient aussitôt que des mots leur étaient chantés. Finkelburg, Bouillaud et Limbeck ont rapporté des cas où la faculté musicale était absolument indemne.

La perte isolée et exclusive de l'expression musicale, qui est la contre-partie de l'aphasie motrice, a-t-elle été observée? L'histoire du ténor Barré, qu'on doit au D^r Brazier, en est un exemple douteux. Wallaschek mentionne plusieurs chanteurs et musiciens oubliant tout à coup, en pleine exécution, les morceaux qu'ils jouaient. Le fait de Scarría, ce ténor viennois, qui devint, plus tard, directeur de Beyreuth, est connu. Scarría était, d'ailleurs, aliéné. Ces amnésies de musique sont causées par l'émotion et la fatigue. Elles disparaissent par le repos.

Parallèlement à la surdité verbale, on a noté la surdité musicale. Ce trouble fonctionnel consiste dans l'impossibilité de distinguer une note. Pour ceux qui en sont affectés, tous les sons musicaux sont des bruits; la mélodie n'est pas perçue. La surdité musicale s'observe pathologiquement, et le D^r Brazier en a fait l'objet d'une étude curieuse. Son malade avait des accès de migraine ophtalmique suivis d'aphasie motrice et de surdité musicale. Lichstein a vu la surdité verbale et musicale se montrer simultanément.

D'après Oppeinheim (17 cas), la faculté musicale, tout en s'affaiblissant, survit à la perte du langage chez les aphasiques. Sa disparition n'a été complète que chez deux malades. Finkelburg, Charcot et d'autres ont rapporté des cas intermédiaires. Ainsi, des malades non aphasiques étaient incapables de lire la musique (amnésie visuelle), mais ils pouvaient reproduire de mémoire les airs qu'ils entendaient. Certains aphasiques copient la musique qu'ils ne peuvent lire. D'autres ont perdu la mémoire des mouvements combinés qui font le jeu d'un instrument. Les airs musicaux sont associés, suivant les sujets, avec des représentations auditives, motrices, avec la mémoire des contractions du tympan, de la gorge et du larynx (Brazier), avec le son de la voix, plus rarement avec la notation musicale. Le dérangement de ces associations diverses affaiblit la faculté de la musique. Elle a ses degrés: le plaisir

d'entendre, le pouvoir de comprendre et de répéter un air, celui de jouer d'un instrument. Sa plus haute perfection est dans la création des mélodies.

Les idiots, même ceux qui n'ont pas de vocabulaire, sentent la musique. Wildermuth a étudié la capacité musicale de cent quatre-vingts enfants idiots et de quatre-vingt-deux enfants normaux et il a constaté qu'elle était nulle chez 11 p. 100 des premiers et 2 p. 100 des seconds. Si l'on remarque que les enfants normaux étaient éducatibles et avaient pu être préalablement instruits, cette observation semble démontrer que les idiots sont relativement bien doués. Cette aptitude contraste avec l'impossibilité d'acquiescer d'autres talents.

La faculté musicale s'exagère dans l'état hypnotique, par suite de l'hyperesthésie du sens de l'ouïe. Cette hyperesthésie produit le même effet dans certaines intoxications (haschich). La faculté musicale subit des perturbations notables chez les aliénés. M. Ireland a noté son accroissement dans la manie, sa conservation incomplète dans la démence, son intégrité dans la folie systématisée. Il exprime l'avis, en terminant, que l'expression musicale n'est pas confinée dans l'aire cérébrale qui est le siège de l'aphasie. Sa localisation paraît être plus étendue et comprendre les deux hémisphères. L'étude des fonctions de l'hémisphère droit, de son influence sur le chant, sur la création des mélodies, pourrait faire la lumière sur l'origine de cette faculté, qui n'est abolie que par la destruction des deux hémisphères et qui survit à des lésions cérébrales qui ont compromis la fonction mentale.

M. Legge s'est occupé des altérations de la faculté musicale chez les aliénés. Par l'analyse, il la décompose comme il suit : l'intelligence des sons et de leurs intervalles (oreille musicale), l'émotion ressentie à l'audition de la musique (goût musical), l'exécution sur les instruments, la composition. Il passe ensuite en revue les diverses formes mentales.

Le maniaque aigu est incohérent en musique, comme dans toutes ses manifestations mentales. Il est peu sensible à la mélodie et ne s'y arrête pas.

Les aliénés atteints de manie subaiguë sont capables de chanter et de jouer d'un instrument ; mais leur exécution, sans être fautive, laisse à désirer pour le rythme ; elle est fragmentée et incohérente. Un maître d'école organiste, observé par M. Legge, s'asseyait au piano pendant des heures entières et répétait à chaque séance les mêmes exercices. Notre confrère voit, dans ce

rabâchage monotone et périodique des mêmes airs, un exemple de réversion et compare son malade aux sauvages d'une culture musicale primitive.

La manie chronique est la forme mentale la plus répandue parmi les musiciens des asiles. Leur exécution est correcte, mais elle est terne et dépourvue de sentiment. Ils sont sujets à s'arrêter court et lisent difficilement la nouvelle musique. Ces aliénés font preuve, d'ailleurs, de la même infériorité dans tous leurs travaux artistiques (dessin, poésie).

Les mélancoliques n'aiment pas la musique. Quel que soit le sens mélodique d'un morceau, ils tolèrent les notes soutenues mieux que les notes détachées (Nightingale). Les airs tristes aggravent leur dépression, les airs gais les irritent. Il ne faut donc pas compter sur la musique pour le traitement de la lypémanie. Elle peut, néanmoins, être utile chez les convalescents. Dans la stupeur, les facultés esthétiques sont paralysées et les malades sont réfractaires aux impressions musicales.

Les paralysés généraux offrent ce curieux contraste d'une opinion exagérée de leur talent, d'une extrême confiance en eux-mêmes, avec la perte complète de l'oreille musicale. Ils n'ont pas la notion des intervalles.

L'observation de M. Legge, sur les déments, n'est pas conforme à celles de son éminent confrère. D'après lui, le sentiment musical se perd chez ces malades plus rapidement peut-être que les autres facultés mentales.

Les idiots fournissent matière à des remarques intéressantes. Ils sont pourvus d'un sens esthétique rudimentaire, qui se développe dans la direction de la musique, indépendamment de tout autre attribut mental. Sa culture, il est vrai, est relativement simple. Tandis que l'art graphique, le dessin, la sculpture, l'art du coloris, réclament une longue éducation et l'usage d'instruments, la musique n'exige qu'un larynx bien conformé et des modèles. Les idiots ont l'oreille musicale, la sensibilité à la musique. Ils sont, dans l'exécution, à la hauteur de tout ce qui ne dépasse pas le mécanisme. Mais là s'arrêtent leurs progrès. Leur pouvoir créateur est limité par leur puissance mentale. Dans la composition, ils demeurent stériles.

IX. — *Trépanation pour épilepsie.* — *Cas clinique*; par le D^r Duncan Greenless (numéro de juillet). — *De la compression cérébrale*; par le D^r Claye Shaw. — *De la compression cérébrale*; par le D^r John Macpherson. — *De la trépanation dans la méningite, avec notes sur un cas*; par le D^r John Keay.

(numéro d'octobre). — C'est de l'Afrique du Sud, de l'asile de Grahamstown, que nous parvient la relation du premier cas clinique, remarquable par ses péripéties. Le sujet est une femme de trente-neuf ans, d'une famille de névropathes. En février 1892, cette femme s'est heurté violemment la tête contre un corps dur, à la région frontale droite. Le choc a été suivi de perte de connaissance. Au mois de septembre de la même année, elle a sa première attaque d'épilepsie. Elle est marquée par des convulsions prédominant à gauche ; on constate, plus tard, une zone d'anesthésie au-dessus de la lèvre gauche. La névrose se complique de troubles mentaux. La région frontale droite, au-dessus et en avant de l'arcade temporale, est le siège d'un gonflement douloureux. La trépanation a été pratiquée sur ce point, au mois d'octobre 1893. Elle a amélioré l'épilepsie sans la guérir complètement. Mais son principal avantage a été de permettre l'examen micrographique de fragments de la dure-mère très épaissie et d'y reconnaître des lésions vasculaires nettement syphilitiques. Le médecin a pu, alors, instituer un traitement rationnel qui a supprimé les attaques et rétabli la santé physique et mentale.

La trépanation et la compression cérébrale sont deux questions connexes qui veulent être traitées ensemble. Elles ont tenu une place importante dans les discussions de la Société médico-psychologique anglaise, réunie en séance annuelle à Dublin. Trois mémoires ont été lus.

— M. Claye Shaw, l'auteur du premier, a pratiqué l'opération chez des paralysés généraux à la même époque que le D^r Batty Tuke. Son unique indication est fournie par les signes de compression du cerveau. La trépanation est utile dans le traitement des aliénés, non seulement dans la paralysie générale, mais dans les maladies mentales ordinaires. On ne doit pas hésiter à y recourir si le malade est menacé de démence.

La compression cérébrale se reconnaît surtout à cette céphalée pulsative et gravative, à caractère diffus, qui est spéciale à la méningite (affection dans laquelle la compression est un phénomène constant). A l'autopsie, elle est mise en évidence par la forme aplatie des circonvolutions. Pendant les opérations, elle est démontrée par l'issue du cerveau et des membranes par l'ouverture du trépan. La compression provient d'une exagération dans l'activité des échanges biologiques. La fatigue, le surmenage, l'inflammation la déterminent en élevant la tension artérielle.

La folie aiguë se complique de compression cérébrale, même lorsqu'elle revêt la forme dépressive. Les personnes anémiques, mal nourries, ne deviennent aliénées que si un facteur spécial surajouté, vice héréditaire, fatigue, etc., intervient pour provoquer une perturbation dans les échanges moléculaires et finalement la compression du cerveau. Dans la folie aiguë, le poids spécifique du cerveau est augmenté, qu'elle offre la forme maniaque ou mélancolique.

La compression de l'organe cérébral étant admise dans les cas aigus d'aliénation mentale, le médecin a le droit de soumettre le malade à une opération qui pourra le sauver d'une démence incurable.

Un paralyté général trépané par M. Claye Shaw, a vu disparaître ses attaques épileptiformes et s'est amélioré mentalement. Un autre malade atteint de mélancolie avec impulsions violentes a retiré du traitement chirurgical des effets moins décisifs. Cet homme avait, dans ses commémoratifs, une histoire vague de traumatisme qui n'avait pas laissé de traces. Il accusait une douleur en un point fixe de la tête et il était sujet, en outre, à des convulsions hystériques (?). Le symptôme le plus sérieux qu'il offrit était une tendance irrésistible à commettre des actes violents spontanés. A vrai dire, il ne présentait pas des signes bien nets de compression cérébrale. Une couronne de trépan n'en fut pas moins appliquée au niveau du siège de la douleur céphalique. Après l'ouverture du crâne, l'incision de la dure-mère a été suivie d'un écoulement considérable de sérosité; le cerveau et les membranes qui ont fait saillie à l'orifice n'étaient pas soulevés par des pulsations. L'opération a débarrassé le malade de sa céphalée, mais les impulsions violentes ont persisté.

— Le D^r Macpherson a écrit une analyse très judicieuse du phénomène de la compression cérébrale. Il se manifeste, d'après lui, dans des conditions diverses : 1^o pression d'un fluide sur le cerveau (séro-lymphe, sang); 2^o éréthisme cortical; 3^o épilepsies limitées; 4^o tumeurs; 5^o certaines conditions mal définies dans lesquelles la compression est évidente.

On peut affirmer son existence chez les aliénés lorsque, à un trouble mental continu, s'associent deux ou un plus grand nombre des symptômes suivants: céphalalgie, vomissements, vertiges, ataxie d'origine cérébrale, convulsions locales et générales; pupilles inégales, contractées ou irrégulières, injection de la face, névrite optique.

La trépanation est un bienfait pour les aliénés. M. Macpherson s'en déclare le partisan convaincu. Voici ses conclusions, qui sont absolument favorables à l'intervention chirurgicale :

« Les notions que nous avons sur cette condition pathologique désignée sous le nom de compression cérébrale, ainsi que les faits d'expérience générale semblent indiquer qu'elle peut être combattue par une opération. Une expérience ultérieure et plus étendue des résultats est désirable.

« L'opération du trépan est d'autant plus justifiée qu'elle est éminemment inoffensive et pratiquement exempte de mortalité, si elle est convenablement faite. »

L'auteur a présenté, sous une forme synoptique, sept cas opérés dans son service : cinq paralysies générales (quatre améliorations, un résultat nul), une épilepsie jacksonienne (guérison), une manie avec mouvements automatiques du bras droit (mort rapide par ramollissement cérébral).

— Le cas de M. John Keay n'est pas un succès, mais il suggère quelques réflexions instructives. Ce médecin a fait subir la trépanation à un mélancolique persécuté, pour combattre une otite purulente compliquée de méningite de la base. L'opération a été suivie d'un amendement partiel des symptômes méningitiques (disphagie, ptosis) et du retour de la conscience. Mais le malade a succombé le lendemain.

L'otite moyenne est une affection des plus graves qui réclame une action énergique dans les cas les plus bénins en apparence. Il faut se défier de l'insensibilité des aliénés qui les rend indifférents à leur mal et trop souvent réfractaires au traitement. La méningite qui complique les inflammations de l'oreille est d'un pronostic toujours fatal. Elle peut être guérie par la trépanation. Macewen, qui a pratiqué l'opération avec succès, recommande d'y recourir de bonne heure, avant que l'inflammation purulente ait atteint la moelle. Dans la méningite cérébro-spinale, cet auteur conseille d'ouvrir le canal vertébral et les membranes en divers points, et de soumettre au drainage et aux injections antiseptiques l'espace intraduremérien compris entre le cervelet et la moelle. Cette effrayante opération n'a pas encore été tentée.

Le rôle attribué à la compression cérébrale, les signes qui lui sont assignés ont fait l'objet d'un débat intéressant au sein de la Société médico-psychologique. Les différents orateurs ont presque tous combattu les idées émises dans les travaux qui lui

ont été présentés. M. Andriezen a déclaré que la rémission qui suit l'opération du trépan, chez les paralyés généraux, ne lui paraît pas être le résultat de la décompression, et il conteste la valeur diagnostique des changements pupillaires et de la névrite optique. D'après le professeur Benedickt, la névrite optique n'est pas un symptôme de compression cérébrale. M. G. Robertson, après avoir remarqué que la céphalalgie et les convulsions peuvent être l'expression d'états divers et opposés, se demande si le diagnostic de la compression du cerveau est aujourd'hui possible. Sans vouloir nier l'utilité de l'intervention chirurgicale, il maintient qu'elle est purement expérimentale et empirique.

X. — *Discours présidentiel prononcé au collège royal des médecins, à Dublin*; par le D^r Conolly Norman (numéro d'octobre). — L'orateur se plaît à reconnaître la situation prospère de l'Association médico-psychologique, qui ne compte pas moins de 480 membres. Il admire chez elle l'esprit de progrès et les efforts qu'elle tente avec bonheur, pour élever le niveau scientifique de la spécialité. C'est la façon la plus noble de servir les intérêts de la corporation aliéniste. Grâce à l'association, l'instruction clinique des maladies mentales fait partie intégrante des études médicales dans tout le Royaume-Uni, pour le bien du public et des médecins eux-mêmes. On lui doit la création d'un certificat d'études spéciales, et M. Norman insiste pour que la production de cette pièce soit exigée de tout médecin, qui se destine à la profession aliéniste. Chaque asile deviendra un centre d'instruction et possédera des assistants cliniques et des internes, qui pourront acquérir, en échange de leurs services, des connaissances spéciales en psychiatrie. Le contact de ces jeunes étudiants est bienfaisant pour le chef de service, dont il stimule le zèle enseignant. Les tendances novatrices, signalées par l'orateur, ont déjà porté leurs fruits. Les travaux des asiles ont fait avancer nos connaissances en pathologie nerveuse, et il convient de mentionner, au premier rang, les brillantes écoles de Wakefield et de Morningside.

Dans la seconde partie de son discours, M. Norman s'intéresse à l'assistance des aliénés dans le continent. L'asile de Scherbitz, récemment ouvert en Allemagne, répond à un type nouveau, qui marque un réel progrès dans la construction. C'est l'asile de l'avenir. Il n'a rien de la prison, ni du couvent, ni de la caserne; mais il est formé de pavillons entièrement isolés et entourés d'un jardin. Ces bâtiments se divisent en trois groupes.

Le premier comprend les cas aigus, l'infirmerie et la surveillance. Chaque pavillon loge quarante et un aliénés. Le second est affecté à la colonie. Ses pavillons, semblables à des maisons ordinaires, s'élèvent autour d'une ferme. Le troisième groupe est occupé par les déments et ne donne lieu à aucune remarque. Cet asile a coûté 3,400,000 francs; chaque lit revient à 3,550 francs.

L'orateur fait, en terminant, l'éloge du traitement familial, appliqué avec succès à Dalldorf, près de Berlin, et à Lierneux, en Belgique. Le nouveau Gheel, qui vient d'être créé dans le pays wallon, dans la province de Liège, a été inauguré en 1884. Sa colonie, très prospère, avait une population de 349 malades au 31 décembre 1892.

XI. — *Folie de la persécution*; par le D^r René Semelaigne (numéro d'octobre). — Notre savant confrère fait d'abord un exposé critique des vues diverses qui se sont fait jour, en France, sur la folie des persécutés. Il se sépare de l'école de Magnan et refuse d'admettre un délire « chronique » distinct du délire des dégénérés, par la raison que tous les persécutés sont, d'après lui, des dégénérés.

Il indique ensuite le diagnostic différentiel entre la mélancolie et le délire des persécutations, si magistralement établi par Jules Falret dans ses leçons cliniques. Pratiquement, les différences entre les deux vésanies ne sont pas toujours bien nettes. Ballet, Séglas, Jules Voisin ont rapporté des cas où la folie des persécutations a les caractères de la mélancolie. Le D^r Christian a montré que certains persécutés pouvaient commettre le suicide. D'autre part, on a observé des mélancoliques meurtriers et mégalomanes; on a noté aussi des remords délirants et des idées de négation chez des individus atteints de la folie de la persécution.

Les hallucinations psychiques de Baillarger, psycho-motrices de Séglas, se montrent chez un grand nombre de ces malades. M. Jules Voisin a proposé d'appeler « variété psycho-motrice du délire des persécutations » certains états mentaux caractérisés par le dédoublement subit de la personnalité, la lésion de la volonté et des hallucinations motrices impulsives. Ces troubles sensoriels, qu'on découvre, en y bien regardant, chez presque tous les persécutés, sont fréquents chez les femmes à l'âge critique.

Quelques malades, héréditaires, offrent le type du persécuté humble, subissant les procédés qu'il croit avoir mérités. Ballet

et Séglas ont bien étudié ces aliénés, dont ils signalent les tendances à l'homicide et plutôt au suicide. Les persécutés persécuteurs de Lasègue, les alcooliques, les séniles complètent la liste des variétés mentales admises par M. Semelaigne.

Il y a, dit-il, plusieurs folies des persécutions, mais on peut les diviser en deux grandes classes : 1° les humbles ; 2° les orgueilleux, parmi lesquels il faut distinguer : (a) les persécutés à évolution systématique progressive ; (b) les raisonnants persécuteurs ; (c) les alcooliques ; (d) les persécutés de l'âge climatérique ; (e) les séniles.

Le premier groupe correspond au délire chronique de Magnan. Falret, dans ses leçons de la Salpêtrière, assigne trois périodes à cette forme mentale : 1° incubation marquée par les interprétations délirantes ; 2° invasion, où éclosent les hallucinations de l'ouïe et celles de la sensibilité générale ; 3° état typique, époque du délire systématisé qu'on peut subdiviser en trois phases : persécutions vagues, idées délirantes englobant les collectivités, personnification du délire. Aux trois périodes ci-dessus s'ajoute, chez de nombreux aliénés, une quatrième, celle des idées de grandeurs. Elles naissent par déduction logique (Foville) ou résultent de l'hallucination ; elles peuvent même se manifester spontanément et sans cause.

Les raisonnants persécuteurs forment le second groupe. Ils sont d'autant plus dangereux qu'on les croit raisonnables. Lasègue, Jules Falret et Pottier, les ont bien fait connaître. Ce sont des fous moraux, héréditaires. Généralement intelligents, ils s'expriment bien et savent donner à leurs griefs l'apparence de la véracité. Le plus souvent les hallucinations et les troubles sensoriels font défaut chez eux. Ils sont orgueilleux, s'exagèrent leur mérite, s'attribuent de grandes qualités sans se croire, comme d'autres aliénés, Dieu ou roi. Ils sont souvent emportés par des affections cérébrales (Falret) et ne parcourent jamais les phases du délire à évolution systématique. C'est parmi ces malades qu'on trouve les criminels, les processifs et les érotiques.

Le troisième groupe est celui des persécutés alcooliques. Ils se séparent des autres, d'après Ball, par leur curabilité. Cet aliéniste affirme que tout persécuté qui guérit est un alcoolique. Le professeur Schüle admet une forme aiguë, curable, et une forme chronique, qui aboutit à une démence prématurée, avec idées éventuelles de grandeur. Quoi qu'il en soit, la folie des persécutés alcooliques se reconnaît à des signes physiques : trem-

blements, anesthésies, convulsions partielles, etc., et des caractères mentaux : rêves effrayants, terreurs, perceptions subjectives, hallucinations de la vue. Les idées de persécution sont mobiles et disparaissent après un certain temps. Les symptômes s'atténuent graduellement, et l'on peut observer une cessation du délire qui passe pour une guérison. Les alcooliques sont fréquemment portés au suicide.

L'âge climatérique de la vie fournit un contingent sérieux à la folie des persécutions. L'évolution de cette forme mentale est rapide. Les hallucinations de l'ouïe sont presque constantes et précoces. La double personnalité se montre vite et l'incurabilité est la règle. Le D^r Savage a mentionné la surdité qui complique parfois le trouble hallucinatoire. Elle coïncide avec des symptômes congestifs. Les malades sont soupçonneuses, s'isolent, dorment peu et sortent la nuit, changent de domicile et ne vivent pas en paix avec leurs voisins. Aux hallucinations de l'ouïe s'ajoutent chez elles des hallucinations de la sensibilité générale et psycho-motrices ; la double personnalité les complique à bref délai. Le délire d'obsession et de possession donne un cachet spécial à cette vélanie, qui est l'ancienne folie des sorcières. De nos jours, le diable a été détrôné par le magnétisme et le téléphone.

Le cinquième et dernier groupe est formé par les séniles. Ils sont portés aux phénomènes congestifs. Les idées de spoliation et de ruine, la crainte de l'assassinat dominant dans leur délire. L'état mental des vieillards a des points de contact avec celui des mélancoliques. Ils ont des hallucinations pénibles, des visions terrifiantes. Chez un malade du D^r Christian, l'autopsie a montré l'existence d'une tumeur de la pituitaire, cause probable de ces hallucinations. Les troubles mentaux des séniles persistent longtemps ou aboutissent rapidement à la démence. Cette forme se complique de tendances suicides, mais elles ne sont ni raisonnées, ni consistantes.

La classe des humbles, à laquelle l'auteur consacre quelques remarques, est celle des persécutés qui s'accusent eux-mêmes. Ce sont, pour la plupart, des héréditaires dégénérés, et spécialement des dégénérés génitaux. Ils présentent surtout des interprétations délirantes, sans hallucinations. Tout en s'avouant coupables, ils peuvent se montrer violents ; mais ils sont plutôt déprimés qu'agressifs. En l'absence d'hallucinations proprement dites, ils ont des troubles de la sensibilité générale. A un certain moment, l'apparition d'hallucinations psycho-motrices

est bientôt suivie de la double personnalité. Cette forme se rapproche de la mélancolie, avec laquelle elle ne doit pas être confondue.

Entre les orgueilleux et les humbles, on observe des nuances intermédiaires. Le D^r Séglas a rapporté l'histoire d'une aliénée qui a présenté tour à tour les deux formes mentales.

XII. — *L'accroissement prétendu de la folie en Irlande*; par le D^r Thos. Draps. — *L'accroissement de la folie en Irlande*; par le D^r D. Hack Tuke (numéro d'octobre). — M. Draps fait une constatation navrante pour son pays. L'Irlande est la seule contrée de l'Europe où l'accroissement apparent de la folie marche de pair avec une diminution de la population. Le fait est grave et justifie l'enquête à laquelle il s'est livré, en comparant la situation démographique de l'Irlande à celle de l'Angleterre. Dans ce travail, très documenté, il met en regard des chiffres fournis par M. Hack Tuke dans un récent mémoire, ceux qu'il a pu relever lui-même dans la statistique officielle de l'Irlande. Il a déterminé ainsi la mesure du mal, qu'il indique dans les lignes suivantes :

Le nombre des aliénés, certifiés ou non, est relativement plus élevé en Irlande, et les progrès de l'accroissement y ont été plus rapides. Il est beaucoup plus grand pour les certifiés; le fait est imputable, comme en Angleterre, aux transferts des malades non certifiés dans les asiles.

Depuis vingt ans, le rapport entre le nombre total des admissions et le chiffre de la population s'est élevé. La période pendant laquelle l'accroissement a été le plus fort est de 1875 à 1885, où la loi de capitation des quatre shillings a été mise en vigueur, facilitant l'admission dans les établissements. Avant 1881, le rapport est plus faible qu'en Angleterre; mais depuis cette année, il a progressé constamment, grâce aux réadmissions et aux transferts des workhouses, toujours plus nombreux.

Le rapport des premières admissions à la population augmente. Ce fait incontestable démontre que l'accroissement de la folie est réel. Il faut remarquer néanmoins que la moyenne de l'accroissement tend à diminuer. La différence entre l'Angleterre et l'Irlande n'est pas énorme, si l'on élimine les transferts des workhouses des statistiques irlandaises; le rapport des premières admissions à la population serait même, alors, plus faible en Irlande. M. Draps estime que la production de la folie est égale dans les deux pays.

Si la moyenne des guérisons est un peu plus élevée en Irlande, la moyenne des sorties avant guérison est plus forte en Angleterre. Aussi les tableaux semblent-ils établir que l'accumulation serait moins marquée dans ce dernier pays. Mais cette observation perd de sa portée si l'on note que les transferts sont inscrits avec les sorties ordinaires dans les statistiques anglaises.

La moyenne des décès dans les asiles d'Irlande est de beaucoup inférieure à celle des asiles anglais. La faible mortalité est la cause majeure de l'encombrement.

Un résultat paraît acquis : les cas de folie sont en progression en Irlande. Il est démontré par l'augmentation du chiffre des premières admissions. Mais la prépondérance de l'Irlande sur l'Angleterre n'est qu'une illusion de chiffres, due à l'abaissement de la mortalité et (peut être) à la diminution du chiffre des sorties avant guérison.

Quoi qu'il en soit, le mal existe, et M. Draps en trouve la source dans l'état social actuel. La vie tourmentée du siècle, la civilisation avec ses vices pèsent lourdement sur le système nerveux, dont les affections se développent avec plus d'intensité. Il accuse ensuite le tempérament irlandais, race passionnée, versatile, instable, victime facile du milieu où elle vit. Les inspecteurs incriminent l'hérédité, les mariages consanguins, le régime débilitant, l'abus des stimulants. Ces diverses influences ne doivent être admises qu'avec réserves. Celle de l'hérédité et des mariages consanguins n'est rien moins que démontrée. L'alcoolisme est plutôt en décroissance en Irlande. Le thé, dont les habitants font une consommation immodérée, n'agit pas directement sur la production de la folie ; mais il peut y conduire indirectement en prenant la place d'une alimentation saine et en provoquant l'hyperexcitation nerveuse. On a fait les reproches les plus amers à l'émigration ; elle ne les mérite pas. Sans doute, en éloignant du pays les individus robustes pour n'y laisser que les débiles, elle cause un préjudice réel à la population ; mais son action nocive a été exagérée en ce qui touche le développement de l'aliénation mentale.

— M. Hack Tuke a traité le même sujet ; ses chiffres sont très démonstratifs. Ils établissent, d'une part, l'augmentation énorme des premières admissions en Irlande, de l'autre, la décroissance extraordinaire de la population dans ce pays. Le savant directeur du *Mental Science*, s'attache à la détermination des causes. L'émigration l'occupe d'abord, et la sta-

tistique, ici, lui procure un argument saisissant. Cinq districts où, depuis vingt ans, l'émigration sévit avec force (Kerry, Longford, Leitrim, Clare et Sligo) fournissent une moyenne de 18.86 aliénés par 1,000 habitants. Cinq districts où l'émigration est faible (Down, Kildare, Louth, Wicklow et Dublin) n'ont que 8.12 aliénés pour 1,000 âmes de population.

Ces chiffres font ressortir jusqu'à l'évidence l'augmentation de la folie dans les districts où l'émigration est plus pratiquée.

L'émigration est provoquée par la pauvreté de la terre, qui est elle-même un facteur indirect de la folie, puisqu'elle voue les habitants à une existence misérable et précaire. En Irlande, comme en Angleterre, les aliénés se multiplient dans la classe pauvre. Les souffrances de l'agriculture, le régime alimentaire du peuple doivent être pris en considération. Il faut y joindre l'abus de l'alcool et surtout du thé que les familles pauvres, en Irlande, ont une tendance à substituer au lait et à la soupe, dans leur alimentation journalière.

XIII. — *Conseils relatifs à la prévention des désordres mentaux*; par le D^r Curwen (numéro d'octobre). — Le D^r Curwen a eu l'honneur de présider, l'an dernier, l'Association des aliénistes américains. Le morceau oratoire que nous avons sous les yeux est la péroraison du discours qu'il a prononcé devant ses collègues à l'occasion du jubilé annuel. Il y préconise, pour consolider la santé mentale des populations, les bienfaits d'une éducation rigide, les pratiques d'une hygiène rigoureuse qui doivent être imposées à toutes les classes de la société. Sa sollicitude s'étend jusqu'à la vie foetale. Des mères lui ont appris que certaines émotions ressenties pendant la grossesse avaient été fatales à leur enfant; il recommande aux femmes enceintes de se surveiller avec soin, pour éviter de transmettre leur nervosisme.

L'éducation comprend non seulement la culture des facultés qui rendent l'enfant capable de tenir sa place dans la vie, mais aussi, le contrôle des appétits, des passions, des émotions qui se font jour avec l'éclosion de l'intelligence. Apprendre à l'enfant à maîtriser ses passions, c'est assurer son avenir.

La fin du discours concerne l'assistance des aliénés et les hôpitaux qui leur sont affectés. Quelques chiffres sont intéressants à noter. En 1840, les Etats-Unis ont 17,669,453 habitants, 807,242 milles carrés de superficie et 21 hôpitaux d'aliénés. En 1890, on y compte 62,622,250 âmes, leur

superficie n'est pas moindre de 2,970,000 milles carrés, et le nombre de leur asile est de 125.

Le Dominion avait, en 1840, 1,000,000 d'habitants et un seul asile. En 1890, il compte 5,000,000 d'âmes de population et 10 hôpitaux d'aliénés.

Le mérite des progrès accomplis dans cette assistance revient à l'association des aliénistes. Il convient aussi de rendre justice au concours zélé des citoyens qui soutiennent le gouvernement de leur bourse et de leurs travaux.

XIV. — *De la folie morale et de ses rapports avec la criminologie*; par le professeur Benedickt. — *Besoin d'un arrangement pour les dégénérés*; par le D^r Jules Morel (n^o d'octobre). — Les théories nouvelles, qui confèrent l'irresponsabilité aux pervers et aux simples, ont trouvé un adversaire déclaré dans le professeur de Vienne. A l'expression « folie morale » il veut substituer celle de dépravation morale qu'il distingue en perversion morale (forme active) et insuffisance morale (forme passive). Il sépare les actes criminels qui sont le fruit d'une organisation anormale de ceux qui résultent d'un état morbide, où se combinent la perversion intellectuelle et les lésions des sens et de l'appareil moteur. Ces derniers seuls doivent être étudiés au point de vue pathologique; les autres n'ont qu'un intérêt social, et la prison leur convient.

La confusion de la folie avec la dépravation est un danger pour la société. M. Bénédickt formule les propositions suivantes :

La dépravation morale, congénitale ou acquise, n'est pas un motif d'acquiescement pour un criminel ou un vicieux.

L'acquiescement doit être accordé seulement lorsque les actes criminels ou vicieux sont le produit d'une folie véritable aiguë, chronique ou périodique.

La combinaison de la dépravation avec la faiblesse mentale ne doit pas entraîner l'acquiescement.

Pour les obsessions, M. Bénédickt fait une distinction entre les cas où l'acte impulsif, irrésistible, est une explosion non motivée, inattendue, et ceux où il est le fruit de l'exaltation passionnelle. Les premiers seulement auront le bénéfice de l'irresponsabilité.

Le célèbre aliéniste, dont les vues paraissent discutables, pense qu'il y aurait lieu de placer les individus anormaux, dangereux et ennemis de la loi, dans des institutions spéciales, après qu'ils auraient expié leurs méfaits.

— M. Jules Morel est pour la prophylaxie, et il vient recommander la création d'établissements pour les dégénérés avant le crime.

Il insiste sur l'infériorité mentale flagrante des jeunes délinquants qui encombrant les prisons et les maisons disciplinaires. Ils sont tous insuffisants ou mal équilibrés. Il trace un portrait fidèle du simple d'esprit, être inutile qui ne s'intéresse à rien. Indifférent aux abstractions, il est incapable d'un travail d'esprit et il a l'unique souci de ses appétits matériels. Vaniteux et plein de lui-même, il n'est pas, en réalité, indépendant, car il est toujours prêt à subir les suggestions, bonnes et mauvaises. Il est le jouet d'une instabilité mentale pleine de périls, qui s'exagère par les influences toxiques.

Tous les types qui répondent à ce signalement sont des psychopathes. Parmi eux sont les incorrigibles, réputés intelligents parmi le public, la police et les magistrats. Ils forment un groupe imposant dans la masse des délinquants d'habitude.

Ces individus ne sont ni aliénés ni complètement irresponsables. Leur place n'est pas à l'asile, où ils nuisent à leur voisinage. Elle n'est pas en prison, d'où ils sortent à l'expiration de leur peine. Des établissements spéciaux leur conviennent, où ils pourront suivre un traitement prophylactique dirigé contre leurs tendances dépravées.

Ces institutions pourraient recevoir les ivrognes, les nervosiques, les dégénérés psychopathes, tous les êtres anormaux et anti-sociaux. Leurs pensionnaires seraient classés par catégories, suivant leur degré d'intelligence et de sens moral. Ils subiraient, à certains jours, des examens médico-psychologiques qui constateraient leur aptitude à jouir de la liberté.

Cette innovation aurait pour premier effet utile de désencombrer les maisons d'arrêt. Au point de vue financier, elle se résout favorablement; car nombre de pensionnaires pourraient contribuer, par leur travail, à amoindrir les charges de l'Etat. Les autres ne les augmenteraient pas, puisqu'il faudrait toujours les entretenir dans un établissement d'assistance.

En somme, la création proposée offre des avantages sérieux. Par elle, la société se protège et diminue le crime. En prenant soin des dégénérés, elle obtient une décroissance dans la masse des vicieux, des vagabonds qui deviennent plus tard des habitués des geôles.

XV. — *Nécessité d'une législation sur le suicide; par*

M. Strahan (numéro d'octobre). — Quelques détails historiques sont à relever dans cette communication.

Au commencement du xvii^e siècle, les traitements révoltants qu'on infligeait aux cadavres des suicidés ont été remplacés par l'ensevelissement dans les carrefours, avec poteau indicateur. En 1823, une loi ordonnait leur inhumation dans les cimetières, entre neuf heures du soir et minuit, sans aucune cérémonie religieuse. Enfin un acte du Parlement, promulgué en 1882, a fait disparaître les dernières pratiques d'exception concernant les suicidés. Mais l'Eglise a maintenu son abstention.

La loi criminelle était très dure, autrefois, pour ces malheureux. En Angleterre et à Rome, leurs propriétés étaient confisquées.

Sous Henri III, leurs biens meubles et immeubles passaient à la couronne ou au seigneur. Cette rigueur fut plus tard abandonnée pour la propriété immobilière.

En 1870, le suicide a cessé d'être considéré comme crime de félonie. De nos jours, il est assimilé au meurtre ; ceux qui le favorisent ou le provoquent chez un autre doivent être poursuivis comme meurtriers.

Mais il ne faut pas confondre la lettre et l'esprit de la loi. Dans la pratique, ces idées ne sont plus admises ; suicidés et meurtriers comparaissent devant des juridictions différentes. La pénalité qui frappe les premiers est beaucoup moins sévère que celle qui atteint les criminels. De fait, la loi contre les suicidés est tombée en désuétude.

La constatation de ce fait, que le suicide n'est plus un crime aujourd'hui, conduit l'auteur de ce travail à souhaiter deux réformes : la première consiste à éliminer de la législation pénale l'acte du suicide, en ce qui concerne l'individu. Par la seconde, il propose que toute tentative de suicide, qu'elle ait abouti ou non, soit considérée comme une preuve évidente de folie dangereuse et comme un motif suffisant de séquestration.

XVI. — *Responsabilité criminelle des aliénés* ; par le D^r Oscar Hoods (numéro d'octobre). — Il y a une cinquantaine d'années fut jugée l'affaire Mac Naghten. Cet aliéné avait tué par erreur M. Drummond à la place de sir Robert Peel, et son acquittement eut pour corollaire un débat très vif au sein de la chambre des lords. Plusieurs questions furent posées aux juges et de leurs délibérations est sortie la formule de la responsabilité criminelle qui est appliquée dans le Royaume-Uni depuis un demi-siècle. La voici résumée :

1. L'accusé qui a commis un acte sous l'influence d'une conception délirante, pour redresser ou venger un grief ou une injure ou même pour amener un bienfait public, en est quand même responsable.

2. Pour établir une défense sur le terrain de la folie, il faut pouvoir démontrer que, au moment de l'accomplissement de l'acte, l'accusé était sous le coup d'une altération de sa raison, causée par une maladie de l'esprit qui le rendait incapable de connaître la nature de l'acte, ou, s'il la connaissait, de savoir si l'acte était coupable (distinction entre le bien et le mal).

3. L'existence de conceptions délirantes n'excuse pas le crime, à moins que le délire ne soit en relation directe avec l'acte. Exemple : l'homme se croit en légitime défense. Dans ce cas seulement, il n'est pas coupable.

Ces réponses des juges constituent le *criterium* qui a constamment servi de base, dans les assises, aux verdicts des jurés. M. Woods lui reproche de n'être point scientifique et d'être trop souvent la source de terribles iniquités.

Les magistrats le sentent si bien qu'ils y renoncent fréquemment. Cet article mentionne plusieurs de ces défaillances voulues, et notre confrère y ajoute deux faits tirés de sa propre observation. Il rapporte une troisième affaire avec détails, où la malheureuse formule a été posée avec insistance devant les jurés. L'accusé était d'une insuffisance mentale reconnue. C'était un jeune ecclésiastique, héréditaire excentrique et bizarre, offrant des lacunes dans son état psychique. Il avait tué sa mère sans motif, et le médecin l'avait déclaré irresponsable. Le savant juge avait cherché à mettre en garde les jurés contre les moyens de la défense, leur faisant remarquer que tous les signes de nervosité avaient été groupés, pièce à pièce, pour produire sur leur esprit une impression profonde. Puis il avait posé la question d'usage : « L'accusé savait-il qu'il faisait mal ? » Un verdict de culpabilité s'en était suivi ; mais l'accusé avait été recommandé, d'un avis unanime, à la clémence souveraine, à cause de sa faiblesse mentale.

M. Woods montre l'iniquité d'une telle procédure qui peut aboutir à la pendaison d'un innocent. Il demande qu'elle soit modifiée par l'application d'un *criterium* plus exact, qui servira de base à l'appréciation du jury. Pourquoi ne pas adopter la procédure proposée, en 1884, par sir Henry James, à la chambre des Communes, qui prescrit, dans les cas douteux, lorsque la folie est soupçonnée, de commettre des experts médicaux à

l'examen de l'accusé et de réunir tous les témoignages, favorables ou non, qui peuvent éclairer les juges ?

XVII. — *Les aliénés dans les workhouses* ; par le D^r Nolan (numéro d'octobre). — L'hospitalisation des aliénés dans les workhouses est sévèrement jugée dans ce mémoire. Quartiers encombrés, mal ventilés, sombres ; régime défectueux comme qualité, sinon comme quantité ; cours mal orientées et privées de soleil ; gardiens choisis souvent, sinon toujours, parmi les aliénés eux-mêmes, mauvaise tenue, défaut de classement de ces derniers — voilà bien des vices qui devraient entraîner la condamnation de cette assistance et qui justifient le souhait exprimé par M. Nolan de voir transférer les malades des workhouses dans les asiles. Il démontre, par un calcul de chiffres, que le projet n'est pas impraticable au point de vue économique.

XVIII. — *Législation des aliénés en Irlande* ; par le D^r John Eustace (numéro d'octobre). — Une commission d'enquête, nommé par le lord-lieutenant d'Irlande (1891), vient d'étudier le régime des aliénés. Elle a rédigé un rapport qui a été l'objet d'une critique éclairée de la part du lord chancelier, lord Ashbourne. Notre confrère le reprend à son tour pour le combattre. Il s'élève contre la prétention des commissaires de vouloir réformer la loi irlandaise d'après celle d'Ecosse. Les pratiques écossaises s'adaptent à l'administration d'Ecosse, mais ne sauraient s'implanter en Irlande.

Les rapporteurs attaquent la procédure des admissions qu'ils veulent voir identiques pour les riches et les déshérités. Si l'on met en regard les formalités exigées en Ecosse et en Irlande, on se convaincra que les Irlandais ne sont pas plus malheureux que leurs voisins.

En Irlande, l'admission des aliénés est soumise aux formalités suivantes : pour les pauvres, un certificat médical et un ordre du magistrat ; pour les payants, un second certificat est nécessaire. Dans les cas d'urgence, le directeur, le gouverneur du district et le médecin visiteur ont qualité pour ordonner le placement, sous réserve de la sanction du Comité des asiles, à sa plus prochaine réunion.

En Ecosse, le Directeur peut signer l'admission d'urgence ; cette mesure est valable pour trois jours, pour les pauvres comme pour les riches. Il peut aussi délivrer l'un des certificats exigés pour l'admission ordinaire des pauvres. On voit, par l'exposé qui précède, que l'internement des pauvres offre autant de garanties en Irlande qu'en Ecosse.

La loi irlandaise est moins sévère, il est vrai, pour l'admission dans les asiles privés. La délivrance des deux certificats médicaux et d'un ordre de placement suffisent pour obtenir la séquestration, à laquelle le magistrat demeure étranger.

En Ecosse, l'intervention du shériff est indispensable. Cette abstention du magistrat est aussi regrettable pour l'internement dans les workhouses, qui échappe au contrôle de l'autorité judiciaire.

Certaines mesures compensent, néanmoins, pour le placement des aliénés riches, cette lacune de la loi. Les Directeurs doivent informer dans les deux jours les inspecteurs de l'aliénation mentale. En outre, la loi de 1871 leur prescrit, avant sept jours, la rédaction d'un rapport circonstancié touchant les faits relatifs à l'identité et à la fortune des malades. Ce rapport est destiné à la Cour de la Chancellerie.

La Commission d'enquête a formulé deux vœux très légitimes : 1° que la Commission de contrôle des asiles soit reconstituée ; 2° que certains asiles soient affectés aux aliénés chroniques, conformément à la loi de 1845.

La création d'un conseil général de l'aliénation mentale paraît moins utile à M. Eustace, qui craint avec raison que, dans son pays, ce conseil ne remplace jamais l'action vigilante et tutélaire du lord chancelier. Ce haut personnage est investi de la juridiction supérieure de tous les aliénés, dont il protège à la fois les intérêts et la personne. Les rapporteurs se plaignent que l'inspection des aliénés est insuffisante. Elle le serait bien davantage le jour où l'action du lord chancelier serait amoindrie. Son administration tient avantageusement la place du *Board of Lunacy* écossais, et ses opérations sont plus expéditives. Il n'y a pas dans le système écossais d'officiers dont le rôle corresponde à celui des médecins visiteurs de la Chancellerie.

L'assistance libre des aliénés, telle qu'elle est pratiquée en Ecosse, est rejetée avec énergie par l'auteur de ce mémoire qui fait encore une critique acerbe des quartiers de workhouses. Il regarde comme dangereux de confier la surveillance des aliénés aux comités de paroisse.

En résumé, M. Eustace croit qu'on commettrait une erreur grave en voulant réformer la loi irlandaise d'après celle d'Ecosse. Une législation qui se rapprocherait de celle d'Angleterre (où existe la juridiction du lord chancelier) serait plus conforme aux besoins de l'Irlande.

XIX. — *Deux cas de folie avec goitre, traités par l'extrait*

de thyroïde; par le D^r Mac Chaughry (numéro d'octobre). — Deux femmes ont été soumises au traitement thyroïdien. La première est entrée à l'asile après une tentative d'incendie et de meurtre. A l'asile, elle est sombre, irritable, parfois violente, complètement indifférente à ce qui l'entoure. Elle présente un développement énorme du cou. Le traitement a été institué trois ans après l'admission. Dès le quinzième jour, on notait une amélioration dans l'état mental, et le cou avait diminué de volume. — Trois mois plus tard, la guérison était complète.

Le second cas est celui d'une persécutée qui s'est montrée violente envers son père et sa mère. Elle croit sa maison entourée d'hommes qui veulent, la nuit, pénétrer chez elle. A l'asile, elle présente une physionomie mentale semblable à la précédente. Elle est, comme l'autre malade, morose, triste et inabordable. Le traitement a été commencé le même jour, six mois après l'entrée. La santé physique s'est d'abord améliorée rapidement et l'on a constaté la perte de poids et la disparition du goitre. La malade est devenue douce, laborieuse, heureuse en apparence; mais elle est restée taciturne.

XX. — *Observations sur la pathologie de l'othématome*; par le docteur Edwin Goodall (numéro d'octobre). — L'origine bactériologique de l'hématome de l'oreille paraît établie par les recherches consignées dans cette note. Aucun des malades observés n'avait d'antécédent traumatique. L'examen microscopique du sang épanché a fait voir dans le liquide des staphylocoques, se présentant isolés et par groupes. L'auteur a reconnu les deux variétés; *S. pyogenes aureus* et *albus*. Dans un cas, il a pu cultiver ces organismes.

Le sang a été recueilli pour l'étude, dans les deux jours qui ont suivi l'apparition de la tumeur. Chez un seul malade, infecté d'ailleurs comme les autres, elle avait quinze jours d'existence. L'apparition des organismes se fait entre vingt-quatre et quarante-huit heures.

Leur présence presque constante dans la sérosité sanguinolente des hématomes a-t-elle une signification pathogénique? Notre confrère l'admet et remarque que cette opinion n'est pas incompatible avec le traumatisme. La même idée a été émise par un médecin italien, le D^r Pellizzi, qui, en 1891, avait déjà trouvé des streptocopes dans le liquide des tumeurs de l'oreille et avait attribué à ces tumeurs une origine infectieuse. M. Pellizzi traitait l'othématome par l'incision et les lotions au sublimé.

XXI. — *Les changements morbides dans le système nerveux cérébro-spinal des aliénés âgés*; par le D^r Alfred Campbell (numéro d'octobre). — L'asile du comté de Lancashire a fourni les éléments de cette étude qui embrasse une période de dix-huit ans et porte sur 50 sujets : 22 hommes et 28 femmes, âgés de soixante-sept à soixante-dix ans. Les différentes régions du système nerveux ont été soumises à un double examen macroscopique et microscopique. Résumons à grands traits ce travail consciencieux et considérable.

Encéphale (à l'œil nu). — La dure-mère offre de fréquentes adhérences avec le crâne ; elle est affaissée et plissée par suite du retrait du cerveau. L'hématome dure-mérien n'est pas rare (quatre cas). La sérosité arachnoïdienne est augmentée ; l'arachnoïde est opaque au niveau des sillons et des vaisseaux. Les corps de Pacchioni sont atrophiés. L'auteur a vu une hémorragie sous-arachnoïdienne. La pie-mère épaissie, infiltrée, se laisse déchirer facilement. Les membranes se détachent bien, mais elles entraînent parfois des fragments de substance grise ramollie. L'atrophie et la diminution du poids du cerveau sont constantes. Le poids moyen de l'encéphale a été de 1,329.8 grammes chez les hommes et de 1,213.5 grammes chez les femmes. La surface du cerveau est généralement ferme, parfois légèrement plissée, de couleur sale. L'écorce est mince, foncée, mal striée. La substance blanche, atrophiée et durcie, offre souvent de petits foyers sclérosés, vestiges d'hémorragies péri-vasculaires. L'état criblé des médecins français est produit par des dilatations péri-vasculaires. Il est commun chez les athéromateux et se voit principalement sur le trajet des artères lenticulo-striées et lenticulo-optiques, de l'artère du corps dentelé et des vaisseaux de la partie supérieure de la protubérance. En ces points, on découvre de petits foyers hémorragiques qui laissent après eux de petits kystes. Par ordre de fréquence, cette lésion s'observe au noyau lenticulaire, au noyau coudé et à la couche optique. Elle est propre à l'état sénile.

Les ventricules sont dilatés (*hydrocephalus ex vacuo*) ; l'épendyme est épaissi, rarement granuleux. Les plexus choroïdes sont vésiculeux, la glande pinéale infiltrée de sable. Le corps pituitaire est détruit dans sa moitié supérieure.

Il est à peine utile de mentionner les thromboses, les embolies et le ramollissement consécutif. Le ramollissement résultant de la stase veineuse, commun dans l'épilepsie, est rare chez les vieillards.

Encéphale (au microscope). — La pie-arachnoïde est épaissie et celluleuse. A la surface de l'écorce se voient de nombreux corps amylicés; ils sont surtout abondants sur la lame médullaire externe de la corne d'Ammon. Le premier feuillet de l'écorce est aminci, fibrillaire superficiellement et contient de nombreuses cellules araignées (Bewan Lewis) qui occupent de préférence la moitié extérieure de ce feuillet et le voisinage des sillons. Dans la démence sénile, ces éléments se distinguent de ceux qu'on trouve dans la paralysie générale, par leur petit volume et la faible coloration de leurs prolongements. Ils contiennent des grains de pigment jaune qui a pris la place du protoplasma disparu. Les cellules offrent la dégénération à tous les degrés. La pigmentation est la lésion micrographique dominante chez les vieillards.

Vu au microscope, l'état *criblé* est bien une dilatation péri-vasculaire, se présentant sous la forme d'une cavité remplie de pigment, de leucocytes et de débris (en français dans le texte). La paroi est formée de fibrilles et de cellules araignées. Ces dilatations sont le résultat de petites hémorragies qui ont désorganisé la substance cérébrale.

Moelle. — On a noté la diminution du diamètre et du poids. La pie-arachnoïde, épaissie, contient parfois des dépôts osseux. La sérosité est augmentée. Les lésions microscopiques sont diffuses. Dans la substance blanche, les fibres nerveuses sont dégénérées. Au niveau des racines, on découvre des espaces totalement dépourvus de fibres saines. Les cellules ganglionnaires des cornes antérieures et postérieures, celles des colonnes de Clarke sont le siège d'une pigmentation excessive. Les lésions habituelles des éléments cellulaires (état granuleux, vacuolaire, atrophie) sont rares. Dans toute la longueur de la moelle, les cordons sont envahis par une hyperplasie connective qui a détruit par compression un grand nombre de fibres saines. Cette lésion rappelle le *tabes*. Dans ces régions sclérosées, les vaisseaux ont leurs tuniques épaissies. De l'adventice, hypertrophiée, partent des tractus fibreux qui s'engagent à travers les tubes nerveux, en les comprimant plus ou moins. Les vaisseaux de la substance grise présentent la même altération. De nombreux corps amylicés se voient au voisinage de la scissure antérieure. L'épendyme est hypertrophié.

Nerfs périphériques. — Ils sont le siège d'une dégénération parenchymateuse aiguë. Un grand nombre de cylindres d'axe a disparu. Tous les faisceaux de fibres paraissent égale-

ment atteints. Les espaces où les fibres manquent sont remplis par une matière fibro-cellulaire. On y voit aussi des groupes de fibres de nouvelle formation, très fines, possédant un cylindre d'axe distinct et une délicate gaine de Swann. Ces éléments ont été regardés comme un produit de nature régressive et ont exercé la sagacité des pathologistes, qui leur ont attribué un rôle dans la genèse des tremblements morbides.

A la lésion du parenchyme s'ajoute une altération interstitielle ; le périnèvre et l'épinèvre sont épaissis et infiltrés de matière grasseuse. Leurs vaisseaux offrent une hypertrophie de l'adventice et de la tunique interne qui vient parfois obturer la lumière du vaisseau. Cette lésion entraîne indirectement la destruction des tubes nerveux et la transformation fibreuse de leur masse. Les nerfs sont plus altérés en approchant de la périphérie. Les nerfs vagues ont une tendance à être atteints les premiers, et sous ce rapport, la névrite sénile ressemble aux autres névrites, si bien connues de nos jours : alcoolique, diphthéritique, celle qui complique la paralysie générale.

XXII. — *Un cas de porencéphalie*; par le D^r Conolly Norman et le professeur Fraser (numéro d'octobre). — Cette observation, qui a été lue à l'assemblée annuelle de la Société médico-psychologique, emprunte un vif intérêt à cette circonstance que l'homme qui en fait l'objet n'était ni idiot ni infirme, et qu'il a pu vivre dans la société pendant quarante-deux ans. Il avait, dans l'asile, un délire de paranoïaque, croyait que son corps était plein de bêtes ; il était devenu persécuteur, ce qui l'avait fait séquestrer. Son langage n'était pas défectueux, et il marchait assez bien, malgré une atrophie du côté gauche, qu'on avait attribuée à une paralysie infantile. Il est mort de consommation huit mois après son entrée.

A l'autopsie, le crâne offrait une saillie anormale au niveau de la région pariétale gauche. Après l'ablation de la calotte osseuse, on voit, en ce point, la dure-mère proéminer fortement. L'incision de cette membrane donne issue à seize onces environ de sérosité limpide. On découvre alors une vaste cavité creusée aux dépens de la substance cérébrale. Son siège exact correspond à la scissure sylvienne et à l'insula. Elle est tapissée par une forte membrane qui s'unit en haut, au pourtour de l'ouverture, à la pie-arachnoïde, postérieurement à la tente du cervelet. En arrière, cette membrane forme une sorte de valvule qui rétrécit l'orifice. La cavité communique largement avec les ventricules et les espaces sous-arachnoïdiens.

La masse cérébrale détruite est considérable et comprend : une partie de la circonvolution orbitaire et de la troisième frontale, le tiers moyen des deux circonvolutions centrales, une bonne partie de la supra-marginale, le sommet des circonvolutions rétro-insulaires qui semblent décapitées, la partie antérieure de la seconde temporale.

Autour de l'orifice, le tissu nerveux est atrophié et condensé de manière à former un faux opercule. Vers les deux tiers antérieurs du lobe temporal se voit une ligne qui marque la séparation de l'épendyme ventriculaire et de la paroi membraneuse du sac. En dedans de cette ligne apparaît nettement la saillie de la corne d'Ammon, à travers le plancher de substance blanche qui est le vestige de la portion temporale de la couronne rayonnante.

Le lobe central du cerveau, sauf sa partie moyenne, qui correspond à l'espace perforé antérieur, a disparu. Les masses de substance grise appartenant au noyau strié sont très amoindries.

L'exploration des ventricules permet de constater, avec la conservation presque intégrale du corps calleux, l'absence du *septum lucidum*. On note l'atrophie de la voûte à trois piliers et de l'hippocampe. L'examen de la base du cerveau montre la déviation avec atrophie des pédoncules du pont de Varole, du cervelet et de la moelle à gauche. Du même côté, la bandelette optique est réduite à un simple filet. Les nerfs crâniens, de la troisième à la douzième paire, sont plus gros qu'à l'état normal.

La couche optique gauche est très entamée ; le pulvinar a presque disparu ; les corps genouillés n'existent pas. Les tubercules quadrijumeaux antérieurs sont déformés.

De belles planches en dessin et photographie, représentant sous ces divers aspects cette curieuse pièce tératologique, ont été mis sous les yeux de la société. Elles éclairent admirablement la démonstration savante du professeur Fraser, dont le résumé concis qui précède ne pourra donner qu'une idée bien incomplète.

XXIII. — *Sur les lésions microscopiques trouvées dans le cerveau des aliénés : démonstration* ; par les D^{rs} Clouston, Middlemans et W. Robertson (numéro d'octobre). — Ces médecins ont présenté à leurs collègues 53 coupes microscopiques et 63 micro-photographies (projections).

Les organes suivants : dure-mère, pie-arachnoïde, vaisseaux, névroglie, cellules et fibres nerveuses, qui font l'objet de ces préparations, ont été pris à de nombreux aliénés présentant

diverses formes mentales. Le but de ces recherches est l'interprétation clinique des lésions et leur valeur diagnostique, qu'on pourra déduire, à la rigueur, de la présence constante de certains changements dans les mêmes formes mentales. C'est ce qu'ont fait les auteurs. Nous reproduisons les parties essentielles de leur travail, sans rien changer à la forme coupée, mais très claire qu'ils lui ont donnée.

Paralyse générale. — Épaississement de la pie-arachnoïde, infiltrée de cellules rondes, nombreuses cellules-araignées sous-jacentes, prolifération des noyaux. Dans la pie-mère et le premier feuillet de l'écorce, les parois des vaisseaux contiennent de nombreuses cellules araignées dont les prolongements forment un réseau dense autour des vaisseaux.

Épaississement des capillaires de la substance grise, épaississement des artères qui montrent une grande abondance de cellules rondes dans l'adventice, dont les contours sont irréguliers. De nombreux prolongements de cellules-araignées s'y attachent. Cellules nerveuses altérées et plus ou moins pigmentées, nerfs périphériques dégénérés.

Folie alcoolique. — Infiltration dense et épaississement de la pie-arachnoïde. Aspect feutré de la couche sous-jacente, nombreux corps colloïdes et nombreuses cellules-araignées dans le premier feuillet de l'écorce, artères corticales à parois épaissies contenant des amas de cellules rondes, cellules-araignées dans le feuillet le plus profond de l'écorce, cellules nerveuses affectées de la dégénération granuleuse.

Idiotie épileptique. — Cellules nerveuses de l'âge foetal reconnaissables à leurs noyaux volumineux et fortement colorés, entourés d'un protoplasme granuleux.

Folie sénile. — Petits foyers de ramollissement de l'écorce, entourés d'une zone de cellules-araignées hypertrophiées, épaississement de la pie-mère, qui contient de nombreux corps colloïdes — feutrage sous pie-mérien — dégénération pigmentaire avancée des cellules de la région corticale.

Manie puerpérale aiguë. — Dégénération des cellules de l'écorce affectant le protoplasme et les prolongements, état vacuolaire des noyaux.

Manie chronique. — Excès apparent de pigment dans les corps cellulaires.

Folie désillusionnelle ou hallucinations de l'ouïe. — Dégénération granuleuse avancée des cellules de la première circonvolution temporo-sphénoïdale (centre auditif) (une préparation).

Démence secondaire. — Cellules dégénérées, déformées, contractées, ayant perdu leurs prolongements, protoplasme et noyau se colorant faiblement et irrégulièrement (une préparation).

Mélancolie viscérale. — Cellules du ganglion semi-lunaire à protoplasma dégénéré, chargé de pigment (une préparation).

XXIV. — *Sur les constituants normaux d'une circonvolution. Effets de la stimulation et de la fatigue sur les cellules nerveuses : démonstration ;* par le D^r Batty Tuke (numéro d'octobre). — Ce chapitre est une apologie admirative des nouvelles méthodes de technique microscopique trouvées par Golgi, Ramon y Cajal. Grâce à elles, on a pu déterminer le rôle fonctionnel des cellules cérébrales et leur assigner deux sortes de prolongements protoplasmiques. Tandis que les premiers se divisent et envoient de nombreux rameaux à angle droit, les seconds se revêtent d'une « mousse » touffue, destinée à étendre leur surface chez les aliénés chroniques, les prolongements protoplasmiques sont plus ou moins dénudés. Suivant Ramon y Cajal, qui a perfectionné la méthode de Golgi, les prolongements cellulaires du feuillet externe ou moléculaire, ceux de la zone pyramidale et ceux du feuillet inférieur ou polymorphe, ont une disposition différente. Les premiers se dirigent horizontalement, surtout dans le sens antéro-postérieur, sans jamais descendre. Le prolongement cylindraxile des cellules pyramidales communique directement avec une fibre de projection, tandis que les prolongements apicaux des mêmes cellules gagnent la surface du cerveau. Enfin les pôles des grandes cellules de la couche polymorphe ne dépassent jamais la zone pyramidale. Chaque zone paraît avoir des fonctions distinctes.

La démonstration qui a suivi sur les effets de la stimulation et de la fatigue sur les cellules ganglionnaires et cérébrales n'est pas insérée dans le *Mental Science* qui renvoie le lecteur aux leçons de M. Batty Tuke publiées dans le *Journal médical d'Edimbourg*.

XXV. — *De quelques-uns des nouveaux aspects de la pathologie de l'aliénation mentale ; démonstration avec spécimens préparés ;* par le D^r Lhoyd Andriezen (numéro d'octobre). C'est encore sur les récentes conquêtes de l'histologie et sur les magnifiques aperçus qu'elles découvrent aux philosophes et aux savants que s'étend M. Andriezen, qui cherche dans la structure et le fonctionnement de la cellule cérébrale la clef de cer-

tains phénomènes pathologiques. Il pose d'abord quelques préliminaires d'anatomie, en insistant sur la doctrine du neurone, fondement de toute action nerveuse. Il donne un coup d'œil rapide à la structure des centres, à la disposition des feuillettes de l'écorce, puis aborde le sujet principal de son étude.

Prenant l'excitation nerveuse au moment où elle arrive à la surface du cerveau par les voies sensorielles (olfactive, optique, gustative, etc.), il la montre se répandant à travers les couches moléculaire et sous-moléculaire, où elle affecte deux sortes d'éléments, les ambigus et les longues pyramides. Ces éléments sont alors le siège d'une tension et d'une décharge. Ces états successifs constituent l'activité nerveuse, qui a toujours son accompagnement psychique : une sensation. Elle varie de nature suivant les centres affectés et les organes périphériques qui leur sont connexes, et elle sera visuelle, tactile, gustative, olfactive, auditive, kinesthétique. L'excitation d'une aire corticale et la sensation correspondante sont deux phénomènes inséparables en neurologie.

La doctrine déjà ancienne d'Huglings Jackson sur l'épilepsie a été le point de départ d'une série de belles découvertes, auxquelles la science française a pris une large part, sur les localisations du cerveau. Aux centres dits moteurs, si bien étudiés par Ferrier, Charcot et Pitres, etc., sont venus s'ajouter d'autres aires cérébrales représentant des localisations sensorielles. Or, dans l'épilepsie jacksonnienne, l'accompagnement psychique du trouble moteur est une sensation cutanée, rapportée au point de la périphérie qui correspond au centre excité. Lorsque l'excitation du cerveau dépasse une certaine limite, la décharge s'étend à un groupe de muscles, en suivant les faisceaux du bulbe et de la moelle.

Qu'on suppose une décharge ayant son siège dans une aire cérébrale sensorielle, son accompagnement psychique sera une hallucination du sens excité : goût, odorat, ouïe.

On peut donc admettre non seulement une épilepsie kinesthétique (motrice), mais des épilepsies gustative, olfactive, auditive, etc. L'auteur y ajoute une épilepsie psychique se manifestant sous la forme d'un trouble mental modéré (égarement, perte subite de mémoire, stupidité, état de rêve, réminiscence d'autres idées) ou sous la forme d'une excitation plus sérieuse, maniaque, violente, furieuse, capable de porter le malade à l'homicide ou au suicide. Ces symptômes sont l'expression d'une décharge localisée dans les régions élevées du cerveau. La

découverte du siège de cette épilepsie fera honneur aux savants de l'avenir.

En attendant, les données que nous possédons aujourd'hui sur les fonctions et la vie des cellules cérébrales rendent possibles l'interprétation pathogénique de certains états morbides. M. Andriezen cherche à le démontrer en prenant pour type la folie alcoolique chronique. Elle offre le syndrome suivant : amnésie, incapacité d'attention, fatigue aisément produite, insomnie, faiblesse musculaire et tremblement, qui peut être expliqué par les altérations révélées par le microscope.

Il met en évidence, en effet, l'altération et la destruction des prolongements nerveux nus dans le feuillet moléculaire et le gonflement avec ramollissement des fins granules protoplasmiques dans le quart superficiel de l'écorce. C'est ce que notre auteur appelle les changements dynamiques, parce qu'ils n'affectent que les fibres d'association de neurone à neurone.

En même temps la cellule et son noyau sont le siège d'altérations nutritives. Enfin les appareils de nutrition (vaisseaux, système lymphatique) et de protection (névroglie) sont impliqués dans le processus morbide.

L'interprétation des symptômes se déduit aisément de ces conditions anatomiques. Aux lésions des plexus nervo-protoplasmiques se rapportent la diminution de la sensibilité. Ces lésions rendent compte aussi du ralentissement dans la transmission des excitations d'une aire cérébrale à une autre, de l'amnésie, de la réaction retardée.

Les modifications nutritives ne sont pas moins intéressantes à étudier. Les altérations des cellules, qui en sont la base, sont identiques à celles que M. Batty Tuke a provoquées chez les animaux en stimulant sans relâche leurs cellules nerveuses pendant dix-huit heures. L'état ainsi obtenu est appelé par ce médecin le quatrième degré de la dénutrition expérimentale. A ce moment, le protoplasma cellulaire est tellement altéré que le pouvoir réparateur de la cellule est très compromis. Cette condition produit l'insomnie chronique. Un changement plus accentué fait naître un délire tranquille. L'insomnie avec délire caractérise l'alcoolisme chronique. Si la stimulation continue, la tension nerveuse s'affaiblit. Cet affaiblissement est la condition nerveuse dont l'accompagnement psychique est la sensation de fatigue (Mercier). Tandis que, chez l'homme sain, la cellule peut se reconstituer par le sommeil et le repos mental, l'alcoolique est sous le coup d'une excitation morbide entretenue par

le poison. L'altération cellulaire devient irrémédiable et l'épuisement nerveux, avec affaissement complet, est la conséquence forcée de cette stimulation incessante.

Le tableau pathologique de la folie alcoolique chronique a donc un fondement matériel dans les changements nutritifs et dynamiques qui affectent la région corticale du cerveau.

L'auteur ajoute une remarque très judicieuse. Ces insomnies rebelles, ces attaques de délire ou dépression avec confusion mentale apparaissent au début d'autres aliénations que la folie alcoolique; ces vésanies s'appuient sans doute sur un substratum semblable. Cette vue lui en suggère une autre d'une portée plus saisissante : c'est que le groupe des vésanies purement fonctionnelles n'existe pas et doit être, un jour, supprimé de la nosologie.

D^r PONS.

BIBLIOGRAPHIE

Vorlesungen über den Bau der nervösen Centralorgane des Menschen und der Thiere für Aerzte und Studierende (Leçons sur la structure des organes du système nerveux central de l'homme et des animaux. Pour les médecins et les étudiants); par le prof. D^r L. Edinger, 5^e édit., avec 258 figures. Leipzig, Vogel, 1896.

La cinquième édition de ce livre diffère assez des quatre premières pour qu'il soit nécessaire de la signaler d'une manière toute spéciale. C'est le propre de pareils écrits de suivre les progrès de la science, et souvent de les devancer, quand l'auteur n'est pas seulement un érudit, mais un savant et un penseur. Les anatomistes et les physiologistes, autant que les aliénistes, les neurologistes et les psychologues, ont souvent admiré, dans les dernières éditions de ce livre, la sûreté et l'étendue des connaissances d'Edinger. Mais peut-être n'a-t-on pas encore rendu pleine justice à l'originalité des vues de cet auteur, surtout en matière d'anatomie comparée. Ces *Leçons*, qui restent un des meilleurs répertoires de faits sur l'histoire et les méthodes de l'étude du système nerveux central, sur l'embryologie et l'histologie du névraxe, sur l'anatomie tout entière de la moelle épinière et du cerveau, me paraissent surtout remarquables au point de vue de l'anatomie comparée. Toutefois, le cerveau des mammifères, et particulièrement celui de l'homme, demeure la partie la plus étendue de ce livre, destiné comme à l'origine aux médecins et aux psychologues. Connaître le cerveau, le connaître toujours mieux, voilà bien la fin de toute science de l'homme. Entre beaucoup d'additions nouvelles, nous signalons une série complète de coupes du cerveau qui, dit Edinger lui-même, « serviront à l'étude des dissections ». La physiologie occupe aussi une plus grande place dans cette édition que dans les précédentes. Mais c'est dans la seconde partie du livre qu'est tout Edinger.

S'appuyant sur ses recherches originales d'anatomie comparée, poursuivies depuis plus de dix ans, Edinger résume tout ce qu'il est possible de savoir et d'écrire aujourd'hui avec

quelque sûreté touchant la structure et le développement du système nerveux central dans toute la série des vertébrés. Pour le détail des faits, on peut recourir aux mémoires spéciaux publiés par ce savant. Mais il a surtout eu à cœur ici « d'illustrer » son sujet : une centaine de figures nouvelles sont consacrées à la seule anatomie comparée. Surprendre, comme à l'état naissant, les premières formes organiques des fonctions primordiales de la vie psychique, suivre leurs variations au cours de l'évolution des espèces dans le temps et dans l'espace, voilà la pensée mère d'où tout ce grand labeur est sorti. Voici comment raisonne Edinger : Chez tous les vertébrés, un certain nombre de dispositions anatomiques doivent se retrouver toujours les mêmes : ce sont celles sans lesquelles les manifestations les plus élémentaires de l'activité du système nerveux ne sauraient exister. Il faut découvrir le vertébré ou noter au passage le moment du développement d'un vertébré où quelque'un de ces mécanismes se montre avec une simplicité si grande qu'on en puisse clairement saisir la nature. Il suffit d'avoir une fois constaté chez un animal l'existence d'une disposition anatomique de ce genre, celle d'un faisceau nerveux, d'un ganglion, pour qu'il devienne possible de déceler et de retrouver, sous les complications ultérieures, que les temps et les milieux apportent aux organismes, cette structure élémentaire, devenue plus ou moins fruste ou effacée. La découverte de ces grandes lignes maîtresses, en quelque sorte, de l'architecture du névraxe, voilà l'œuvre capitale, le but le plus élevé de l'anatomie du cerveau. Dès que nous les connaissons, la structure, et partant les fonctions, si extraordinairement obscures et complexes de cet organe, s'éclairent et deviennent intelligibles.

Jules SOURY.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

- Recherches sur les urines à la deuxième période de la paralysie générale; par le D^r H. Rieder, ancien interne des asiles de la Seine. 96 pages in-8°. Paris, G. Steinheil, 1895.
- Hypochondrie; par le D^r Ziehen, d'Iéna. 11 pages in-8°. Extrait de la *Real-Encyclopädie der gesamten Heilkunde*. Urban et Schwarzenberg. Vienne, s. d.
- Les mystères de la suggestion. À propos de la cure

merveilleuse du professeur Dorobetz; par J.-P. Durand (de Gros). 22 pages in-8°. Extrait de la *Revue de l'hypnotisme*. Paris. Félix Alcan, 1896.

— Hystérie; par le professeur Th. Ziehen, d'Iéna. 90 pages in-8°. Extrait de la *Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde*. Vienne. Urban et Schwarzenberg, s. d.

— La terminaison corticale du faisceau latéral pédonculaire (faisceau de Turck); par le D^r J. Van Brero. 18 pages in-8° avec planche. Extrait de la *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*. Paris, s. d.

— Vorlesungen über den Bau des nervösen Centralorgane des Menschen und der Thiere. Für Aerzte und Studirenden (Leçons sur la structure des centres nerveux de l'homme et des animaux. Pour médecins et étudiants); par le professeur Ludwig Edinger, médecin à Frankfort-sur-le-Mein. 1 vol. in-8° de 386 pages avec 258 gravures. Leipzig, F.-C.-W. Vogel, 1896.

— Dans les temples de l'Himalaya; par A. Van der Nailen. Traduit par le D^r Daniel, licencié ès sciences physiques. 1 vol. in-12 de 350 pages. Paris, Leymarie, 1896.

— Jahresbericht der niederösterreichischen Landes-Irrenanstalten Wien, Ybbs, Klosterneuburg und Kierling-Gugging, der niederösterreichischen Landes-Irrenzweiganstalt in Langenlois sowie die sonstigen Anstalten zur Unterbringung Geistesgestörter niederösterreichischen Landespfleglinge pro 1894-1895. Ausgegeben vom niederösterreichischen Landesauschusse (Rapport annuel des asiles d'aliénés provinciaux de la Basse-Autriche, de Vienne, Ybbs, Klosterneuburg et Kierling-Gugging, de l'asile d'aliénés provincial annexe de Langenlois ainsi que des autres établissements pour le placement des aliénés à la charge de la province de la Basse-Autriche pour 1894-1895, publié par la Diète de la Basse-Autriche). 166 pages in-4° avec planche. Vienne, 1895.

— Le spiritisme et l'anarchie devant la science et la philosophie; par J. Bouvery. 1 vol. in-8° de 464 pages. Paris, Chamuel, 1897.

— Der 4 internationale Congress für Criminal-anthropologie in Genf. 24-29 August 1896 (Le quatrième Congrès international d'anthropologie criminelle à Genève. 24-29 août 1896); par le D^r Näcke, d'Hubertusburg. 2 pages in-8°. Extrait du *Neurologisches Centralblatt*, 1896, n° 18.

— Doppio omicidio da epilessia psichica (Double homicide dans l'épilepsie psychique); par le D^r Codeluppi. 6 pages in-8°. Extrait de l'*Archivio di psichiatria, scienze penali, etc.*



VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Bureau pour 1897

La Société médico-psychologique a procédé, dans sa séance du 28 décembre 1896, au renouvellement de son Bureau pour l'année 1897.

Ont été élus :

Président : M. PAUL GARNIER ;

Vice-président : M. MEURIOT ;

Secrétaire général : M. RITTI ;

Secrétaires annuels : MM. SEMELAIGNE et SOLLIER ;

Trésorier : M. JULES VOISIN.

LISTE DES MEMBRES

MEMBRES HONORAIRES

- DAGONET (H.), médecin en chef honoraire des asiles de la Seine, 1, rue Cabanis. — 22 février 1858.
- 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.*
- LUIYS (Jules), médecin honoraire des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine, 20, rue de Grenelle. — 18 décembre 1865.
- 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.
- ROUSSELIN, ancien inspecteur des asiles d'aliénés, 8, rue de la Rochelle, Elbeuf (Seine-Inférieure). — 27 février 1865.

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.
- DUBUISSON (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.
- FEBVRÉ, 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, 186, rue de Rivoli. — 25 mai 1891.
- KLIPPEL, médecin des hôpitaux, 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 1883.
- 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 Berton, 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, médecin-adjoint de l'asile de Villejuif (Seine). — 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.
- RAYMOND (F.), professeur à la Faculté de médecine, 156, boulevard Haussmann. — 30 novembre 1896.
- RITTI (Ant.), médecin de la maison nationale de Charenton, Saint-Maurice (Seine). — 27 mars 1876.
- ROUBINOVITCH (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.
- SAURY (H.), médecin, 15, rue de Londres. — 22 février 1886.
- SÉGLAS (J.), médecin-adjoint de la Salpêtrière, 96, rue de Rennes. — 28 juillet 1884.
- SEMELAINNE, médecin-directeur de la maison de santé, château de Saint-James, avenue de Madrid, Neuilly (Seine). — 10 novembre 1862.
- SEMELAINNE (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), médecin-directeur de la maison de santé, 130, rue de la Glacière. — 25 mai 1891.
- TAGUET, médecin en chef de l'asile de Vaucluse, par Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise). — 15 novembre 1875.
- TAULE, directeur de l'asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis. — 31 janvier 1887.
- TOULOUSE, médecin-adjoint de l'asile Sainte-Anne, chef de la

- clinique des maladies mentales, 112, boulevard Arago. — 27 *juin* 1892.
 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). — 25 *mai* 1891.
 BIAUTE, médecin en chef de l'asile d'aliénés, Nantes (Loire-Inférieure). — 28 *juin* 1880.
 BLAISE, médecin, 69, boulevard Magenta, — 28 *janvier* 1889.
 BOETEAU, médecin, 18, rue de Chanzy, Le Mans (Sarthe). — 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.
 CAMUSET (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.), directeur-médecin de l'asile de Beauregard, près 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.
- DARIN (Henry), ancien interne des asiles de la Seine. — 1^{er} juin 1896.
- 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.
- GODFERNAUX, docteur ès lettres, professeur de l'Université. — 24 février 1896.
- 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-directeur de l'asile de 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 1886.
- LARROUSSINIE, médecin de la maison de santé, le Bouscat, près Bordeaux (Gironde). — 24 juillet 1893.
- LAURENT (Armand), ancien médecin en chef des asiles d'aliénés, médecin chef de l'Hôtel-Dieu, rue Jeanne-d'Arc, Rouen (Seine-Inférieure). — 28 juillet 1862.
- 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 hydrothérapique, 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.
- PITRES, doyen de la Faculté de médecine, 119, cours d'Alsace-et-Lorraine, Bordeaux. — 30 *novembre* 1896.
- PEÓN, 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.
- SAINT-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.
- TEILLEUX, médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés, le Mans (Sarthe). — 31 *décembre* 1855.
- THIVET, médecin-adjoint de l'asile de Quatre-Mares (Seine-Inférieure). — 31 *mars* 1890.

- TISSÉ (Ph.), médecin, 95, rue Fondaudège, Bordeaux (Gironde). — 25 novembre 1895.
 TRENEL, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Yon (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.
 NÆCKE (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 Lindenhof-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 psychiâtrie à la Faculté de médecine, directeur de l'asile d'aliénés, Marburg (Hesse-Cassel). — 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, Grangegorman, Dublin (Irlande). — 26 novembre 1894.
 FLETCHER BEACH, Winchester House, Kingston 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, Gunsreen, 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-Margared's Road, Edimbourg. —
- URQUHART, médecin-directeur de « James Murray's Royal Asylum, Perth (Ecosse). — 26 *décembre* 1892.

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-Dœbling, près Vienne. — 26 *novembre* 1883.
- PICK (Arnold), professeur de psychiâtrie à l'Université de Prague (Bohême). — 24 *novembre* 1884.
- SALGO, médecin de l'asile d'aliénés de Lipometzo, Budapesth (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. — 30 novembre 1874.

PEETERS, médecin-directeur de la colonie de Gheel. — 29 octobre 1883.

VAN DEN ABBELE, 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-LETTE, 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.

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.

ECHVERRIA, 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 Dromocaitis, 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.
 CASCELLA (Francesco), médecin du manicomie d'Aversa. — 30 *mars* 1896.
 FRIGERIO, médecin-directeur de l'asile d'aliénés d'Alexandrie. — 26 *novembre* 1883.
 FOCHI (Camille), médecin du manicomie de Colorno. — 28 *juillet* 1884.
 FUNAIOLI, professeur de psychiatrie à l'Université, directeur du manicomie de Sienna. — 29 *avril* 1878.

- GIACCHI, médecin-directeur du manicomio 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'Ancone. — 27 mars 1882.
- SANNICOLA, médecin, Aversa. — 25 mai 1868.
- SEPPILLI, médecin-directeur du manicomio de Brescia. — 27 mars 1882.
- STACCHINI, vice-directeur du manicomio de Florence. — 30 juillet 1877.
- TAMBURINI, directeur du manicomio de Reggio-Emilia, professeur de clinique psychiatrique à l'Université de Modène. — 24 juin 1878.
- TONINO, médecin-directeur de la maison de santé Colombo, à Milan. — 26 mars 1866.
- VENTURI (Silvio), médecin du manicomio provincial de Catanzaro, à Girifalco. — 26 novembre 1888.
- VIRGILIO, médecin-directeur du manicomio d'Aversa. — 28 novembre 1881.

LUXEMBOURG (GRAND-DUCHÉ DE).

- BUFFET, médecin en chef de l'asile d'Ettelbrück. — 27 janvier 1896.

PORTUGAL.

- 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 E LEMOS (DE), médecin de l'asile d'aliénés de Porto. — 31 mars 1884.

RÉPUBLIQUE ARGENTINE.

- CABRED (Domingo), médecin à l'hospice de las Mercedes, 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.
 BERNSTEIN (A.), médecin de la Clinique psychiatrique de Moscou. — 30 novembre 1896.
 DANILLO, médecin, Saint-Pétersbourg. — 11 décembre 1882.
 DEKTEREW (W.), médecin des maladies mentales et nerveuses, Saint-Pétersbourg. — 11 novembre 1889.
 GORSKY (M^{me} DE). — 29 octobre 1888.
 HERZOG, médecin, Saint-Pétersbourg. — 13 avril 1863.
 JACOBY (Paul), médecin, Moscou. — 26 décembre 1881.
 KORSAKOFF, privat-docent à l'Université de Moscou. — 11 novembre 1889.
 KOWALEWSKI, professeur à l'Université de Kharkoff. — 31 mai 1886.
 MIERZEJEWSKI, professeur de la clinique des maladies mentales à l'Académie médico-chirurgicale, Saint-Pétersbourg. — 28 octobre 1878.
 POPOFF, professeur à l'Université de Varsovie. — 29 octobre 1888.
 ROTHE, médecin, Varsovie. — 30 avril 1877.
 SOUKHANOFF, médecin de la clinique psychiatrique de Moscou. — 27 juillet 1896.
 SKWORTZOFF (M^{lle} 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.

- BECKHOLM, médecin-adjoint de l'asile de Bergen. — 28 décembre 1896.
 BERLINY, médecin, à Malmö.
 BJOLSTROM, professeur de psychiatrie de l'Université de Stockholm. — 27 octobre 1884.
 LINDBOE, médecin en chef de l'asile de Ganstad, près Christiania. — 29 décembre 1874.
 PLATOU, médecin en chef de l'asile d'Eg, près de 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 Corrairie, 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	9
— titulaires.	45
— correspondants	88
— associés étrangers.	125
	<hr/>
Total.	267

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

— *Arrêté du 10 octobre 1896* : M. le D^r TOULOUSE, médecin-adjoint de l'asile Sainte-Anne, est promu à la classe exceptionnelle de son grade (4,000 fr.), pour prendre rang à partir du 1^{er} octobre 1896 ;

M. le D^r BERBEZ, médecin-adjoint de l'asile de Dury (Somme), est promu à la 1^{re} classe de son grade (3,000 fr.), pour prendre rang à partir du 1^{er} octobre 1896.

— *Arrêté du 30 octobre 1896* : M. le D^r CHAUSSINAND, directeur-médecin de l'asile de Saint-Dizier (Haute-Marne), est promu à la 2^e classe de son grade (6,000 fr.), pour prendre rang à partir du 10 novembre 1896.

JUBILÉ THÉOPHILE ROUSSEL

Le dimanche 20 décembre 1896, à une heure, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, a été célébré le jubilé des quatre-vingts ans de M. Théophile Roussel, sénateur, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine. On peut dire que cette

belle fête était celle de la bienfaisance; personne n'ignore les services signalés rendus par notre éminent collègue par les lois qu'il a fait voter sur la protection des enfants du premier âge, sur la protection des enfants moralement abandonnés, etc. Cette solennité, présidée par M. Barthou, ministre de l'intérieur, peut donc être considérée comme un acte de reconnaissance publique et nationale, auquel se sont associés l'Institut, l'Académie de médecine, de nombreuses sociétés savantes et de bienfaisance, la jeunesse des écoles, des délégations étrangères, etc.

La Société médico-psychologique a tenu à prendre part à cette fête donnée à son illustre doyen. Elle y était représentée officiellement par le Bureau; mais la plupart des membres y assistaient, voulant donner ainsi à leur collègue un témoignage de leur profonde admiration.

M. Ritti, secrétaire général, a déposé, au nom de la Société, l'adresse suivante :

« Vénéré Maître et Collègue,

« La Société médico-psychologique, que vous avez présidée en 1892, dont vous êtes le doyen, est heureuse de s'associer à cette grande et belle solennité, qui consacre dignement l'élévation et la noblesse d'une longue existence dévouée tout entière à la recherche du vrai et à la pratique du bien.

« Par cette union intime d'une constante bienfaisance et d'un savoir profond, vous avez prouvé que la science, loin de dessécher le cœur, est son guide le plus éclairé, sa meilleure inspiratrice pour résoudre ces hautes et délicates questions de morale sociale, honneur et tourment de notre époque.

« En vous aidant de ces deux forces vivifiantes : la science et la bienfaisance, vous avez jeté les fondements, élevé même les principales parties de ce monument grandiose et durable, qu'il vous sera donné de terminer; le code de l'assistance publique, qu'on appellera un jour le code Théophile Roussel, parce qu'il est imprégné de votre ardent amour de la justice et de l'humanité.

« Un des titres de ce code — non le moins important — est celui relatif aux aliénés. Après les enfants en bas âge, votre sollicitude, toujours en éveil, lorsqu'il s'agit de misères à secourir, s'est portée sur ces malheureux blessés de l'intelligence. Certes leur sort s'est considérablement amélioré depuis cent ans, depuis, surtout, la loi du 30 juin 1838, qu'on peut appeler justement la charte de l'aliéné. Mais comme, surtout dans les questions d'assistance publique, rien n'est fait tant qu'il reste quelque chose à faire, vous avez jugé, et avec raison, que cette

charte, quelque parfaite qu'elle soit, devait être revisée sur quelques points, complétée sur beaucoup d'autres ; et alors, vous avez fait appel aux lumières de tous les hommes compétents, visité la plupart de nos asiles, étudié les législations étrangères, parcouru les pays les plus réputés pour leurs établissements spéciaux. De cette enquête minutieuse, dirigée par l'esprit scientifique le plus précis, en même temps que le plus élevé, est née une de ces œuvres qui font époque dans une spécialité. Elle vous donne rang, vénéré Maître, dans cette admirable phalange de savants aux sentiments généreux qui, depuis notre grande Révolution, ont demandé, réclamé même, pour les aliénés, toujours plus de justice, toujours plus d'humanité ; votre place est à la suite des Pinel, des Esquirol, des Falret, des Ferrus, des Parhappe, des Baillarger, de tant d'autres qui ont mis au service de la plus pitoyable des infortunes, le savoir le plus étendu, le meilleur de leur cœur.

« Honneur vous soit rendu pour cette œuvre de progrès ! Puissiez-vous voir le couronnement de ce bel édifice ! Puissent ceux qui vous aideront dans cette grande tâche, s'inspirer de votre largeur de vues, de votre science profonde et étendue, de votre sentiment si vif de la justice !

« Cher et vénéré Maître, vos collègues de la Société médico-psychologique, dont je suis heureux et fier d'être l'interprète, vous présentent leurs vœux les plus sincères, les plus dévoués ; ils vous apportent leur tribut d'hommages et de respects, en vous assurant de leurs inaltérables sentiments d'admiration et de reconnaissance : d'admiration pour l'œuvre grandiose à laquelle votre grand nom restera attaché ; de reconnaissance pour les services signalés que vous avez rendus à notre spécialité. »

PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie de médecine a tenu sa séance publique annuelle le mardi 15 décembre 1896, sous la présidence de M. Hervieux.

Le principal intérêt de cette séance était dans la lecture de l'éloge du professeur Lasègue, par M. Motet. Nous ne doutions pas du succès de notre savant collègue et ami ; mais il a encore dépassé notre attente. C'est que son œuvre est absolument remarquable par l'élévation des idées et des sentiments autant que par le charme du style. L'Académie de médecine a donc été bien inspirée en chargeant de ce panégyrique un de ses membres qui a le mieux connu Lasègue et a pu rendre ainsi un solennel et brillant hommage au maître aimé et regretté dont les nombreux disciples ont pieusement conservé la mémoire.

Parmi les prix décernés par l'Académie, nous relevons les

suivants qui ont été accordés à des travaux sur la pathologie mentale et nerveuse :

PRIX BAILLARGER. — 2,000 francs. (Bisannuel.) — Pour ce prix décerné à l'auteur du meilleur mémoire sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics ou privés consacrés aux aliénés, trois ouvrages ont été présentés.

Un prix de 1,000 francs est décerné à M. le D^r PAUL SÉRIEUX, médecin de l'Asile de Villejuif, auteur de divers travaux inscrits sous le n^o 3.

PRIX CHARLES BOULLARD. — 1,200 francs. (Bisannuel.) — Quatre mémoires ont été soumis à l'examen de l'Académie.

Une somme de 800 francs est partagée à titre de prix entre M. le D^r E. RÉGIS, chargé du cours des maladies mentales à la Faculté de médecine de Bordeaux, auteur d'un Manuel inscrit sous le n^o 2, et M. le D^r ED. TOULOUSE, chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris, pour son travail portant le n^o 4.

Une somme de 400 francs est partagée à titre de récompense entre M. le D^r SAMUEL GARNIER, directeur de l'Asile de Saint-Ylie, près Dôle (Jura), brochure inscrite sous le n^o 1, et M. le D^r ALEXANDRE PARIS, médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Maréville, près Nancy, mémoire portant le n^o 3.

PRIX CIVRIEUX. — 1,000 francs. (Annuel.) — Question : *De l'hallucination dans les maladies mentales.*

Deux mémoires ont concouru. Le prix est décerné à M. le D^r PAUL SÉRIEUX, médecin de l'Asile de Villejuif (Seine), auteur du mémoire inscrit sous le n^o 2.

L'Académie accorde un encouragement à l'auteur du mémoire portant le n^o 1, M. le D^r ALBERT PÉGURIER, médecin aide-major de 1^{re} classe au 142^e régiment d'infanterie, à Montpellier.

PRIX FALRET. — 900 francs. (Bisannuel.) — Question : *Le morphinisme et la morphinomanie.*

Huit mémoires ont été présentés sur cette question. L'Académie partage le prix de la manière suivante : 1^o 300 francs à M. le D^r JACQUEMART, de Paris, pour son mémoire portant le n^o 3 ; 2^o 300 francs à M. le D^r PAUL RODET, de Paris, auteur du travail inscrit sous le n^o 7 ; 3^o 300 francs à MM. ANDRÉ ANTHEAUME et RAOUL LEROY, internes à l'Asile Sainte-Anne, à Paris, auteurs du mémoire inscrit sous le n^o 6.

Une mention très honorable est décernée à M. L. GUINARD, chef des travaux de physiologie à l'École vétérinaire de Lyon, mémoire n^o 5.

PRIX ERNEST GODARD. — 1,000 francs. (Annuel.) — Un prix

de 200 francs est décerné à M. le D^r PIERRE BONNIER, de Paris, pour son ouvrage sur le *Vertige*.

PRIX THÉODORE HERPIN (de Genève). — 3,000 francs. (Annuel.)

Le prix est décerné à M. le D^r GILLES DE LA TOURETTE, de Paris, pour son *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*.

Des mentions honorables sont accordées : à 1^o MM. les D^{rs} ARTHUR CLAUS, d'Anvers, et OMER VAN DER STRICHT, de Gand, pour leur ouvrage intitulé : *Pathogénie et traitement de l'épilepsie* ; 2^o M. le D^r GUSTAVE DURANTE, de Paris, auteur d'un mémoire sur *les dégénérescences secondaires du système nerveux*.

PRIX HUGO. — 1,000 francs. (Quinquennal.) — Des mentions honorables sont accordées à : 1^o M. le D^r SAMUEL GARNIER, de Saint-Ylie (Jura), pour son ouvrage intitulé : *Barbe Buvée, en religion Sainte-Colombe et la prétendue possession d'Auxonne* ; 2^o M. le D^r AUGUSTE BRACHET, de Menton, pour sa *Pathologie mentale des rois de France*.

PRIX LEFÈVRE. — 1,800 francs. (Triennal.) — Question : *De la mélancolie*.

Trois mémoires ont été adressés à l'Académie.

Le prix est décerné à MM. les D^{rs} ROUBINOVITCH et TOULOUSE, chefs de clinique à l'asile Sainte-Anne, Paris, auteurs du mémoire inscrit sous le n^o 3.

Une mention honorable est accordée à MM. les D^{rs} J. TOY et TH. TATY, chefs de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Lyon, auteurs du mémoire portant le n^o 2.

PRIX MEYNOT aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2,600 francs. (Annuel.)

L'Académie partage ce prix : 1,400 francs, à M. le D^r F.-J. COLLET, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, pour ses travaux intitulés : *Les troubles auditifs des tubes et la réaction électrique du nerf auditif. Troubles auditifs dans les affections du système nerveux*.

PRIX SAINTOUR. — 4,400 francs. (Bisannuel.) — Parmi les récompenses accordées, nous relevons : 1^o une récompense de 400 francs à M. le D^r J. ROUBINOVITCH, de Paris, pour son ouvrage intitulé : *Des variétés cliniques de la folie en France et en Allemagne* ; 2^o une mention honorable à M. le D^r CH. PÉPIN, de Dinan, auteur d'une *Etude sur l'alcoolisme*.

Dans la même séance, l'Académie a fait connaître les prix proposés pour les années 1897, 1898 et 1899. Les *Annales* ont déjà publié les questions relatives à la pathologie mentale et nerveuse proposées pour les deux premières années (V.

numéros de janvier 1895, p. 153, et de janvier 1896, p. 167) ; voici celles proposées pour l'année 1899 :

PRIX CIVRIEUX. — 800 francs. (Annuel.) — Question : *Du nervosisme.*

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 LEFÈVRE. — 1,800 francs. (Triennal.) — Question : *De la mélancolie.*

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 et en latin, et accompagnés d'un pli cacheté avec devise indiquant les nom et adresse de l'auteur.

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.

LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME

Institution d'une commission extra-parlementaire chargée d'étudier le régime de l'alcool. — M. Georges Cochery, ministre des finances, a adressé, le 27 octobre 1896, un rapport au Président de la République, en vue d'instituer une commission extra-parlementaire chargée d'étudier le régime de l'alcool. Voici les passages les plus importants de ce rapport :

« Depuis quelques années plusieurs Etats ont établi, dans des conditions diverses, un monopole de l'alcool.

« En Russie, il a été institué sous forme d'un monopole de la vente en gros et en détail ; introduit à partir du 1^{er} janvier 1895 dans quatre gouvernements de l'Est, il a été appliqué le 1^{er} juillet 1896 aux neuf gouvernements du Sud et doit s'étendre progressivement.

« En Suisse, il fonctionne en vertu de la loi du 23 décembre 1886 sous forme de monopole de la vente en gros, applicable aux seuls alcools industriels et laissant toute liberté aux distillateurs de vins et de fruits indigènes.

« En Hollande, le monopole établi en 1862 ne porte que sur la dénaturation des alcools d'industrie.

« Les Etats scandinaves, enfin, sans instituer un véritable monopole, ont centralisé et spécialisé la vente des boissons alcooliques en vue d'en diminuer la consommation.

« Deux ordres de considérations ont déterminé l'adoption de ces législations :

« 1° Le souci d'apporter un remède efficace et prompt aux effets désastreux de l'alcoolisme, et c'est cette préoccupation hygiénique qui paraît avoir principalement inspiré la plupart des systèmes dont il s'agit ;

« 2° La perspective de trouver des ressources nouvelles dans une organisation susceptible de produire des résultats financiers importants.

« En France, l'attention de l'opinion publique s'est depuis quelque temps portée vers l'idée d'un monopole ; ses partisans espèrent y trouver le moyen de résoudre et le problème fiscal et la question hygiénique.

« Dès 1887, la commission du Sénat et la commission extra-parlementaire chargées d'étudier les réformes qu'il convenait d'apporter à la législation de l'alcool et en général au régime des boissons avaient mis en évidence les dangers que fait courir à la santé publique la consommation de certains alcools. Toutes deux concluaient que l'intérêt du Trésor et les prescriptions les plus impérieuses de l'hygiène s'accordaient pour exiger qu'ils ne fussent livrés au public qu'à la condition d'avoir obtenu par la rectification un degré de pureté suffisant.

« Les constatations des bureaux de recrutement militaire et l'augmentation du nombre des maladies mentales ne donnent que trop raison à ces conclusions.

« Le gouvernement avait le devoir de préparer des éléments d'appréciation et de recueillir tous les renseignements utiles sur les résultats obtenus à l'étranger. J'ai envoyé plusieurs inspecteurs des finances en mission officielle pour étudier le fonctionnement du monopole de l'alcool dans les différents pays. M. Alglave, promoteur de un système de monopole de vente de l'alcool, a été lui-même chargé d'une enquête officieuse pour étudier spécialement ce fonctionnement dans certaines parties de l'empire russe.

« D'importants documents ont été ainsi recueillis, qui permettront une étude complète et rapide de la question et des divers problèmes qu'elle soulève :

« Monopole de la fabrication ;

« Monopole de la rectification ;

« Monopole de la vente... »

Ce rapport est suivi d'un décret nommant une commission composée de plus de soixante membres, parmi lesquels un certain nombre de médecins : MM. Léon Labbé, sénateur ; Lannelongue, député ; Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris ; Lancereaux et Laborde, membres de l'Académie de médecine ; Richard, professeur de cours d'hygiène au Val-de-Grâce.

Nous sommes surpris qu'on n'ait pas jugé à propos d'y

adjoindre un médecin aliéniste; il eût été mieux autorisé que personne pour parler de l'alcoolisme dans ses rapports avec l'aliénation mentale, la criminalité et l'hérédité.

Circulaire ministérielle relative à la statistique des aliénés alcooliques. — Le Ministre de l'Intérieur a adressé aux préfets la circulaire suivante :

31 octobre 1896.

Monsieur le préfet, à plusieurs reprises, lors de la discussion des projets de réforme de l'impôt des boissons, on a signalé l'accroissement du nombre des cas de folie dus à l'alcoolisme.

Des renseignements intéressants à ce sujet ont été déjà fournis à mon département, en 1886, par les administrations préfectorales pour servir à l'enquête faite à cette époque par une commission du Sénat sur la consommation de l'alcool en France.

Le gouvernement, qui a décidé de proposer aux Chambres des modifications à la législation des alcools, a reconnu qu'il était nécessaire d'établir auparavant des statistiques indiquant pour chacune des cinq dernières années, le mouvement des aliénés en général et des aliénés alcooliques en particulier, dans tous les établissements affectés exclusivement ou non au traitement de l'aliénation mentale.

Il y aura donc lieu, pour chacune de ces statistiques, de mentionner le nombre total des malades admis, en distinguant le sexe, et en éliminant, pour éviter tout double emploi, les malades transférés d'autres établissements, quel qu'en soit le nombre. Par exemple, les malades transférés des asiles de la Seine ne devront pas entrer en ligne de compte, attendu qu'ils figureront dans les statistiques fournies par ces asiles.

On indiquera, d'autre part, le nombre des cas où l'alcoolisme a été considéré comme la cause prépondérante de la maladie.

Pour faciliter la rédaction de ce travail, je joins à la présente circulaire un modèle du tableau qui devra être rempli en double exemplaire par le médecin de chaque établissement, en vous priant de signaler à chacun de ces praticiens l'intérêt que présente l'exactitude des statistiques à établir.

Je vous recommande instamment de me renvoyer, sous le timbre ci-contre, les tableaux ci-joints dûment remplis, avant le 30 novembre.

Je vous prie de vouloir bien m'accuser réception de la présente circulaire par un des plus prochains courriers.

Le Ministre de l'Intérieur,
LOUIS BARTHOU.

La question de l'alcool devant la Société de médecine publique.
— Hier soir (28 octobre 1896), à l'Hôtel des Sociétés savantes,

le D^r Laborde, de l'Académie de médecine, a communiqué aux membres de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, les conclusions de ses travaux sur l'alcoolisme et la rectification de l'alcool. Plusieurs députés et sénateurs assistaient à la séance, qu'a présidée M. Duclaux, directeur de l'Institut Pasteur.

Le D^r Laborde, après avoir rappelé que la Société combat depuis de longues années déjà l'alcoolisme, dont la funeste influence doit se traduire inévitablement par la « déchéance et la ruine morale et physique de notre pays », a refait sur des cobayes les expériences fondamentales qui démontrent la toxicité des différents alcools, essences, bouquets, etc.

Il a prouvé, une fois de plus, que le « corps du délit » est surtout dans les impuretés de l'alcool insuffisamment rectifié, et conclu, avec tous les hygiénistes, que, puisqu'il est impossible de supprimer l'emploi de l'alcool, la vraie solution du problème hygiénique que soulève cet emploi consiste dans une rectification appropriée et la plus complète possible. Si on l'admet avec moi, dit M. Laborde, la nécessité d'un contrôle rigoureux et d'une réglementation de la rectification s'impose immédiatement.

Parlant de l'état de la question devant le Parlement, le docteur Laborde constate avec mélancolie qu'elle n'a été abordée franchement ni à la Chambre ni au Sénat; c'est, dit-il, « le microbe électoral qui l'a encore emporté ». Il s'en prend aux bouilleurs de cru dont il combat le privilège, qu'il n'examine toutefois qu'au seul point de vue hygiénique.

— Ce qu'on appelle, dit-il, la « consommation familiale », n'est autre que l'empoisonnement familial, surtout chez les petits bouilleurs, où la distillation, faute d'appareils perfectionnés, est forcément rudimentaire.

Des deux solutions du problème : monopole exercé par l'Etat ou rectification par les particuliers sous le contrôle de l'Etat, le docteur Laborde préférerait de beaucoup la première, qui sauvegarderait à la fois, dit-il, « les intérêts de l'hygiène, les intérêts budgétaires (il estime à un minimum de 500 millions le produit du monopole) et résout la question des bouilleurs de cru par leur suppression ». Mais, à défaut de ce remède énergique, il applaudirait à l'adoption de la seconde solution; « qui au moins nous ferait faire un premier pas dans la voie où il deviendra indispensable de s'engager résolument ».

Le docteur Laborde a été vivement applaudi. Sur sa proposition, une commission a été nommée, qui sera chargée d'étudier le texte de mesures pratiques qu'elle soumettra ensuite à la commission du Sénat.

Cette commission est composée du docteur Bergeron, prési-

dent, et de MM. Laborde, Magnan, Brouardel, Proust, Pinard, Cornil, Dron, Vallin, Ch. Girard, Duclaux, Napias et Martin. (Le *Temps*, numéro du 30 octobre 1896.)

Réunion avec conférences de la Ligue nationale contre l'alcoolisme (Société française de tempérance) et de la Société contre l'usage des boissons spiritueuses. — Le dimanche, 6 décembre 1896, à deux heures de l'après-midi, M. Brouardel, membre de l'Institut, doyen de la Faculté de médecine, a présidé dans le grand amphithéâtre de l'école pratique de la Faculté de médecine, une réunion organisée par la Ligue nationale contre l'alcoolisme (Société française de tempérance) et par la Société contre l'usage des boissons spiritueuses.

M. Brouardel a ouvert la séance par une courte allocution, fort applaudie. Il a remercié tout d'abord les assistants d'avoir répondu avec un réel empressement à l'appel des sociétés contre l'alcoolisme. « En ce moment, a ajouté l'éminent professeur, il existe contre l'alcoolisme un mouvement dont l'importance croît chaque jour. Mais tous ceux qui participent à cette campagne ne sont point poussés par les mêmes idées. Les uns combattent au nom de l'hygiène, les autres au nom de l'impôt. Il ne faudrait point que l'action de ceux-ci fit oublier l'action de ceux-là. Car le programme, dont la réalisation doit nous tenir à cœur, consiste à obtenir, non seulement que l'alcool soit débarrassé de tout produit toxique, mais encore que la consommation de l'alcool diminue. » M. Brouardel dit ensuite quelques mots de l'alcoolique. « Ceux qui ne parlent qu'au nom de l'impôt, dit-il, oublient que l'alcoolique devient fou, qu'il ruine sa famille, qu'il ne laisse que des enfants scrofuleux ou épileptiques ; et ces enfants, cette famille et l'alcoolique lui-même tombent à la charge de la commune. »

L'assistance a ensuite entendu deux conférences fort intéressantes. La première, par le docteur Laborde, membre de l'Académie de médecine, avait pour sujet : « Des effets physiologiques de l'alcool et des boissons spiritueuses » ; la seconde, par le docteur Legrain, médecin en chef de l'asile de Ville-Évrard, qui a traité « de l'état actuel de l'alcoolisme en France ».

LES MÉFAITS DE L'ALCOOL (*suite*).

11. *Homicide par délire de jalousie.* — On télégraphie d'Arras au *Temps* (numéro du mardi 27 octobre 1896) :

« A Plouvain, petite commune située à environ 15 kilomètres d'Arras, dans un accès de jalousie, un individu nommé Briez, étant en état d'ivresse, déchargea cinq coups de revolver sur une dame Waterlot et un sixième coup sur un vieillard nommé

Lodieu, qu'il n'atteignit pas. Il allait recharger son revolver contre celui-ci, quand on parvint à le maîtriser.

« La dame Waterlot a succombé à ses blessures. Pour toute explication, Briez a déclaré que M^{me} Waterlot lui refusait certaines faveurs qu'elle accordait à d'autres de ses clients.

« Briez a été écroué à la prison d'Arras. »

12. *Tentative d'assassinat d'un ivrogne sur sa femme.* — Le sieur J.-B. Lavigne, garçon charbonnier, 7, rue Belhomme, est un ivrogne et un paresseux qui rendait sa femme si malheureuse qu'elle finit par quitter le domicile conjugal et alla vivre à l'hôtel du fruit de son propre travail.

Mais Lavigne ne tarda pas à découvrir sa retraite. Il s'y rendit après avoir bu, proposa à sa femme de reprendre la vie commune et, sur son refus, il la roua de coups.

La malheureuse s'empressa, après le départ de son mari, de changer de domicile. Déménageant à chaque instant, de peur d'être encore rejointe par lui, elle vint habiter dernièrement à l'hôtel de la Victoire, 52 bis, rue des Vinaigriers; J.-B. Lavigne ne tarda pas à retrouver ses traces. Hier soir, il loua, dans cet hôtel, une chambre meublée contiguë à celle où logeait son épouse. Il l'entendit se coucher, puis lorsqu'il fut certain qu'elle était endormie, à trois heures du matin, il s'arma d'un couteau-poignard et pénétra dans sa chambre dont il s'était procuré la clef.

— Veux-tu revenir chez moi? lui demanda-t-il.

— Non. Jamais! répondit la pauvre femme effrayée.

— Alors, voilà pour toi!

Et il lui porta à la gorge un coup de couteau. Heureusement, la lame glissa sur le larynx et ne fit à la victime qu'une profonde blessure dans la région du cou. Elle se mit à crier au secours. Mais le misérable, la bâillonnant de ses mains, lui ordonna de se taire, sous peine de l'achever. La malheureuse, terrifiée, dut passer ainsi toute la nuit auprès du meurtrier.

Le lendemain, Lavigne partit, jurant encore à sa femme de la tuer si elle le faisait arrêter. Néanmoins, celle-ci, aidée d'une voisine, vint faire sa déposition chez M. Carpin, commissaire de police, qui fait rechercher le coupable.

Le *Temps*, qui rapporte ce fait dans son numéro de mercredi 25 novembre 1896, le complète ainsi qu'il suit dans son numéro du lendemain :

« Le nommé J.-B. Lavigne qui, ainsi qu'on nous l'avons raconté hier, avait frappé sa femme d'un coup de couteau, a été arrêté dans la soirée par M. Carpin, commissaire de police.

« Il prétend, pour sa défense, que sa femme l'avait autorisé à aller dans sa chambre, et qu'elle était en état d'ivresse lorsqu'il l'a frappée. »

13. *L'enterrement d'un ivrogne.* — On écrit d'Arras au *Temps*, numéro du mercredi 25 novembre 1896 :

« On enterrait avant-hier, un ouvrier de la ville. Le prêtre venait de dire, devant la fosse ouverte, les dernières prières, quand un des amis du défunt s'avança, versa sur la terre fraîchement remuée le contenu d'un litre de genièvre et prononça une courte allocution. Voici le sens, sinon le texte :

« Cher ami, avant ta mort, tu m'as fait appeler et tu m'as bien recommandé de verser sur ta tombe ce litre de genièvre, puis d'offrir, en ton nom, cet autre litre aux amis, j'accomplis tes dernières volontés.

« Et, ce disant, l'orateur, muni d'un nouveau litre de genièvre, en emplissait une douzaine de verres apportés tout exprès et les distribuait aux assistants.

« Et, suivant les intentions du défunt, on est allé achever l'enterrement dans les cabarets voisins du cimetière. »

14. *Alcoolique uxoricide.* — On télégraphie de Lyon au *Temps* (numéro du 25 novembre 1896) :

Hier matin des voisins pénétrant dans la maison des époux Guillermond, cultivateurs à Chaponost, trouvaient la femme étendue sans connaissance sur le plancher, la tête fracassée à coups de marteau. Son mari, âgé de cinquante-quatre ans, avait disparu. La victime, qui est dans un état absolument désespéré, n'a pu fournir aucun renseignement sur le drame.

Guillermond était un alcoolique invétéré; déjà on avait dû l'enfermer à l'asile de Bron, à la suite d'une tentative d'incendie commise dans un accès de folie. Il en était sorti depuis quelques jours seulement.

Les époux Guillermond avaient vendu, la veille du crime, un cheval pour la somme de 600 francs, et on suppose que c'est parce que sa femme n'a pas voulu lui remettre cet argent que le misérable l'a assommée.

Malgré toutes les recherches, on n'a pu encore mettre la main sur Guillermond.

15. *Violences d'un fonctionnaire allemand en état d'ivresse.* — On écrit d'Aix-la-Chapelle qu'un ancien officier, devenu commissaire criminel dans cette ville, se présenta ces jours derniers en état d'ivresse dans un café où il se mit à apostropher les consommateurs : « Je suis Brüsewitz II, s'écriait-il; celui qui m'offense, moi ou mon monocle, je tire dessus! » Le garçon, qui voulait le faire sortir, eut la lèvre inférieure fendue d'un coup de poing et reçut de nombreux coups de pied. (Le *Temps*, numéro du jeudi 26 novembre 1896.)

16. *La mort d'un bébé.* — La première chambre correctionnelle de Paris, présidée par M. Lefresne, a condamné, hier, à huit mois de prison une ivrognesse, la femme Dailly, qui a laissé

mourir, faute de lui donner le sein, son petit garçon, âgé de six mois environ.

Elle était poursuivie pour homicide par imprudence. (*Le Temps*, numéro du jeudi 26 novembre 1896.)

17. *Impulsions homicides d'un ivrogne*. — On télégraphie d'Angers au *Temps* (numéro du vendredi 27 novembre 1896) :

Une tentative d'assassinat a été commise hier soir sur M^{me} Jamois, propriétaire du café restaurant et hôtel des Halles, place des Halles.

Une dame Pottier, séparée de son mari, dont l'inconduite est notoire, était venue habiter depuis quelque temps le petit hôtel de M^{me} Jamois.

Les époux Pottier avaient plusieurs fois essayé de reprendre la vie conjugale. Dernièrement ils se trouvaient ensemble à Laval. Mais l'inconduite du mari avait décidé sa femme à une séparation définitive.

Hier soir, Pottier entra au café des Halles et demandait un verre d'absinthe. M^{me} Jamois ne le reconnut pas. Mais, remarquant son état d'ébriété, elle recommanda à la bonne de verser peu d'absinthe dans le verre.

Après avoir bu quelques gorgées, Pottier se levait et demandait sa femme. M^{me} Jamois, inquiète, répondit qu'elle ne savait pas si elle était chez elle, et aussitôt elle montait prévenir M^{me} Pottier, qui refusa de descendre.

Pottier entra en fureur, s'écriant :

— Ma femme est là ! Elle ne veut pas me voir ? Eh bien, alors, il me faut une victime, et j'ai de quoi en faire une !

Sortant un revolver de sa poche, il en tira trois coups sur M^{me} Jamois, qui a été atteinte à la cuisse gauche. La balle a traversé le membre de part en part. Quelques centimètres plus haut, il touchait l'artère fémorale.

18. *Un ivrogne brûlé vif*. — On télégraphie d'Angers au *Temps* (numéro du jeudi 3 décembre 1896) :

Un habitant de Brain-sur-l'Authion, M. Jubeault, passant dans une des rues du bourg, apercevait sur le sol un nommé Jean Babin, complètement grillé ; le corps, brûlé vif, était couvert encore de quelques lambeaux de vêtements carbonisés. Le maire, aussitôt prévenu, voulut entrer dans la maison de Babin. Impossible de pénétrer, la porte était verrouillée à l'intérieur. On courut chercher un serrurier. Au milieu de la salle gisait la sœur de Babin, ivre-morte ; à ses côtés, trois bouteilles d'eau-de-vie vides ; il fallut attendre que cette femme fût un peu dégrisée pour obtenir quelques renseignements. Elle raconta alors que, pendant la nuit, elle et son frère avaient bu l'eau-de-vie des trois bouteilles ; à un moment donné, Babin s'était assis sur un escabeau et perdant l'équilibre, il était tombé dans le

feu qui se communiqua à ses vêtements ; Babin, fou de douleur, se précipitait dans la rue, tandis que sa sœur verrouillait la porte et s'abattait ivre-morte sur le carreau.

19. *Fratricide commis par un alcoolique.* — On télégraphie de Vernon au *Figaro* (numéro du jeudi 10 décembre 1896) :

« Un alcoolique, Gustave Lemieux, âgé de dix-neuf ans, a tué sa sœur âgée de quinze ans, en lui portant, dans un accès de folie alcoolique, un coup de barre de fer sur la nuque.

« Le misérable n'a manifesté aucun repentir. »

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ

Un aliéné fratricide. — On télégraphie de Lyon au *Temps* (numéro du samedi 31 octobre 1896) :

« Un terrible drame de la folie s'est déroulé hier, à Albigny, sur les bords de la Saône, à quelques kilomètres de Lyon.

« Là vivaient seuls, dans une petite ferme, deux frères, Aimé Large, âgé de soixante-six ans, et Michel Large, âgé de soixante ans. Ce dernier avait plusieurs fois donné des signes d'aliénation mentale, et des démarches étaient en cours pour le faire admettre dans un hospice.

« Hier matin, un voisin aperçut tout à coup Michel hisser un corps à la fenêtre de sa chambre et le lancer dans le vide : c'était le cadavre d'Aimé horriblement mutilé à coups de hache, la tête presque séparée du tronc.

« Le fou raconta, très calme, aux personnes aussitôt accourues, qu'il avait tué son frère et avait jeté le corps dans la rue afin qu'il fût lavé par la pluie, car il était plein de vermine. Il fit le récit de son crime en riant et se frottant joyeusement les mains.

« Michel, gardé à vue, en attendant l'arrivée des magistrats, demanda à manger. Comme il avait les mains toutes rouges de sang, on voulut le faire laver : « Oh ! ce n'est pas nécessaire », dit-il, et il ajouta : « On dirait que j'ai tué un lapin. »

« Le malheureux fou a été interné le soir même à l'asile de Bron. »

Mélancolique tuant sa mère en se suicidant. — On télégraphie de Chartres à l'*Agence Havas*, à la date du 11 novembre 1896 :

Le village de Marolles, commune de Broué, près de Dreux, a été, hier, le théâtre d'un drame.

Depuis quelque temps, à la suite de chagrins intimes, le nommé Ulysse Rouxel, âgé de vingt-trois ans, cultivateur, était devenu sombre et avait résolu d'en finir avec la vie.

Hier, de grand matin, il se leva, prit son fusil, se mit à genoux et, s'appuyant l'arme sous le menton, allait faire feu

lorsque sa mère l'aperçut. Elle se précipita vers lui et, lui saisissant la tête à deux mains, essaya de détourner le coup. Il était trop tard ; le malheureux avait tiré.

Sa tête avait un peu dévié sous l'effort de sa mère, et la charge, faisant balle, lui déchira la joue et lui fracassa le côté droit de la tête.

Sa mère fut frappée du même coup ; la masse de plomb l'atteignit sous le menton et se logea tout entière dans le cerveau.

M^{me} Rouxel tomba raide morte, et son fils succomba à la fin de la journée, en proie à d'horribles souffrances.

Assassinat commis par un aliéné sorti prématurément d'un asile. — On télégraphie de Saint-Petersbourg à l'Agence Havas, en date du 14 novembre 1896 :

Un individu atteint de détraquement des facultés mentales et qu'on avait commis l'imprudence de libérer d'un hospice d'aliénés, où il se trouvait soumis à l'observation des médecins, vient de tuer, d'un coup de pistolet dans le dos, le président de la délégation du zemstvo de Viatka.

L'assassin, nommé Schabaline, appartient à la classe noble.

Sa victime, M. Batouïew, jouissait de l'estime générale de la population de Viatka, où sa famille et le zemstvo ont reçu de nombreux télégrammes de condoléance.

TRIBUNAUX

Un demi-dément. — On écrit de Rennes au *Temps* (numéro du jeudi 12 novembre 1896) :

« Le 17 juin dernier, un ancien jardinier du comte Rochaid-Dahdah, le nommé Hervé, se présentait chez M. Lhôtelier, conseiller général d'Ille-et-Vilaine, notaire et maire à Dinard, qu'il voulait consulter sur la meilleure façon de faire son testament. A peine M. Lhôtelier l'avait-il introduit dans son cabinet que Hervé, tirant un revolver de sa poche, faisait feu sur lui à trois reprises. Une seule balle porta, mais s'amortit très heureusement sur le portefeuille que M. Lhôtelier portait dans la poche intérieure de sa redingote.

« Quel était le motif de cette tentative d'assassinat? Hervé connaissait à peine M. Lhôtelier et n'avait contre lui aucune raison de haine. Dans le pays, il passait pour un détraqué, pour une sorte d'anarchiste falot, plus extravagant que méchant.

« Hervé a comparu hier, devant la cour d'assises d'Ille-et-Vilaine. Au président qui l'interrogeait sur les mobiles de son crime, il a répondu d'un air égaré qu'il n'en avait aucun souvenir. Les médecins qui ont procédé à son examen mental le regardent comme un demi-dément, un de ces déséquilibrés trop peu fous pour être enfermés, mais capables à un moment donné d'un attentat irraisonné.

« Après plaidoirie de M^o Hamard, du barreau de Rennes, Hervé a été acquitté. »

On ne nous dit pas si ce « déséquilibré » dangereux a été simplement rendu à la liberté, ou bien s'il a été remis à l'autorité administrative pour être placé dans un asile d'aliénés. C'est cependant cette dernière mesure qui s'imposait.

Variations du jury. — Dans le numéro des *Annales* de septembre 1896 (page 334), nous avons rapporté le fait de la condamnation par le jury d'un individu reconnu aliéné par trois médecins et pour lequel le ministère public lui-même abandonnait l'accusation. Cette affaire qui vient d'être jugée à nouveau, est résumée, ainsi qu'il suit, par le *Temps* (numéro du mardi 24 novembre 1896) :

« Au cours de la session d'août, le nommé Pautasso (Baptiste) comparait devant la cour d'assises des Bouches-du-Rhône pour avoir, à la suite d'une discussion de famille, assassiné sa mère, son frère et blessé grièvement son domestique Balaris.

« Malgré les déclarations des médecins aliénistes, qui affirmaient que Pautasso était irresponsable, malgré les conclusions du ministère public, qui renonça à l'accusation, l'accusé fut déclaré coupable sans admission de circonstances atténuantes. La cour, n'osant prononcer la peine de mort dans ces conditions, renvoya l'affaire à la session de novembre.

« Ce même procès a été jugé hier, et, cette fois, le jury a répondu négativement à toutes les questions et rapporté un verdict d'acquiescement pur et simple. »

FAITS DIVERS

Un cas d'amok aux Indes anglaises. — Les *Annales médico-psychologiques* ont publié, dans leur dernier numéro un intéressant article sur l'amok, de notre savant collaborateur, M. le D^r van Brero, médecin de l'asile d'aliénés de Buitenzorg (Indes Orientales Néerlandaises). Ce trouble morbide, si fréquent dans la race malaise, ne lui est cependant pas exclusif ; on l'a observé en d'autres pays et sur des individus de race différente. En voici un cas qui s'est produit récemment aux Indes anglaises et que relate le *Temps* (numéro du dimanche 1^{er} novembre 1896) :

« On mande de Simla qu'un cipaye en garnison à Fort-Sandeman a été saisi, avant-hier soir, de cette espèce de fureur à moitié épileptique, à moitié mystique, que l'on nomme « l'amok ». En cet état, se trouvant de garde au mess des officiers, il s'est précipité sur un lieutenant du génie, M. Yeates, qu'il a égorgé ; le lieutenant Downes, du 7^e lanciers de Bombay, un cipaye du 40^e pathans et un domestique de ce dernier régiment,

ont eu le même sort que M. Yeates. Ce n'est qu'après ces quatre meurtres, que l'on a pu se rendre maître de l'enragé, au moment où il attaquait le lieutenant Maclachlan, du 40^e pathans. Il avait tiré quatorze coups de feu. »

L'existence d'un roi fou. — Sous ce titre, le *Temps* (numéro du mardi 24 novembre 1896) donne les renseignements suivants sur l'existence menée par le roi Othon, de Bavière :

« Pendant que le monde politique bavarois discute l'éventualité de l'abrogation de la régence, la déchéance du roi Othon et la proclamation du prince Luitpold comme roi de Bavière, l'infortuné roi fou continue à végéter dans sa retraite solitaire de Fürstenried. Le frère du défunt roi Louis a maintenant quarante-neuf ans ; à part sa folie, il jouit d'une robuste constitution, et, selon toute prévision, il vivra longtemps de cette vie animale qui, malgré quelques courts moments de lucidité, ne permet pas d'espérer un retour à la raison. L'entourage du prince se compose du maréchal de la cour, baron de Redwitz, d'un aumônier et d'un médecin. Le roi prend ses repas seul, mais quelquefois il vient dans la salle à manger de sa suite et se jette avidement sur les friandises qu'il voit sur la table ; quelquefois aussi, lorsqu'il se promène, il arrache des touffes d'herbe que ses gardiens ont beaucoup de mal à lui empêcher d'avaler. Le vin de champagne est la boisson favorite du roi Othon ; autrefois, il fumait beaucoup de cigarettes, mais les médecins se sont opposés à cette habitude qui réagissait sur les nerfs du malade.

« Le roi a à sa disposition le vaste parc du château entouré de hauts murs. Est-ce dans la crainte d'une évasion ou d'un enlèvement ou bien pour écarter les curieux ? Le fait est qu'on a dernièrement entouré le parc de Fürstenried d'une seconde enceinte. Une compagnie d'infanterie fournit les postes intérieurs et extérieurs du château : les consignes sont très sévères, et jamais personne, en dehors des membres de la famille royale, n'a pu pénétrer auprès du roi Othon. Lui-même ne quitte Fürstenried que très rarement pour faire, accompagné de gardiens, de longues promenades en voiture sur des routes écartées de la forêt voisine. »

Suicide étrange. — On lit dans le *Petit Temps* (numéro du jeudi 26 novembre 1896) :

« A Saint-Germain-les-Senailly (Côte-d'Or), M. Jolicœur, propriétaire, âgé de soixante-sept ans, s'est donné la mort en se portant un coup de couteau au-dessous du sein gauche ; mais comme la mort tardait à venir, il eut la force de se traîner dans une pièce voisine où il prit un revolver dont il introduisit le canon dans la blessure même et se tua.

« M. Jolicœur était un original qui, depuis vingt ans, avait son

cercueil tout préparé près de son lit. On cite plusieurs cas de suicide dans sa famille. »

Une leçon originale. — Sous ce titre, la *Médecine moderne* (numéro du 25 novembre 1896) reproduit la curieuse nouvelle suivante: « Un malade de Krafft-Ebing, lequel occupe, comme on sait, à Vienne, la chaire de médecine mentale, a fait dernièrement une leçon d'une heure devant les élèves du professeur.

« Le malade, qui est atteint de crises périodiques de manie, introduit dans l'amphithéâtre, est monté avec gravité dans sa chaire. Quand le professeur lui demanda le sujet de la leçon, il répondit qu'il voulait traiter de « l'état mental des maniaques pendant les attaques périodiques de folie ».

« La leçon fut interrompue à plusieurs reprises par les applaudissements de l'auditoire et l'orateur parut flatté de ces marques d'approbation.

« La leçon terminée, il quitta la chaire d'un air plein de dignité et réintégra sans difficulté sa salle. »

Incendie à l'asile d'aliénés d'Alençon. — Le mardi 20 novembre 1896, à 4 h. 1/2 du matin, un incendie s'est déclaré à l'asile d'aliénés d'Alençon, dans un bâtiment servant de séchoir et dépendant de la buanderie. En un instant, la toiture était en flammes et les vitres du séchoir éclataient.

Après une demi-heure de travail, le feu a été circonscrit par la pompe de l'asile et, lorsque les pompiers de la ville arrivèrent, la part du feu était faite. Grâce à leur aide, le foyer a été rapidement noyé.

Ce qui mérite d'être signalé dans cet accident, ce que M. Déricq, directeur-médecin en chef de l'asile, a constaté, non sans satisfaction, c'est la parfaite tenue des malades hommes, au nombre de quarante environ, qu'il avait fait sortir des quartiers, et à l'aide desquels il put organiser une chaîne sans avoir recours au public. Tous ont travaillé avec la plus grande activité, d'abord au sauvetage du linge, ensuite à l'approvisionnement des pompes. L'un d'eux, très halluciné, aidait le surveillant général à enlever les tuiles de la toiture pour empêcher la propagation de la flamme. On peut dire qu'il n'est aucun de ces aliénés, tous plus ou moins délirants, qui n'ait obéi, en quelque sorte ponctuellement, aux ordres de ceux qui avaient pris la direction des secours.

Fratricide commis dans un accès de délire fébrile. — Une correspondance de Thiers contient le récit suivant d'un drame épouvantable qui vient de se dérouler dans la commune de Maringues :

Les deux frères Darboux, François, âgé de vingt ans, et Jean, âgé de dix-sept ans, cultivateurs, habitant avec leurs parents au hameau de Saunot, commune de Maringues, avaient

été, ces jours derniers, atteints presque simultanément de la fièvre typhoïde. Les deux malades dormaient dans la même chambre. Vendredi soir, vers quatre heures, François, dans un accès de fièvre, se leva, se jeta sur son frère qu'il arracha du lit, le traîna dans la cour, s'acharnant sur lui, le labourant de ses ongles et le mordant avec rage. Les deux malheureux se roulaient sur le sol en poussant des cris rauques ; Jean râlait déjà et François, dont la folie de la fièvre décuplait les forces, accomplissait inconsciemment un fratricide.

Il n'y avait dans la maison que de vieilles gens, incapables de porter secours aux malheureux et qui assistaient impuissants à l'horrible drame qui se déroulait sous leurs yeux.

A leurs cris, des voisins accoururent en toute hâte, mais Jean était déjà mort ; c'était sur un cadavre que s'acharnait François.

On parvint à se saisir du meurtrier qui voulait à tout prix se jeter dans un puits et on fut obligé de l'attacher, vêtu uniquement de sa chemise, au pilier d'un hangar, exposé, brûlant de fièvre, à la rigueur de la température.

Quand arriva le maréchal des logis de la gendarmerie, qu'on était allé chercher, il s'empressa de faire porter le malheureux François dans son lit. (*Le Temps*, n° du lundi 6 décembre 1896.)

CONGRÈS ANNUEL DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES
Session de Toulouse (1897).

Le huitième Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes s'ouvrira à Toulouse le lundi 2 août, sous la présidence de M. le D^r RITTI, médecin de la Maison nationale de Charenton.

Les questions inscrites au programme sont les suivantes :

1° *Diagnostic de la paralysie générale.* — Rapporteur, M. le D^r ARNAUD, médecin de la Maison de santé de Vanves ;

2° *L'hystérie infantile.* — Rapporteur, M. le D^r BÉZY, chargé du cours de clinique infantile à la Faculté de médecine de Toulouse.

3° *Organisation du service médical dans les asiles d'aliénés.* — Rapporteur, M. le D^r DOUTREBENTE, médecin-directeur de l'asile de Blois.

Les membres adhérents pourront présenter des communications sur des sujets autres que les questions du programme.

Adresser, dès maintenant, les adhésions et communications au Secrétaire général du Congrès, M. le D^r VICTOR PARANT, allée de Garonne, 17, à Toulouse (Haute-Garonne).

Prix de la cotisation : 20 francs.

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



Pathologie

ÉTUDE
SUR LES
SENSATIONS ILLUSOIRES DES AMPUTÉS

Par le **D^r A. PITRES**

Doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux.

Suite et fin (1).

II

Deux théories ont été proposées pour expliquer les sensations illusoires des amputés. L'une admet que l'illusion est centrale, psychique, intellectuelle ; l'autre, qu'elle est liée à l'irritation des extrémités nerveuses sectionnées par l'amputation. D'après la première, si l'amputé s'imagine encore sentir son membre absent, c'est par un effet de l'habitude, par une illusion de la

(1) Voir le numéro des *Annales* de janvier-février 1897.

mémoire ; d'après la seconde, l'erreur de la conscience est causée et entretenue par des excitations périphériques partant incessamment des nerfs du moignon.

La théorie psychique qui était jadis universellement acceptée a perdu beaucoup de terrain. Elle ne compte plus aujourd'hui que de rares partisans. La théorie physiologique, au contraire, a conquis peu à peu les suffrages de la grande majorité des observateurs. Elle s'appuie sur deux des lois de J. Muller relatives à la transmission des impressions sensibles. La première est ainsi conçue : « Lorsqu'un tronc nerveux est irrité, toutes les parties qui en reçoivent les branches ont le sentiment de l'irritation, et l'effet est alors le même que si les dernières ramifications de ce nerf avaient été irritées toutes à la fois. » D'où il résulte que l'irritation d'un nerf sensitif dans sa continuité équivaut à l'irritation de ses terminaisons. L'impression née dans le tronc du nerf est perçue comme si elle avait pris naissance à ses extrémités périphériques. Selon l'expression de Bichat, « le cerveau se méprend sur la sensation qui lui arrive et il la rapporte à une partie où elle ne naît point ».

La deuxième loi n'est, en quelque sorte, que l'application aux cas qui nous occupent du principe posé dans la première. En voici l'énoncé : « Lorsque le membre dans lequel se répand un tronc nerveux a été enlevé par une amputation, ce tronc, attendu qu'il renferme l'ensemble de toutes les fibres primitivement raccourcies, peut avoir les mêmes sensations que si le membre existait encore (1). »

La théorie de la sensation illusoire des amputés est facilement déduite des lois précédentes. M. Bernstein la formule ainsi :

(1) J. Muller. *Physiologie du système nerveux*, traduction française par Jourdan, 2 vol. in-8°. Paris, 1840, t. I, pp. 159 et 173.

« Dans le moignon du membre amputé, on rencontre les troncs nerveux coupés qui fournissent les filets sensibles à tout le membre. Or, dans la cicatrice guérie, il existe souvent des causes d'irritation pour les troncs nerveux, et comme cette excitation nerveuse est projetée au cerveau, elle produit une sensation et réveille en même temps, par habitude pour ainsi dire, l'image de la partie du corps où les filaments nerveux se terminaient naturellement. Le cerveau transporte alors par l'habitude acquise cette sensation dans le membre du corps d'où partent les nerfs excités, même lorsque ce membre n'existe plus (1). »

Cette théorie est devenue classique. Il est certain que la plupart des sensations illusoires des amputés sont subordonnées à l'irritation des filets nerveux du moignon. Mais on peut se demander si, à côté des sensations d'origine périphérique, il n'y en a pas d'autres, de cause centrale et purement centrale. Quand, par exemple, un amputé du bras s'imagine mouvoir les doigts de la main qui lui manque, est-ce que l'illusion motrice n'est pas uniquement subordonnée à la représentation mentale du mouvement conçu et voulu par le cerveau ? De même, lorsqu'un amputé de cuisse se figure éprouver une sensation de froid à son pied fantôme pour avoir plongé son pilon dans une flaque d'eau, est-ce que l'impression de froid qu'il ressent à l'extrémité absente n'est pas la répercussion vers la périphérie d'une représentation sensorielle indépendante de toute excitation périphérique ? Pour répondre à ces questions, il convient d'étudier séparément les diverses espèces de sensations illusoires qu'éprouvent les amputés. Elles sont de trois ordres :

(1) Bernstein. *Les sens*, 1 vol. in-8° de la Bibliothèque scientifique internationale. Alcan, éditeur, Paris, 1876, p. 22.

1° La sensation permanente et en quelque sorte statique de l'existence du membre perdu ;

2° Les illusions psycho-motrices, par suite desquelles l'amputé s'imagine mouvoir les différents segments du membre qui lui manque ;

3° Les illusions psycho-sensitives en vertu desquelles l'amputé se figure percevoir, au niveau de l'extrémité fantôme, des sensations dont les images sont évoquées dans son esprit, soit par des associations involontaires, soit par une application voulue et consciente de l'attention.

Nous analyserons successivement les conditions de production de chacun de ces groupes de phénomènes.

1. — SENSATION ILLUSOIRE DE LA PERMANENCE DES MEMBRES AMPUTÉS.

Les preuves abondent pour démontrer que l'illusion permanente de l'existence des membres perdus a pour point de départ nécessaire des excitations partant des nerfs contenus dans les cicatrices des moignons.

Les principales sont les suivantes :

A. — *Modifications de l'illusion par suite d'excitations diverses portant sur les moignons.* — Nous avons incidemment indiqué, dans les pages qui précèdent, quelques-unes de ces modifications. Nous avons vu que certains amputés ont chaud ou froid à leurs extrémités fantômes selon que leur moignon est lui-même chaud ou froid. Nous avons noté également que, chez plusieurs sujets, la sensation du fantôme est modifiée par l'application des appareils enserrant le moignon. Nous savons enfin, que beaucoup d'amputés calment les démangeaisons, les engourdissements, ou les douleurs qu'ils éprouvent dans les extrémités fantômes, en grattant le moignon, en le frictionnant ou en le plongeant dans l'eau froide.

Des expériences faciles à reproduire et que nous avons très souvent répétées mettraient, s'il en était encore besoin, au-dessus de toute contestation, la répercussion sur le fantôme des excitations des moignons ou des nerfs du tronçon du membre dont une partie a été amputée :

La réfrigération du moignon provoque presque toujours un engourdissement pénible du fantôme ; l'application d'une ligature serrée sur le tronçon conservé du membre détermine des fourmillements désagréables que le sujet rapporte à l'extrémité absente ; chez les amputés de l'avant-bras ou de la main, la percussion du nerf cubital dans la gouttière olécrânienne, au coude, donne lieu à une vibration douloureuse nettement localisée au côté interne de la main fantôme, etc., etc.

N'insistons pas davantage sur ces faits qui sont bien connus et passons tout de suite à des expériences plus précises et plus nouvelles.

B. — *Perception au niveau du fantôme des piqûres pratiquées sur la cicatrice du moignon.* — Lorsqu'on pique légèrement la peau qui forme le moignon, le sujet localise exactement la perception de la piqûre sur le point du tégument où a été appliquée l'excitation. Mais, lorsqu'on pique la cicatrice elle-même, on observe souvent un phénomène sur lequel, ce nous semble, l'attention n'a pas été, jusqu'à présent, suffisamment fixée. Le sujet sent très bien qu'on le pique, mais il localise la piqûre sur l'extrémité fantôme, en un point qui varie selon l'endroit où l'aiguille a touché la cicatrice. Dans plusieurs cas d'amputation de l'avant-bras, nous avons pu ainsi, en piquant différents points de la cicatrice, donner aux malades l'illusion que nous les piquions au bout de l'index, à la face dorsale du petit doigt, au milieu de la paume ou du dos de la main, etc.

Cette expérience est importante parce qu'elle montre que les filets nerveux compris dans la cicatrice y con-

servent toute leur indépendance fonctionnelle et que l'excitation isolée de chacun d'eux donne lieu à des sensations bien distinctes qui, conformément aux lois de J. Muller, sont rapportées par les sujets aux extrémités périphériques des nerfs excités.

Je dois dire, pour être absolument sincère, que ces effets hétérotopiques des piqûres expérimentales des cicatrices ne sont pas également nets chez tous les sujets. Sur vingt amputés chez lesquels je les ai attentivement recherchés, je n'ai pu les mettre en évidence que neuf fois. Dans les onze autres cas, il m'a été impossible de les constater. Il n'est pas inutile de noter à ce propos que, sur ces onze cas, quatre se rapportaient à des malades qui n'avaient plus, depuis longtemps, la sensation illusoire de l'existence de leur membre amputé. Mais, chez les sept autres, la sensation du membre fantôme était très nette, très vivace. Il faut conclure de l'ensemble de ces observations, que l'hétérotopie sensitive, telle qu'elle peut être mise en évidence par le procédé des piqûres superficielles des cicatrices, n'est pas une condition nécessaire de la sensation illusoire des amputés. On comprend, à la réflexion, qu'il doive en être ainsi. Le mode de cicatrisation des nerfs dans les plaies d'amputation est extrêmement variable. Parfois, les filets nerveux se terminent dans les névromes qui se forment presque toujours au niveau du bout central des nerfs sectionnés. D'autres fois, ils poussent des prolongements qui s'étendent jusqu'aux parties les plus superficielles de la cicatrice. Il est, dès lors, évident que les piqûres légères du tissu cicatriciel ne peuvent pas avoir des effets identiques dans tous les cas.

Mais l'hétérotopie sensitive n'en fournit pas moins, quand elle existe, l'explication d'une foule de particularités sur lesquelles les amputés attirent souvent l'attention. Ainsi, un de nos amputés du bras éprouve,

quand son moignon est en transpiration, une sensation qui le surprend toujours : Il sent, dit-il, avec une netteté parfaite, les gouttelettes de sueur perler et glisser sur la main absente. Beaucoup d'autres, quand ils éprouvent des démangeaisons désagréables à l'extrémité fantôme, les font cesser en grattant le moignon. Il leur semble que la friction a lieu sur les points même où ils ressentent les démangeaisons. Nous avons précédemment indiqué les modifications que l'abaissement ou l'élévation de la température des moignons impriment aux sensations de chaud ou de froid perçues dans le membre fantôme. Tous ces faits, si curieux en apparence, trouvent leur explication naturelle dans les phénomènes d'hétérotopie sensitive dont sont le siège les cicatrices d'amputation.

C. — *Reviviscence temporaire des sensations illusoires par la faradisation des moignons.* — Weir Mitchell a découvert que lorsqu'un amputé a perdu (même depuis fort longtemps) la sensation de l'existence du membre enlevé, la faradisation du moignon ou des nerfs sus-jacents suffit souvent pour faire reparaître aussitôt l'illusion de l'extrémité fantôme. « Récemment, raconte-t-il, j'électrisais ainsi un homme qui avait subi une désarticulation de l'épaule, sans l'avoir averti du résultat possible de cette opération. Depuis deux ans, il avait cessé de ressentir l'illusion de la présence de son bras. Au moment où le courant électrique traverse le plexus brachial : Oh ! ma main ! ma main ! se mit-il à crier ; et il faisait des efforts pour saisir le membre absent. Le fantôme que j'avais évoqué disparut rapidement ; mais l'homme était resté stupéfait du caractère de frappante réalité qu'il avait revêtu (1). »

Nous avons eu maintes fois l'occasion de répéter

(1) Weir Mitchell, *loc. cit.*, p. 382.

l'expérience de Weir Mitchell, et souvent avec des résultats d'une surprenante netteté. Il n'est pas nécessaire, pour obtenir la reviviscence des fantômes, que les courants employés soient très énergiques. Il n'est pas nécessaire, non plus, qu'ils soient dirigés sur les muscles ou les nerfs du tronçon du membre restant. Des courants alternatifs légers, à interruptions rapides, traversant la cicatrice, déterminent des reviviscences très nettes des sensations illusoires (1). Nous avons parfois employé, pour les provoquer, des bains électriques du moignon. Une large électrode étant appliquée sur le thorax du malade, et l'autre enfouie dans un vase rempli d'eau, le moignon était simplement placé au contact du liquide, et aussitôt qu'il était mouillé, la sensation illusoire se produisait.

Chez les sujets dont la sensation illusoire n'est pas perdue, l'électrisation des moignons en modifie presque toujours les caractères. Elle devient plus nette, plus précise, plus forte. De plus, il arrive souvent que l'extrémité fantôme qui semblait rapetissée, ratatinée et rapprochée de la cicatrice, paraît devenir plus volumineuse et reprendre sa position normale au bout du membre.

D. — *Effacement et disparition temporaires des sensations illusoires par les injections de cocaïne au-dessous des cicatrices des moignons.* — De même qu'il est possible de faire reparaître, lorsqu'elle n'existait plus depuis longtemps, la sensation illusoire des amputés, en excitant par l'électricité les filets nerveux sensitifs qui se trouvent dans la cicatrice des moignons, de même, on peut, lorsque l'illusion du fantôme existe, la faire disparaître, en anesthésiant assez profondément les

(1) Si les courants servant à l'expérience sont intenses, ils déterminent, en même temps que la reviviscence de la sensation du membre absent, un engourdissement douloureux de l'extrémité fantôme.

nerfs sous-jacents à la cicatrice (1). Ce résultat est facilement obtenu par les injections de cocaïne. Si on injecte, à l'aide d'une seringue de Pravaz, sous la cicatrice du moignon d'un amputé ayant la sensation très nette de l'existence de l'extrémité perdue, un centimètre cube de solution de cocaïne à 1 %, il se produit tout d'abord une exagération de la vivacité de la sensation illusoire. Puis, après quelques minutes, quand la douleur produite par la piqûre est passée, la sensation du fantôme s'atténue rapidement et elle disparaît tout à fait. Elle revient graduellement un peu plus tard à mesure que le liquide injecté se résorbe.

Tant que dure le phénomène de la disparition du fantôme, les sujets ne localisent aucune sensation dans le membre absent. Les piqûres de la cicatrice ne sont plus perçues dans l'extrémité fantôme, les mouvements imaginaires des doigts ou des orteils sont totalement abolis. Les sujets qui croyaient auparavant pouvoir exécuter des mouvements des doigts ou des orteils manquant n'en sont plus capables.

Tous les faits que nous venons d'exposer démontrent que l'illusion en vertu de laquelle l'amputé s' imagine porter, à la place de l'extrémité qu'il a perdue, « un membre fantôme qui le suit partout », est étroitement liée à l'état des nerfs contenus dans la cicatrice du moignon. Elle disparaît quand on anesthésie ces nerfs par la cocaïne ; elle reparaît quand on les excite par la fara-

(1) J'avais espéré, tout d'abord, pouvoir réaliser cette expérience en pulvérisant sur les moignons de l'éther ou du chlorure de méthyle. Mais la réfrigération ainsi produite a déterminé des douleurs assez vives et n'a pas abouti au résultat attendu. La raison en est facile à trouver. Au-dessus des parties anesthésiées par ces procédés, les nerfs, restés sensibles, sont impressionnés par le froid. Il y a bien une anesthésie locale et superficielle de la peau ; mais il y a aussi une excitation sensitive qui, partant du voisinage des régions anesthésiées, se transmet au cerveau et complique les effets de l'expérience.

disation ; elle se modifie au gré de l'observateur quand on change les conditions physiques des moignons ; elle est évidemment subordonnée au degré de sensibilité et de réactivité des filets nerveux contenus dans la cicatrice de l'amputation.

A l'état normal, le sentiment que nous avons de l'existence de nos membres dépend aussi de la transmission au cerveau des excitations des nerfs de la peau, des os, des articulations, des muscles. Quand les troncs nerveux des membres ont été sectionnés, l'irritation de leur bout central remplace les excitations physiologiques, et crée l'illusion de la personnalité, en vertu de laquelle l'amputé se figure avoir conservé le membre qui lui manque.

Cette illusion n'est pas fatale. Nous avons vu, précédemment, que certains amputés ne l'éprouvent jamais, et montré que son absence tient à des causes locales. Il est très vraisemblable qu'elle est liée au mode de cicatrisation des nerfs sectionnés. Si leur cicatrisation est parfaite, il n'y a pas de cause d'irritation et, par conséquent, pas de sensations illusoires. Si, au contraire, elle est irrégulière ; si des bourgeonnements cylindraxiles sont étroitement comprimés dans les névromes terminaux qui se forment si souvent à l'extrémité des nerfs coupés ; si des filets nerveux aberrants sont tirillés par le tissu cicatriciel ; si, surtout, des altérations inflammatoires ascendantes se produisent dans les troncs nerveux, alors la sensation illusoire se manifeste et s'accompagne de douleurs aiguës dans l'extrémité fantôme.

En présence de ces faits, il est légitime de se demander si les chirurgiens ne pourraient pas épargner à leurs amputés les souffrances résultant des sensations illusoires consécutives, en assurant la cicatrisation régulière des troncs nerveux, par l'application de quelques points de suture sur l'extrémité libre du bout central de ces troncs nerveux. L'induction est logique, mais l'expé-

rience seule peut en démontrer le bien ou le mal fondé. Elle mériterait, semble-t-il, d'être tentée.

2.— PHÉNOMÈNES PSYCHO-MOTEURS: MOUVEMENTS VOLONTAIRES ILLUSOIRES DANS LES MEMBRES FANTÔMES.

Nous avons vu que certains amputés peuvent mouvoir librement leurs extrémités fantômes. Il leur semble qu'ils étendent ou fléchissent leurs orteils, qu'ils ouvrent ou ferment leurs mains, qu'ils placent leurs doigts dans la position qu'on leur donne généralement pour écrire ou pour jouer du piano. Ces mouvements illusoires s'observent non seulement chez les amputés du cou-de-pied ou du poignet, chez lesquels les muscles moteurs des orteils ou des doigts sont en partie conservés, mais aussi chez les amputés de la cuisse ou du bras.

Weir Mitchell d'abord, J.-M. Charcot ensuite, ont tiré des faits de ce genre des conclusions peut-être un peu hâtives. Le premier en induit que « la volonté de mouvoir certaines parties est accompagnée de conditions mentales qui représentent devant la conscience le mouvement lui-même, la force avec laquelle il s'accomplit et la série des changements de position dont il se compose ». Il admet en définitive que l'idée que se font généralement les physiologistes de la nature centripète du sens musculaire, est erronée; car « la volonté du mouvement et la conscience de ce mouvement sont des faits contemporains s'accomplissant simultanément dans les centres nerveux ». Charcot est à peu près du même avis. Il pense que les mouvements illusoires des amputés plaident en faveur de la théorie qui veut que la représentation mentale motrice, qui précède nécessairement l'accomplissement de tout mouvement volontaire, est bien un phénomène primitif, central, et non la conséquence

immédiate de notions kinesthésiques résultant de l'accomplissement du mouvement s'effectuant déjà.

Les observations que nous avons faites ne permettent pas d'accepter ces déductions. Il en résulte bien que le phénomène de conscience, en vertu duquel l'illusion des mouvements volontaires du fantôme se produit, est indépendant des excitations partant des muscles exécuteurs de ces mouvements. Sur ce point, pas de doute. Mais est-il également indépendant de *toute excitation centripète* ? Cela ne nous paraît pas démontré. L'exécution d'un mouvement volontaire, si limité soit-il, implique la mise en activité synergique de presque tous les muscles du corps. Quand nous fermons notre poing, quand nous étendons l'index, les muscles du bras, ceux de l'épaule, ceux du tronc ne sont pas exactement dans le même état que quand nous ne faisons aucun mouvement. Lorsqu'un amputé de l'avant-bras ou du bras essaye de mouvoir sa main fantôme, ces mouvements synergiques des muscles du bras, de l'épaule, du tronc déterminent de petits tiraillements dans la cicatrice du moignon, et ces tiraillements, transmis au cerveau, pourraient fort bien jouer, dans l'appréciation de l'acte moteur, le rôle que jouent à l'état normal les excitations centripètes parties des muscles au moment de leur contraction.

Si les idées émises par Weir Mitchell et par Charcot étaient exactes, l'illusion du mouvement devrait se produire même en l'absence du fantôme, ou, pour mieux dire, la volonté d'exécuter un mouvement dans l'extrémité absente devrait toujours provoquer l'illusion mentale de son exécution. Or, il n'en est rien. Quelques amputés ne sentent pas, ou ne sentent plus, leurs membres fantômes. Ceux-là n'ont pas d'illusions motrices. Ils ont beau vouloir un mouvement, ils n'ont pas la sensation illusoire de son exécution. De même, quand chez un amputé ayant bien nettement la sensation de

l'existence du membre absent et l'illusion de sa mobilité volontaire, nous faisons disparaître le fantôme par l'injection hypodermique de cocaïne, le sujet perd à la fois la sensation de l'existence du membre et la possibilité de le mouvoir volontairement. Or, dans ce cas, il n'y a rien de changé dans les centres nerveux. L'expérience n'a fait que supprimer les excitations centripètes parties de la périphérie, et cette suppression a suffi pour abolir l'illusion du mouvement.

Loin de plaider en faveur de la théorie centrale du sens musculaire, les faits observés chez les amputés seraient donc plutôt de nature à confirmer la doctrine classique d'après laquelle les sensations kinesthésiques sont d'origine périphérique. Tout ce qu'on pourrait légitimement induire de ces faits, c'est que les sensations kinesthésiques, transmises au cerveau par voie centripète, y peuvent donner lieu à des erreurs d'appréciation, au même titre que les autres impressions sensibles.

3. — PHÉNOMÈNES PSYCHO-SENSORIELS ASSOCIÉS A LA SENSATION ILLUSOIRE DES EXTRÉMITÉS FANTÔMES.

Dans une foule de circonstances, les sensations illusoire des amputés se précisent et deviennent plus intenses à la suite de circonstances dont aucune excitation centripète ne peut fournir l'explication. L'un de nos amputés de jambe, qui se promène presque toute la journée, ne songe guère à son pied fantôme que lorsqu'il traverse des attroupements, ou lorsqu'un chien aboie derrière lui. Dans ces conditions seulement, il a la sensation très nette de l'existence du pied qui lui manque ; il cherche à le protéger contre les heurts de la foule ; il a peur que le chien vienne le mordre. C'est là un phénomène banal de sollicitation de l'attention par la peur. Notre malade

est comme les garçons de recettes qui traversent la ville sans la moindre préoccupation quand ils ne portent pas de valeurs, et qui surveillent avec un soin extrême leurs portefeuilles quand ils rentrent à la banque chargés du produit de leurs recouvrements. Il ne sent mieux son pied fantôme dans les moments où il le croit en danger, que parce qu'il fixe plus fortement sur lui son attention. A l'état normal, nous ne sentons pas, non plus, nos extrémités ; mais si nous nous attendons à y éprouver une sensation douloureuse, nous nous rendons parfaitement compte de leur existence, et le moindre contact, grossi par l'*expectant attention*, est perçu avec une intensité inaccoutumée.

Dans d'autres cas, et par un mécanisme un peu différent, les amputés ressentent dans leurs extrémités fantômes, sous l'influence d'excitations imaginaires, des sensations analogues à celles qu'ils éprouveraient dans leurs membres intacts, si ces membres étaient réellement soumis aux mêmes causes d'excitation. Ainsi, trois de nos amputés de jambe ou de cuisse, éprouvent, quand ils sont obligés de traverser, pendant l'hiver, des flaques d'eau, une sensation parfaitement précise de froid humide au pied fantôme, au moment où leur pilon plonge dans la nappe liquide. La fixation de l'attention ne suffit évidemment pas pour expliquer ces faits ; il faut qu'il s'y ajoute un acte de mémoire. Le contact du pilon avec l'eau froide ne saurait, en effet, par lui-même, provoquer une excitation sensitive. Si, après ce contact, le malade éprouve dans le pied fantôme une sensation précise de froid humide, cela tient, sans aucun doute, à ce que l'image de l'eau froide est liée dans son esprit, par une association ancienne, avec l'image de l'impression de froid humide que cause habituellement l'application de l'eau froide sur nos organes. Il se figure que c'est son pied qui touche l'eau, et il y éprouve aussitôt

la sensation de froid humide qu'il sait pertinemment liée au contact de l'eau froide. Un autre de nos malades, amputé de jambe, ressent dans son pied fantôme une sensation de distension douloureuse, analogue à celle qui se produit dans l'entorse, quand son pilon vient à porter à faux et à glisser sur quelque inégalité du sol. Ici encore, il s'agit d'une sensation évoquée par la reviviscence d'un souvenir, et faussement interprétée par la conscience. A l'état normal, ces reviviscences de sensations évoquées par des reviviscences de souvenirs ne sont pas rares. Nous ressentons souvent, après avoir couché dans un hôtel d'une propreté douteuse, des démangeaisons à la peau, bien qu'aucun insecte suspect ne se soit promené sur notre corps. Beaucoup de personnes sentent des piqûres de puces imaginaires si quelqu'un se gratte devant elles. Il n'y a, de plus, chez les amputés, que la fausse localisation de la sensation sur le membre fantôme. Or, cette erreur de localisation est subordonnée à l'illusion antérieure de l'existence de l'extrémité fantôme.

Ce qu'il y a, en effet, de très particulier et de très intéressant dans ces phénomènes d'associations psychosensorielles et psychomotrices, c'est que, bien qu'étant évidemment d'origine centrale, ils ne se produisent avec quelque netteté que chez les sujets ayant, au préalable, la sensation illusoire de l'existence du membre fantôme. Si cette sensation primordiale manque, les phénomènes centraux restent à l'état faible ; ils ne sont pas accompagnés de l'erreur de conscience qui localise les sensations associées dans les parties absentes du corps.

Il se passe là quelque chose d'analogue à ce qu'on observe dans l'expérience bien connue de la pièce de monnaie collée au front. Elle consiste à appliquer sur le front d'une personne une pièce de monnaie, et, après l'avoir comprimée assez fortement pour provoquer une

192 . ÉTUDES SUR LES SENSATIONS ILLUSOIRES DES AMPUTÉS

sensation désagréable, à l'enlever sans que le sujet s'en aperçoive. Celui-ci s'imagine alors, que la pièce est restée collée à son front, l'illusion est si précise, qu'après avoir fait des efforts inutiles pour la détacher en contractant ses muscles frontaux et sourciliers, il porte la main au siège de la sensation illusoire et est tout étonné de n'y plus trouver l'objet qu'il croyait y sentir. Mais l'expérience ne réussit que si la pression de la pièce sur la peau du front a donné lieu à une sensation assez forte pour persister pendant quelque temps. Si cette sensation n'est pas assez énergique, l'illusion de l'adhésion persistante du corps étranger fait défaut.

La conclusion générale qui se dégage de l'ensemble des faits que nous venons de passer en revue peut être ainsi formulée :

Les sensations illusoire des amputés sont dues à des excitations partant des filets nerveux de la cicatrice et donnant lieu à des perceptions faussement interprétées par la conscience. Elles peuvent être influencées, dans une certaine mesure, par des phénomènes d'ordre psychique. La fixation de l'attention leur donne plus de netteté. Certaines associations d'idées ou de sensations les rendent plus précises. Mais elles ne sont jamais créées de toutes pièces par le cerveau. L'amputé ne localise des perceptions sur un point quelconque des membres absents que s'il a, au préalable, la notion illusoire de l'existence de ces membres, et cette notion est toujours d'origine périphérique.

DES VARIÉTÉS CLINIQUES
DU
DÉLIRE DE PERSÉCUTION

Par les D^{rs} Th. TATY et J. TOY
Chefs de clinique des maladies mentales à la Faculté
de médecine de Lyon.

Suite (1).

III

VARIÉTÉS ÉVOLUTIVES RÉGULIÈRES

PREMIÈRE VARIÉTÉ. — **Délire de persécution avec mégalomanie et démence.**

Les règles que nous nous sommes imposées nous ont permis de distinguer dans les 189 observations examinées une première variété comprenant 37 malades présentant ou ayant présenté une évolution complète du délire, avec ses phases de persécution, de mégalomanie et de démence. Nous n'y avons pas compris les malades dont les idées ambitieuses ont précédé le délire de persécution ; nous leur avons fait une place à part, adoptant, sans les discuter pour l'instant, les idées de la majorité des auteurs qui rangent ces cas sans grande hésitation dans le cadre des délires de dégénérescence grave.

Ces malades, dont le délire a évolué d'une façon complète, se divisent eux-mêmes en deux catégories :

(1) Voir les *Annales* de janvier-février 1897.

- 1° Ceux qui sont arrivés à la démence complète ;
- 2° Ceux chez lesquels la démence, sans être complète, se trahit néanmoins par des signes plus ou moins marqués d'affaiblissement intellectuel.

Nous donnons ci-jointes et résumées, pour ne pas allonger inutilement ce travail, les observations de ces malades, dans l'ordre décroissant de la durée de leur séjour à l'asile.

Première catégorie.

Obs. I. — R... (Alphonse), né le 13 août 1846, rentier, célibataire, entre à l'asile le 11 septembre 1878, âgé de trente-deux ans.

Antécédents héréditaires. — Côté paternel : un cousin du père mort fou dans un asile en 1850.

Un cousin ayant fait une tentative de suicide.

Une autre cousine qui se croit empoisonnée et poursuivie par une bande.

Côté maternel : dans la famille de la mère, il n'est pas rare de rencontrer une certaine exaltation dans le caractère.

Le malade a deux sœurs et un frère.

1° Une sœur aînée, spirituelle, excentrique, atteinte de folie hystérique, avec crises convulsives ;

2° Un frère aîné qui s'est signalé par ses excentricités, ses débauches honteuses, dans le genre sadique, a fait de la prison et a péri assassiné ou par un suicide ;

3° Une sœur cadette, actuellement dans une maison de santé, a des hallucinations de l'ouïe ; elle entend des discours érotiques et a eu des idées d'empoisonnement avec agitation maniaque.

Antécédents personnels. — A dix ans, R... a eu une méningite grave, plus tard une nécrose du tibia. On dut extraire de nombreux séquestres, et pendant quatre ans il marcha avec des béquilles ; il demeura longtemps malingre et souffrant.

Au point de vue intellectuel, on constate chez R... des facultés assez ordinaires. Cependant, on note chez lui une aptitude spéciale et même un certain génie inventif dans l'art de l'armurier.

Sa jeunesse est surtout marquée par des excès et des actes

graves au point de vue moral et des excentricités qui dénotent déjà une tare héréditaire.

Vers 1871, apparaissent les premières idées de persécution avec hallucinations de l'ouïe et violents maux de tête. R... suit alors un traitement hydrothérapique qui semble amener une rémission ; -mais, en 1875, les idées de persécution reviennent plus prononcées, R... est surveillé par une bande et on cherche à l'empoisonner.

Enfin, le 15 juillet 1878, R... tue son beau-père d'un coup de fusil tiré par derrière. Après l'accident, il est comme affolé et paraît avoir voulu se tuer. Arrêté et conduit à la prison, ses façons attirent presque immédiatement l'attention du directeur. Ses idées de persécution le reprennent et il s'y joint une certaine excitation maniaque, due probablement aux émotions diverses éprouvées par R...

Comparaisant en police correctionnelle sous l'inculpation d'homicide par imprudence, R... allait être condamné à une peine légère quand, tout à coup, il se lève et déclare en pleine audience qu'il a tué son beau-père volontairement parce que celui-ci l'empoisonnait. En présence d'une telle déclaration, le tribunal décida que R... serait mis en observation à l'asile de Bron.

Le rapport de M. le D^r Max-Simon, médecin chef (rapport publié dans les *Ann. méd.-psych.*, 1879), nous le montre excité, incohérent, insolent. Il ne dort pas, ses actes sont irréguliers. Pendant quelque temps, il se lave avec son urine, met des pierres dans sa bouche, etc. D'après le rapport d'un gardien, il se livre vis-à-vis d'un autre malade à des tentatives deshonnêtes. Les idées d'empoisonnement persistent. On emploie, pour lui nuire, le sublimé, les poudres, et il montre ses ongles et ses mains comme preuve de ce qu'il avance.

Après un mois de séjour à l'asile, l'excitation de R... est remplacée par une prostration marquée et de l'amaigrissement. Apparition de quelques idées de grandeur. R... se dit le maître et veut commander dans la division. Toujours mêmes actes excentriques et hallucinations de l'ouïe qu'il appelle des voix du plafond. Illusions de la vue.

Le rapport conclut que R... est un aliéné héréditaire à idées de persécution et d'empoisonnement avec hallucinations, illusions et conceptions délirantes ambitieuses. Son délire est chronique et date de plusieurs années déjà. Il est absolument irresponsable.

R... est réintégré à la prison et, son affaire appelée et les experts entendus, R..., déclaré irresponsable est mis par le tribunal à la disposition de l'administration.

Il rentre à l'asile le 18 février 1879.

État physique: très rarement malade, R... est grand (1^m,76) et mince. Ses traits sont fins, mais l'expression de la figure est devenue hébétée et le teint hâlé avec des plaques rouges.

Cheveux châtains. Yeux jaune-brun. Globes un peu saillants. Nez fin, droit, narines grandes.

Barbe sur les joues, lèvres fortes.

Dents très mauvaises et très irrégulières. Incisive supérieure médiane gauche très grosse. Canine inférieure gauche proéminente.

Oreilles minces, la gauche plus longue que la droite.

Main osseuse. Doigts longs. Phalangine des pouces énorme, plus longue et plus grosse que la phalange; malformation remarquée chez l'assassin Troppmann.

Organes génitaux normaux, volumineux. Asymétrie faciale. Côté droit plus effacé que le côté gauche.

Etat intellectuel. — Depuis sa rentrée jusqu'à aujourd'hui, R... présente toujours les mêmes conceptions délirantes. Mais il marche progressivement vers la démence. En mai 1879, il a eu des conceptions ambitieuses accusées. Plus tard, en 1882, ont apparu des illusions de la sensibilité générale. Il s'imaginait que les invisibles lui coupaient le frein de la verge.

En 1883, il présente un peu d'affaiblissement intellectuel, avec persistance des idées de persécution et des hallucinations de l'ouïe. Il répond lentement aux questions, articule mal, avec arrêt sur certaines syllabes, et évite avec soin les mots: pas ou point. Il dit: Je ne vins, je ne veux. Il parle des invisibles, mais ne veut pas donner de détails sur eux; il laisse seulement entendre qu'il a maille à partir avec eux la nuit.

Tranquille en général, il passe ses journées à fumer de nombreuses cigarettes; il se promène seul et cause peu, ou bien parle tout seul en se retournant, comme s'il répondait à des interlocuteurs. Il accomplit des actes insignifiants comme de tirer les cordons de ses souliers pendant des heures, demande quelquefois à faire de petits ouvrages et à accompagner le médecin à la visite.

Il n'a pas de tremblement ni d'inégalité pupillaire, et, par moments, il est gâteux.

Etat actuel. — La démence est allée s'accroissant et actuellement elle est complète. Le malade est gâteux.

OBS. II. — L... (Cécile), femme P..., cinquante-trois ans, lingère, entre le 5 novembre 1881. Devenue sourde après une fièvre typhoïde à l'âge de vingt-cinq ans. Début des troubles mentaux à cette époque. Une grand'mère est aliénée.

Entrée à la phase mégalo-maniaque. Incohérence typique; dans certaines phrases pas un mot ne s'enchaîne. On distingue cependant des idées de persécution et de mégalo-manie.

Devient de plus en plus incohérente. Affaiblissement intellectuel progressif; sur la fin, il est impossible de saisir les idées. Mort par catarrhe pulmonaire à soixante-sept ans.

Durée du séjour à l'asile: quatorze ans.

OBS. III. — C..., veuve F..., cinquante-deux ans, entrée le 9 novembre 1884, a déjà fait un séjour dans un asile. Entre avec délire de persécution systématisé, déjà un peu marqué d'incohérence. On la menace, on la poursuit. Elle a été dépouillée de son bien par une bande de voleurs. Elle possède trois maisons, mais ses parents ne lui en donnent pas les revenus.

Actuellement bavardage incohérent. Mémoire affaiblie. Observée onze ans.

OBS. IV. — P... Marie, femme F..., cinquante et un ans, veloutière, entre à l'asile le 25 décembre 1887. Luxation congénitale double de la hanche; a une fille atteinte de luxation congénitale unilatérale de la hanche.

Début à cinquante ans des troubles mentaux par hallucinations de l'ouïe et illusions de la vue.

Un an après, idées de grandeur, a hérité des plus grandes fortunes et doit épouser de grands personnages politiques.

Actuellement: affaiblissement intellectuel marqué; marmotte des paroles incohérentes et incompréhensibles. — Observée neuf ans.

OBS. V. — B... Benoîte, vingt-huit ans, cultivatrice, entrée le 6 novembre 1888.

Début inconnu. Entrée à l'asile avec du délire de persécution systématisé. On l'a fait interner par vengeance pour l'empoisonner.

C'est un M. G... qui la poursuit. Elle est très riche, possède cent millions. Hallucinations de l'ouïe persistantes.

Actuellement agitable. Toujours hallucinée. Incohérence très grande. On ne comprend rien à ce qu'elle dit. Mémoire affaiblie. — Observée sept ans.

Obs. VI. — D... Marie, veuve C..., garde-malade, quarante-deux ans, entrée le 23 avril 1881. Début vers trente ans. A fait un séjour à l'Antiquaille en 1870 et à Bourg. Alcoolique.

Entrée avec un délire des persécutions associé à des idées mégalomaniaques. S'affaiblit progressivement, physiquement et mentalement, et meurt de diarrhée après deux ans de séjour, le 11 juin 1883.

Obs. VII. — B... Claudine, femme B..., quarante-trois ans, passementière, entrée le 21 septembre 1883.

Début inconnu. Entrée avec un délire de persécution, des hallucinations de l'ouïe et des idées mégalomaniaques. Se croit noble. Reste un an à l'asile; on voit les idées de persécution s'affaiblir, les idées mégalomaniaques diminuer, et l'affaiblissement intellectuel apparaître. La malade meurt d'ictère grave à quarante-quatre ans, le 5 janvier 1884. — Observée quatre mois.

Obs. VIII. — B... Marie, veuve J..., trente-quatre ans, sans profession, entrée le 9 novembre 1890. A eu un accès d'aliénation ayant duré vingt-quatre heures, lors de la naissance de son fils. Est restée très nerveuse. A dû être internée un mois dans une maison privée.

Phase de persécution : on l'électrise, on lui fait respirer de mauvaises odeurs, on l'empoisonne. Cardiaque, insuffisance mitrale.

En 1891, les idées de persécution disparaissent et sont remplacées par des conceptions mégalomaniaques enfantines. Elle croit que son mari est général et tient en même temps une « popote à soldats ».

En 1893, incohérence, idées de satisfaction.

Actuellement, idées mégalomaniaques disparues. Affaiblissement intellectuel avec idées de satisfaction. — Observée cinq ans.

Obs. IX. — C..., femme C..., quarante ans, tisseuse, entrée le 24 juillet 1882.

Début, à trente-huit ans, par un état mélancolique consécutif à une fausse couche, provoquée par la mort d'un enfant qu'elle avait eu sept ans auparavant.

Deux mois avant l'entrée : hallucinations de l'ouïe et troubles de la sensibilité générale; on l'empoisonne, on lui brûle les pieds; puis idées mégalomaniaques. Elle se croit la République, se dit très noble, très riche.

Actuellement : incohérence avec persistance des idées de grandeur. — Observée treize ans.

Chez les malades qui précèdent, nous voyons les idées délirantes s'atténuer peu à peu, l'affaiblissement intellectuel évoluer d'une façon progressive et continue jusqu'à la démence complète ; ils sont devenus incapables de toute occupation, quelques-uns sont gâteux.

Les deux dernières observations établissent une transition entre les deux subdivisions de notre première variété. Dans une de ces observations, les idées délirantes ont disparu, mais on y retrouve encore des idées de satisfaction ; dans l'autre, les idées de grandeur persistent.

Deuxième catégorie.

Dans cette deuxième catégorie la démence est moins complète que dans la précédente ; dans les quatre premières observations elle est très avancée, l'incohérence y est manifeste. Cette incohérence n'est pas celle des maniaques ; celle-ci est due à l'abondance des idées qui affluent en foule, s'entre-choquent, et semblent au premier abord n'avoir entre elles aucun lien apparent ; mais une observation attentive permet de saisir leur enchaînement, de sorte que l'incohérence y est plus apparente que réelle.

Ce n'est pas non plus l'incohérence de certains persécutés qui, absorbés par leurs idées délirantes, n'en émettent qu'une partie, suppriment le reste et continuent, la déduction des idées s'étant faite dans leur esprit, sans qu'ils se soient rendu compte que l'interlocuteur n'a pu les suivre.

Chez nos malades, l'incohérence est réelle ; ils ne retrouvent plus le fil de leurs discours ; on constate des lacunes dans leurs manifestations intellectuelles ; de

plus, ils se fatiguent vite, livrent ce qui reste de leur délire avec une facilité frappante et niaise ; enfin l'amnésie est très manifeste.

OBS. X. — G... Jeanne, femme B..., cinquante-quatre ans, tailleuse, entrée le 15 avril 1883.

Plusieurs cousins aliénés. Très nerveuse.

Abus du café et des romans.

Premiers signes d'hallucination à cinquante et un ans ; a commencé par craindre que sa fille ne fît rire d'elle.

Les hallucinations auraient apparu il y a trois semaines. Hallucinations de l'ouïe. Troubles de la vue ; on lui envoie des étincelles dans les yeux avec des miroirs.

A l'entrée, elle présente en outre des hallucinations de la sensibilité générale ; on la persécute, on la magnétise avec des miroirs, on lui envoie des douleurs dans tout le corps.

Actuellement : incohérente. On saisit cependant des idées de grandeur et de persécution entremêlées. On l'a amenée ici pour la mettre sur le trône. — Observée douze ans.

OBS. XI. — B... Marie-Louise, femme F..., cinquante-cinq ans, mercière, entrée le 31 mai 1886.

Depuis six mois, on la poursuit dans la rue, on la siffle, on frappe aux murs. On cherche à l'affaiblir.

A l'entrée, son délire est systématisé ; elle est poursuivie par la famille de la femme de son fils divorcé.

Accès d'agitation au cours de la maladie.

Actuellement se croit très riche, cause sur un ton de pitié avec ses interlocuteurs. Mais les hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale persistent.

Il y a de l'affaiblissement intellectuel et de l'incohérence. — Observée neuf ans.

OBS. XII. — B... Claudine, femme D..., ménagère, cinquante ans, entre à l'asile le 28 juin 1888.

Début indéterminé. A l'entrée à l'asile, incohérence et loquacité très grandes. Idées de persécution dont le lien est difficile à saisir.

Deux ans après, on note des idées mégalomaniaques ; s'achemine à la démence.

L'incohérence augmente ; on distingue de moins en moins le délire. Il persiste quelques idées mégalomaniaques : son fils travaille chez l'empereur.

Actuellement : toujours incohérente. On distingue encore quelques idées de persécution et de mégalomanie. Gâteuse par périodes. — Observée sept ans.

Obs. XIII. — G... Marie-Catherine, cinquante-quatre ans, entrée le 16 novembre 1877, domestique.

Entrée avec un délire de persécution systématisé : persécutée par les employés du guichet n° 8.

Idées mégalomaniaques ; n'a que 500 francs de rente, mais les siens sont très riches, et ses parents, un colonel, un général, accompagnés de tous les colonels et les généraux, la protègent.

On la poursuit parce qu'elle est marquise.

Affaiblissement intellectuel progressif. Persistance des idées délirantes. Mort par érysipèle phlegmoneux à cinquante-quatre ans. Séjour à l'asile quatre ans.

Les caractères démentiels que nous avons mentionnés plus haut vont en s'atténuant dans les observations suivantes ; malgré la longue durée de quelques-unes, ils sont parfois si peu marqués qu'on a beaucoup de peine à les saisir et que seul un examen minutieux peut permettre de les découvrir. Il n'y a là que des nuances difficiles à décrire, mais plus sensibles à l'examen direct.

Obs. XIV. — V... (Marie), dévideuse, trente-quatre ans, entrée le 29 janvier 1877.

Présente, à l'arrivée, du délire de persécution avec hallucinations multiples. On la physique, on la magnétise. En même temps, délire de grandeurs. Elle voit autour d'elle des princes et Charles X qui lui offre une couronne.

Cette malade n'a presque pas changé depuis son entrée.

Aujourd'hui encore on la physique, on la vole. Elle est Henriette d'Angleterre, fille de Charles X. Peut-être un peu moins d'ordre dans ses idées. Mais elle sait très bien ce qu'elle fait en dehors de son délire. Observée dix-huit ans.

Obs. XV. — B... (Marie), ouvrière en soie, vingt-trois ans, entrée le 29 avril 1879.

Délire de persécution ; depuis un an, la malade est victime de ses frères et des voisins. A partir de 1884, idées de grandeur.

La malade se dit fille de l'empereur de Russie, souveraine de l'univers. Le monde entier lui obéit.

Actuellement est toujours fille de l'empereur de Russie. S'appelle Henri V russe. Les facultés sont affaiblies. Elle croit avoir vingt-trois ans. Mais après dix-huit ans, le délire persiste très actif.

Obs. XVI. — D... (Jeanne), quarante ans, modiste, entrée le 28 mars 1878.

Se dit persécutée depuis 1856. Elle a des ennemis qui s'entendent avec le commissaire et la police. Quand elle se plaint, on la fait passer pour folle. A l'entrée, a des idées de grandeur, est noble et descend d'une grande famille. Actuellement, le délire persiste. Idées de persécution et mégalomaniaques mêlées. Un peu de faiblesse intellectuelle. S'il fallait croire la malade, son délire remonterait à quarante années. Il dure au moins depuis dix-sept ans.

Obs. XVII. — G... (Marie), femme F..., tisseuse, cinquante-quatre ans, entrée le 17 février 1885.

Le délire remonte au moins à sept ou huit ans, car depuis cette époque, la malade dort sur une chaise. Au lit, on l'écrase, on la tourmente. Elle a des hallucinations de l'ouïe. Suppuration ancienne des oreilles. Elle a montré à l'asile du délire mégalomaniaque : elle s'appelle Joséphine de G..., possède des millions. Mais, nuit et jour, ses ennemis viennent encore la tourmenter. Faiblesse intellectuelle. Ne sait pas son âge. A trois peaux sur sa personne. A eu quinze enfants (deux, en réalité). Avec son séjour à l'asile, on peut compter au moins dix-sept ans de délire.

Obs. XVIII. — B... (Gilles-Joseph), trente et un ans, garçon perruquier, entré le 12 août 1878.

Présente, à l'entrée, du délire de persécution systématisé avec conceptions mégalomaniaques. Hallucinations de l'ouïe, de la sensibilité générale. Sa mère était de famille royale et lui a donné la faculté de voir tout ce qui se passe en Europe. A l'asile, il devient très méfiant et cache son délire. L'incohérence se montre en 1880, mais n'augmente que très lentement. Actuellement, il nie ses idées antérieures et se donne des allures bêtes. Mais il s'occupe très bien aux travaux intérieurs de la division. La durée de l'observation est encore de dix-sept ans.

Obs. XIX. — R... (Marie), domestique, trente ans, entrée le 11 septembre 1879.

A présenté, à la suite de chagrins d'amour, il y a neuf mois,

des troubles mélancoliques et a fini par faire deux tentatives de suicide avant son entrée. Elle est persécutée par tout le monde et n'en connaît pas la raison.

A l'asile, hallucinations de l'ouïe persistantes depuis le début jusqu'à maintenant. Actuellement, troubles de la personnalité. Elle raconte son histoire comme si elle était arrivée à une autre. Faiblesse de la mémoire. Très riche, possède un milliard cinq cent mille francs. Incohérente. Tranquille et travailleuse. Observée pendant dix-sept ans.

Obs. XX. — V..., femme Ch..., quarante-six ans, lingère, entrée le 16 octobre 1878.

Cette malade vient de l'asile Sainte-Anne [où elle est entrée le 22 mai 1878. Le certificat de transfert, signé de Prosper Lucas, la déclare atteinte de délire de persécution avec hallucinations de l'ouïe et troubles de la sensibilité générale.

A l'entrée, très hallucinée de l'ouïe, se rend compte de son état et prie qu'on la guérisse. Passe de la confiance à la méfiance. Puis redevient loquace en 1884 et décrit de nombreuses hallucinations visuelles d'ordre religieux et mégalomaniaques. En 1888, des idées de persécution reparaissent. Elle meurt le 7 septembre 1892 de diarrhée chronique après quatorze ans de délire observé.

Obs. XXI. — B... (Antoinette), femme F..., ménagère, cinquante ans, entrée le 13 décembre 1882.

Son père s'est tué. Elle s'est séparée de son mari qui la tourmentait, dit-elle, après sept ans de mariage, à l'âge de vingt-cinq ans. Cette malade est devenue sourde d'une oreille après une fièvre typhoïde à quatorze ans.

A l'entrée, est persécutée par son mari, les Jésuites et un régisseur ; a des hallucinations de l'ouïe. Se croit riche, « a toujours mille francs dans son porte-monnaie ».

État permanent jusqu'à aujourd'hui, où l'on reconnaît un peu de faiblesse intellectuelle, mais où l'on trouve encore des hallucinations de l'ouïe très vives et des idées de persécution et de grandeur mélangées très nettes. La durée de l'observation est de treize ans, mais le délire est sûrement plus ancien de vingt ans au moins.

Obs. XXII. — B...-M... (Marie-Amélie), trente-huit ans, entrée le 10 février 1885.

Sœur ursuline, obligée de sortir du couvent en 1882 pour des troubles de nature mélancolique. Soignée d'abord dans sa famille, entre à l'asile en plein délire. Type de méfiance. Allures

mystérieuses. Signe des lettres du nom de F. de Crécennois, dans lesquelles elle se dit poursuivie de jour et de nuit par des dames et très fatiguée par des « lettres fortes ». Est encore actuellement dans le même état, s'appelle toujours de Crécennois. Paraît un peu affaiblie intellectuellement. Treize ans de délire.

OBS. XXIII. — Ch... (Marie-Thérèse), veuve M..., quarante-cinq ans, entrée le 15 mars 1885.

Début à la ménopause, il y a trois ans, par des troubles hypochondriaques. Puis des hallucinations de l'ouïe amènent un délire de persécution.

Internée après avoir mis le feu chez elle; son intelligence s'affaiblit un peu. Elle se met à parler seule en 1889. Actuellement, même état, mais allures très fières. Difficile à interroger. Il ne faut pas qu'on la touche sans qu'elle le permette. Durée, treize ans.

OBS. XXIV. — B... (Marie), veuve B..., ovaliste, cinquante-quatre ans, entrée le 16 octobre 1884.

Début inconnu. Entrée avec du délire de persécution et des hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale. Cœur en asystolie.

S'améliore à l'asile. Paraît perdre ses idées de persécution, mais devient mégalomaniaque. Se croit impératrice et déesse. Son mari (qui est mort), est le roi mage. Mémoire affaiblie. Observée onze ans.

OBS. XXV. — B... (Stéphanie), femme M..., couturière, entrée le 5 décembre 1885.

Le début de la maladie paraît remonter à deux mois seulement et coïncider avec la prédication d'une mission qui, au dire des gens du pays, aurait causé plusieurs cas d'aliénation. A l'entrée, la malade présente un mélange de délire de persécution et de délire mystique. Un an après, quelques idées de grandeur. Elle se croit victime du préfet et du gouvernement. Ces idées persistent encore avec des hallucinations de l'ouïe, des idées de persécution, de l'incohérence et un peu de faiblesse intellectuelle. Durée : dix ans.

OBS. XXVI. — G... (Virginie), quarante-neuf ans, entrée le 22 avril 1885.

Entrée en plein délire. Écrit constamment à MM. les gouverneurs de Paris de lui envoyer une police habile pour la débarrasser des Jésuites et des coupables Lyonnais qui ont accaparé son immense fortune. Aujourd'hui, elle est toujours

très persécutée, a des hallucinations de l'ouïe, parle avec volubilité et incohérence. Croit que MM. les gouverneurs font les poursuites qu'elle a demandées. Mémoire affaiblie. Observée dix ans.

Obs. XXVII. — M... (Claudine), quarante-quatre ans, entrée le 2 novembre 1881.

Un premier accès d'aliénation s'est montré rapidement. La malade, domestique très fidèle, s'est vue soupçonnée de vol et est devenue sombre, puis excitée. Entrée avec des hallucinations de l'ouïe, elle s'est améliorée rapidement et est sortie le 31 janvier 1882.

Elle rentrait, trois ans après, avec un délire de persécution, des hallucinations des sens et des idées de richesse. On a noté des accès d'agitation, de l'incohérence des idées et des actes avec persistance du délire. Une broncho-pneumonie grippale en interrompt l'évolution. La malade est morte le 9 mai 1895, après dix ans de séjour consécutif à l'asile et un délire de quatorze ans.

Obs. XXVIII. — M... (Rosalie), femme F..., lingère, entrée le 28 septembre 1885.

La maladie s'est montrée peu à peu. M... a fait, du 20 juin au 10 août 1885, un séjour à l'asile de Privas, d'où elle est sortie améliorée. Elle est rentrée ici un mois après avec des idées vagues de persécution et de l'excitation maniaque. Le délire s'est systématisé avec des troubles de la sensibilité générale et de l'incohérence rapide. En 1886, les idées mégalomaniaques ont apparues. Aujourd'hui, elle se croit Allemande et très forte en chimie, ce qui la met à l'abri des empoisonnements. Observée : dix ans.

Obs. XXIX. — R... (Marie), femme B..., cinquante et un ans, ménagère, entrée le 25 juillet 1887.

Père mort aliéné, interné à Saint-Robert. Une sœur hallucinée « entend des musiques ». La malade est une buveuse d'absinthe.

Début par des scènes violentes à la suite de ces excès. Idées de persécution avec hallucinations de l'ouïe et de la vue.

Premier séjour de quatre mois à Sainte-Madeleine-de-Bourg. Sortie, elle reste deux mois calme, se remet à boire et retombe dans le même état.

Deuxième séjour à Bron. Elle y reste jusqu'au 1^{er} février 1888; réclamée par sa famille, elle sort non guérie.

On la ramène le 22 février 1891. Le délire de persécution.

est maintenant systématisé. Elle est poursuivie par un nommé G... qu'elle ne connaît pas, mais dont on lui a dit le nom. Cet homme apporte sur sa table des linges ensanglantés et la menace de mort. Elle se dit grande dame et parle prétentieusement. Les idées délirantes sont un peu incohérentes. Cet état persiste jusqu'au 24 janvier, où elle meurt de grippe greffée sur du catarrhe et de l'emphysème. Observée huit ans (sauf les trois années de sortie).

OBS. XXX. — Ph... (Adèle), femme D..., cuisinière, quarante-trois ans, entrée le 4 juin 1892.

Entrée à l'asile en plein délire; des personnes jalouses de ses qualités lui veulent du mal. On l'accuse de faire des cancan, on prétend qu'elle a des amoureux, on la guette pour s'en assurer. On pénètre chez elle la nuit pour l'assassiner. Insuffisance mitrale. Accès d'excitation dans le courant de 1893. Actuellement, on lui dit des sottises, on lui fait des misères. On lui a volé plusieurs millions. Affaiblissement de la mémoire. Observée trois ans.

OBS. XXXI. — Th..., femme B..., trente-un ans, ménagère, entrée le 12 mai 1893.

Maladive et bizarre depuis six ans, à la suite de la mort d'un de ses enfants. A l'entrée, se croit empoisonnée par une voisine « a un combat, un cuisement » dans le corps. Fait, à son gré, la pluie et le beau temps. Hallucination de l'ouïe : entend une voix en haut et à droite. Hallucination de la vue : a vu la Vierge et l'enfant Jésus. En 1894, idées de grandeur. En 1895, accès d'agitation, on lui a volé ses enfants. Incohérence, volubilité : Si on ne m'avait volé que seize cent milliards, je ne me plaindrais pas. Observée trois ans. Durée probable neuf ans.

OBS. XXXII. — M... (Pauline), veuve M..., quarante-huit ans, rentière, entrée le 2 avril 1892.

Se prétend volée. A été réclamer au consulat suisse, a écrit sur des cartes de visite des signes cabalistiques et les a mises à la poste, s'excite facilement, devient incohérente, entremêle tous les sujets les plus divers.

De plus en plus incohérente. Parle nuit et jour. Répond à des voix. Mélange d'idées de persécution et de grandeur. Observée trois ans.

OBS. XXXIII. — T... (Claudine), femme B..., entrée le 1^{er} avril 1894, couturière, quarante-un ans.

Entrée avec du délire systématisé. Est poursuivie par deux curés, une sœur de Saint-Vincent-de-Paul et un rebouteux.

Faiblesse mentale et incohérence sensible. Même état actuel. Les sœurs lui disent des injures. Elle a hérité du nom d'un évêque et habite dans la grande noblesse. Un peu plus incohérente.

OBS. XXXIV. — V... (Louise), femme R..., quarante ans, cuisinière, entrée le 2 avril 1894.

Alcoolique. On lui a lancé un sort. La physique la fait parler. Elle entend le téléphone. On l'empoisonne.

Actuellement V... n'est pas son nom. Elle s'appelle « Sité (sic) des Dieux ». Elle est l'Immaculée Conception. Mêmes idées de persécution. Incohérence. Observée vingt mois.

OBS. XXXV. — D... (Marie Marguerite), metteuse en main, trente-six ans, entrée le 24 mai 1894.

Donne des signes d'aliénation depuis un mois? Est surexcitée. A des hallucinations de l'ouïe qu'elle attribue au magnétisme. On lui prend son nom, sa mémoire, son intelligence, sa pensée. Plus tard, illusions de la vue, puis incohérence et idées mégalomaniaques.

Aurait un revenu de cent mille francs.

Observée dix-neuf mois.

OBS. XXXVI. — Th... (Marie), quarante-six ans, ménagère, entrée à l'asile le 23 septembre 1888.

A son entrée, délire de persécution systématisé avec hallucinations des sens. Excitation. Surdité.

Le curé et le maire de son village, à propos d'un héritage, cherchent à l'étrangler, la calomnient, la poursuivent de bruits étranges, même à l'asile... Le curé fait prêcher contre elle. Mars 1889. Pas d'amélioration, même délire.

Hallucinations persistantes. Voit le maire et le curé de son village venir tous les jours à l'asile. Est empoisonnée tous les jours.

A droit à cinquante mille francs de dommages et intérêts si on la retient plus longtemps ici.

Etat actuel : très sourde. Veut s'en aller... Se plaint toujours de son curé..., se plaint qu'on l'empoisonne.

Réclame cinquante mille francs de dommages-intérêts.

Incohérence et affaiblissement intellectuel.

OBS. XXXVII. — Ch... (Marie-Joséphine), trente ans, entrée le 21 août 1876. Antécédents héréditaires ou personnels inconnus. Affaiblissement intellectuel. Perte de la mémoire et des sentiments affectifs. La nuit, elle voit autour de son lit des hommes qui lui font la physique ; elle leur parle et prend

son sabot pour les chasser. On lui arrache des morceaux de son corps ; on lui scie les dents, mais elle prend les morceaux et les recolle. On lui a pris un œil.

Se croit la propriétaire de l'asile.

Etat actuel : mêmes idées de richesse, on lui arrache les chairs. Affaiblissement intellectuel.

Les malades de ce premier groupe ont parcouru toutes les phases de l'évolution du délire de persécution. Quelques-uns sont allés jusqu'à la déchéance intellectuelle la plus complète ; les autres s'y acheminent plus ou moins lentement. Ils reproduisent donc bien le délire classique, au moins dans ses grands traits symptomatiques. L'extrême rareté de la disparition totale des idées délirantes vient justifier l'opinion de M. Falret, qui pense que ces idées persistent toujours. Moins absolus, nous admettons, d'après nos observations, que les idées délirantes persistent très longtemps, il est vrai, mais que la démence se rencontre aussi, bien qu'à des degrés divers.

Cette donnée de la clinique est corroborée, d'ailleurs, par les recherches anatomo-pathologiques. On trouve chez certains persécutés, et c'est l'avis de M. le professeur Pierret, des lésions de méningite chronique et des altérations qui représentent anatomiquement le côté dementiel de la paralysie générale, au point de ne pouvoir faire aisément la différence. Des persécutés âgés montrent des lésions de démence sénile. Il faut ajouter que pour d'autres, on ne trouverait que des lésions encore contestables qui répondent à des hallucinations persistantes ; mais, sur ce point, la question a besoin d'études plus complètes.

Parmi nos observations, en est-il qui répondent au délire chronique de M. Magnan ? A première vue, toutes semblent s'y rapporter ; mais une analyse méthodique nous rend perplexes pour certaines d'entre elles.

Ainsi, dans l'observation I, nous relevons des stig-

mates physiques et psychiques de dégénérescence sans parler d'une hérédité très lourde.

L'observation II est passible des mêmes reproches ; dans les observations IV, X, XI, le délire a débuté après cinquante ans ; l'observation V se rapporte à une malade entrée à vingt-huit ans, en pleine systématisation délirante ; il s'agit donc d'un début précoce ; en outre, les hallucinations persistent avec une démente très nette.

L'observation VI est celle d'un persécuté alcoolique ; la malade de l'observation VII, entrée à l'asile avec des idées de persécution et de grandeur, avec des hallucinations, arrive en un an à la démente : c'est bien rapide pour un délire chronique. Dans les observations VIII et IX, nous voyons intervenir le facteur puerpéralité.

Il ne nous reste donc que les observations III, XII et XIII ; malheureusement, ces observations sont incomplètes par suite du manque de renseignements sur l'état mental de ces malades avant leur internement.

Une analyse rigoureuse fait donc surgir, en face de plusieurs de nos observations, des objections qui gênent beaucoup pour en faire des cas francs de délire chronique. Pour les malades de notre seconde catégorie, il en est de même.

Dans l'observation XV, le délire débute à vingt-trois ans ; l'observation XXIX est celle d'une buveuse d'absinthe qui a fait plusieurs séjours dans les asiles, et qui allait bien lorsqu'elle cessait de boire ; en outre, son père et une sœur sont aliénés ; l'observation XXIV nous montre un délire de persécution en connexité avec une affection cardiaque.

Nous paraissent rentrer dans le cadre du délire chronique les observations XIV, XVI à XXIII, XXV à XXVIII, XXX à XXXVII, soit seize observations.

Nous y relèverons seulement la persistance simultanée des idées de persécution et des idées ambitieuses pendant de longues années, ainsi que la lenteur d'évolution de la démence. L'observation XVIII est même remarquable à ce dernier point de vue ; les premières traces d'affaiblissement intellectuel se sont montrées en 1880 ; et la démence n'a pas fait de progrès bien sensibles depuis cette époque. Remarquons, néanmoins, que ces seize observations sont des cas complets de délire de persécution à évolution systématique.

DEUXIÈME VARIÉTÉ. — **Délire de persécution avec mégalomanie sans démence.**

A côté des malades qui présentent des caractères démentiels manifestes, il en est d'autres chez lesquels on ne peut les retrouver, bien qu'ils soient à la période des idées mégalomaniaques depuis plusieurs années, quelques-uns depuis quinze ans. Ce sont ceux dont nous donnons les observations ci-après. La première seule présente quelques traces d'affaiblissement intellectuel et sert de transition entre les observations des deux premières variétés.

OBS. XXXVIII. — G... (Benoît), quarante et un ans, entré le 26 octobre 1888.

Pas d'antécédents héréditaires connus.

Etant jeune, il s'est donné volontairement un coup de couteau avec l'intention de se tuer. A toujours eu des idées tristes. S'est masturbé. A commencé à entendre des voix en 1870 ; il avait alors vingt-trois ans. Puis, dans la maison qu'il habitait, un employé de chemin de fer s'est mis à lui lancer de l'électricité. Depuis lors on l'électrise. Des femmes le poursuivent partout. Elles lui électrisent les organes génitaux, lui pompent son sperme. Le délire se systématise de plus en plus. Sa famille se mêle à ses persécuteurs. Il entend les voix de son beau-frère, de sa sœur.

Des hallucinations de la vue se montrent en 1890. En 1893,

il révèle des idées mégalomaniaques. Il a compris les choses. Il a vécu plusieurs vies ; la présente est la cinquième, il était comte de Tournon, du temps de la féodalité, mais on lui a pris ses papiers.

Une poussée de rhumatisme articulaire aigu, accompagnée d'endocardite et suivie d'insuffisance mitrale, n'interrompt pas le délire qui est actuellement identique à ce qu'il a toujours été et accompagné d'hallucinations de l'ouïe et d'hallucinations de la sensibilité générale. On commence à saisir un peu d'incohérence. Mais la mémoire est intacte. Observé sept ans. Délirerait depuis vingt-cinq ans.

OBS. XXXIX. — G... (Elisa), vingt-neuf ans, dévideuse, entrée le 17 octobre 1877.

Déclare à l'entrée être persécutée depuis trois ans par ses voisins. Elle entend des voix. Elle voit des personnes s'approcher d'elle pour la tourmenter par la physique.

Est encore, après dix-huit ans d'observation et vingt et un ans de délire, à en croire ses aveux, en pleine vigueur intellectuelle. Le délire s'est systématisé. Elle est devenue mégalomaniaque, doit hériter de Louis XVIII ; son père est Louis XX. Mais les hallucinations et les idées de persécution persistent. Pas d'incohérence. Pas d'amnésie. Observée dix-huit ans.

OBS. XL. — F... (Françoise-Elise), femme V..., quarante-huit ans, entrée à l'asile le 20 avril 1882.

Un frère atteint depuis douze ans d'aliénation mentale.

Migraineuse du côté droit. Aurait présenté les premiers signes d'aliénation mentale, il y a quatre ans, après la mort d'une fille de quinze ans.

C'est peu à peu et progressivement que la malade est arrivée à l'état mental actuel. Des idées mélancoliques ont ouvert la scène, puis sont survenues des hallucinations de la vue et de l'ouïe (apparition de diables qui proféraient des menaces et la tourmentaient).

Plus tard, délire de persécution. La malade accusait les membres de sa famille, de son entourage, de vouloir l'empoisonner, l'assassiner. Elle se défiait de tout le monde. Elle a eu des accès d'agitation maniaque.

A l'asile le délire se perfectionne. Elle est persécutée au moyen de l'électricité nuit et jour, pour qu'elle perde le souvenir de son origine. Elle est en effet, une d'Orléans et aurait droit à une immense fortune. Elle écrit de longs factums où elle se plaint des persécutions qu'elle subit de la part d'un

M. Lebrule, qui mène toute une bande, se cache dans un caveau de l'asile et lui envoie de là de l'électricité. Il fait souffrir ses enfants. Elle les entend crier toutes les nuits. On lui a volé plus de 100,000 francs.

Le délire est très cohérent. Cependant quelques troubles de la mémoire. Ainsi, en 1889, elle a écrit à l'empereur Napoléon III.

Cette malade a de la sclérose des deux conduits auditifs.

Observée treize ans.

Obs. XLI. — V... (Marie-Françoise-Eugénie), trente-trois ans, tisseuse, entrée le 21 février 1885.

A toujours été délicate et nerveuse. Les troubles mentaux auraient apparu il y a deux mois, à la suite d'une frayeur. Insomnie, puis mélancolie. Hallucinations de l'ouïe. On l'insultait dehors, on lui reprochait d'avoir mal fait. On répandait constamment chez elle du poil de chat. La malade cherchait partout pour détruire et brûler ces poils. On lui a salé et resalé les mains.

A l'asile on la laisse tranquille. Mais elle a compris pourquoi on la persécutait. C'étaient des personnes jalouses de son habileté qui la tourmentaient. C'est une femme qu'elle ne connaissait pas qui l'a trahie et fait enfermer. Du reste, elle n'est pas la fille V... Le nommé V... est son père nourricier, ses vrais parents sont très riches, mais on lui a volé ses papiers.

Pas d'affaiblissement intellectuel sensible actuellement après dix ans d'observation.

Obs. XLII. — L... (Joséphine), quarante-cinq ans, lingère, entrée le 23 juin 1885.

Début inconnu, était enfermée chez elle. On l'insultait dans les rues, on l'appelait fille de mauvaise vie. Elle était poursuivie par les voisins, la police, l'archevêque. On l'attaquait dans les journaux. Mais au contraire, elle a mérité la Légion d'honneur et l'a portée dans les rues.

Morte de pneumonie gauche à cinquante-quatre ans, après neuf ans de séjour à l'asile, avec le même délire, sans affaiblissement intellectuel.

Obs. XLIII. — B... (Benôite), trente-neuf ans, couturière, entrée le 28 janvier 1886.

Un frère aliéné, non interné.

Le début des troubles mentaux remonterait à quinze jours avant l'entrée. Mais elle arrive avec un délire très complet.

Hallucinations de l'ouïe. Illusions de la vue. Elle a des

ennemis, on a voulu lui faire du mal, l'empoisonner. On la tourmente par l'électricité. Elle nomme ses persécuteurs.

Le délire des grandeurs se montre deux ans après. Elle a été baptisée par le procureur de la République du nom de Gaminette de R..., Jeanne d'Arc en second, beau nom qui a été souillé et sali de toutes façons. Dès lors, elle signe ainsi toutes ses lettres.

Actuellement mélange de délire de grandeur et de délire de persécution. « On a voulu m'interner pour m'égorger, mais je sais tout. » Ton déclamatoire. Pas d'affaiblissement intellectuel, séjour de neuf ans à l'asile.

OBS. XLIV. — G... (Eugénie-Adèle), veuve G..., quarante et un ans, entrée le 4 septembre 1886.

Mère aliénée atteinte de délire de persécution.

Chorée dans l'enfance. Deux récurrences. Mérite grave. Début par une frayeur. Entre à l'asile avec des hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale. Elle est victime de l'électricité. Les idées mégalomaniaques se montrent depuis un an seulement. Elle est comtesse de Chambord. Actuellement elle dissimule avec soin toutes ses idées. Mais son délire est en pleine activité et se trahit par ses allures. Elle est très susceptible et très violente.

Pas d'affaiblissement intellectuel. Observée neuf ans.

OBS. XLV. — M... (Marie), ménagère, quarante-cinq ans, entrée le 28 décembre 1887.

Depuis l'entrée, le délire n'a pas varié, sauf à la suite d'une fièvre typhoïde légère en 1893, suivie d'une légère accalmie, puis d'une reprise des idées délirantes. Est persécutée par les infirmières et les internes qui la violent la nuit, lui disent des sottises, la rouent de coups. Elle écrit de longues lettres de plaintes et est protégée par de puissants personnages. Pas d'affaiblissement intellectuel. Elle s'occupe des travaux intérieurs de la division, mais se refuse à tous soins et tout examen. Observée huit ans.

OBS. XLVI. — J... (Amélie), quarante-trois ans, rentière, entrée le 27 mai 1888.

Sa mère, très exaltée, morte à soixante ans de congestion cérébrale, l'aurait très mal élevée et rendue vaniteuse à force de compliments.

Serait hallucinée depuis dix ans, à la suite de chagrins d'amour. Elle entendait dans le plafond, dans la serrure, un nommé P... qui est devenu l'objet de sa haine et de ses me-

naces. Elle le voyait couché chez ses voisines. Il lui mettait du poison dans ses aliments. Violentes colères contre cet homme. Sa haine contre lui se généralise à tout le sexe fort, et elle va gifler des messieurs dans la rue.

A la suite de ce délire la malade a pris une haute idée de ses qualités et de ses vertus. Elle est fort belle, possède beaucoup d'esprit, est capable de séduire, devait épouser un prince.

Elle parle par aphorismes : « La méfiance est mère de sûreté ». Airs romanesques. Prétend savoir la médecine. Sa tête est froide. Elle est pleine d'eau, parce qu'elle a habité des endroits humides. Elle est constamment couverte d'un vaste chapeau.

Accès d'agitation intercurrents. Prétend souffrir le martyr. Pousse de gros soupirs. Se bouche les oreilles quand on lui parle. Très sauvage. Ne parle à personne. Toujours hallucinée avec un délire très actif. Pas d'affaiblissement intellectuel. Observée sept ans. Dix-sept ans de délire.

OBS. XLVII. — D... (Augustine), femme R..., quarante-neuf ans, ménagère, entrée le 2 juillet 1888.

A fait un séjour en 1881, entrée en plein délire, avec hallucinations de la vue, de l'ouïe et de la sensibilité générale. Idées mégalomaniaques. Elle croit posséder quatorze maisons et des terres d'une étendue considérable.

Cette malade a subi plusieurs condamnations pour vol et vagabondage; elle est séparée de son mari depuis cinq ans. Très probablement alcoolique. Sortie le 8 mars 1882, guérie.

Rentrée en 1888. Très persécutée. Un monsieur dont elle dit le nom lui a volé deux millions. Un comte lui a pris trois maisons qui ont plus de deux cents locataires. Elle possède encore huit maisons toutes neuves.

Accès d'agitation intercurrents. Tentatives de suicide.

Actuellement ne parle plus de sa fortune. Est surtout persécutée. Prétend qu'on veut l'envoyer périr dans les bois de Madagascar.

Observée sept ans de suite, connue depuis quatorze ans. Très probablement délirante depuis vingt ans.

OBS. XLVIII. — Ch... (Marie), cinquante ans, dévideuse, entrée le 22 janvier 1886.

Grand'mère paternelle morte aliénée.

Les troubles mentaux ont débuté il y a trois ans. La malade a craint d'être empoisonnée. Puis, elle entendit des voix menaçantes et se crut poursuivie par des ennemis. Ces troubles se

sont accompagnés d'idées mégalomaniaques. Elle s'est agitée, s'est mise à parler avec volubilité des richesses et des propriétés qui lui appartenaient. Toutes ces richesses lui venaient de son « Virginat » constaté médicalement. Les idées de persécution, moins accentuées, ont persisté cependant jusqu'à la mort, survenue par diarrhée chronique le 26 novembre 1888. Délire de cinq ans. Observée trois ans.

OBS. XLIX. — P... (Marie-Sophie), quarante-trois ans, cuisinière, entrée le 16 mai 1891.

Mère morte cancéreuse.

A fait des pertes d'argent. Insomnie et hallucinations de l'ouïe, depuis un mois. Les voisins, la nuit, faisaient du vacarme dans sa maison. Elle aussi en faisait pour les faire taire. A l'asile, on l'insulte, on la maltraite. Les hallucinations de l'ouïe continuent. On lui dit : Nous allons te voler. Elle a la pensée ouverte. On l'a internée pour lui prendre sa fortune : l'asile lui appartient. Observée quatre ans.

OBS. L. — C..., femme Co..., ménagère, quarante-un ans, entrée le 9 mai 1891.

Elle est poursuivie par « des avertissements ». Le maire de sa commune en remplit sa maison. Elle ne les voit pas. Mais elle est obligée de se laisser violer par eux. Ils la font « venir » (jouir). Ils font venir son enfant. Il y a vingt ans que cela dure. Hallucinations multiples, surtout génitales. Des hallucinations visuelles se montrent à l'asile. Idées de grandeur. Elle est propriétaire de tout. Elle voit son mari, son fils ; on l'injurie. Pas d'affaiblissement intellectuel.

Observée quatre ans.

OBS. LI. — B..., femme V..., trente-trois ans, couturière, entrée le 21 octobre 1891.

Début à la fin de l'été 1889, entend des gens dire du mal d'elle lorsqu'elle passe, l'accuser d'avoir tué son oncle. Plusieurs fois, elle s'est sauvée de chez son mari, ne se croyant pas en sûreté.

En septembre 1890, manifeste des idées de suicide, fait un séjour de deux mois dans une maison de santé. Deux ou trois mois après sa sortie, le délire reparait avec plus d'intensité. En même temps, idées de grandeur ; avait hérité d'une grande fortune et on l'empoisonnait pour la dépouiller. Frappe son mari parce qu'il ne la débarrasse pas de ses persécuteurs.

Le délire mégalomaniaque augmente. Elle se croit la mère de Bismarck et signe une lettre Marie de Balzac. En dernier lieu

elle renie son état civil, n'est ni la fille de M. B..., ni la femme de M. V... Son vrai père s'appelait Luiza Philippa del Tre-fouilla. Elle n'a jamais été mariée, mais collée. Est toujours taquinée et poursuivie. On l'a dépouillée de tout. Observée quatre ans.

Obs. LII. — D..., femme M..., ménagère, trente-deux ans, entrée le 7 mai 1891.

Famille maternelle nerveuse. La malade a toujours été nerveuse, surtout au moment de ses règles. A fait une fugue de deux jours hors de son domicile.

A l'entrée, se plaint vivement de son mari qui la battait et à qui sa famille faisait boire de l'absinthe pour l'irriter contre elle. On a tenté de l'empoisonner plusieurs fois, on lui envoie de mauvaises odeurs. Le délire se précise peu à peu. Elle renie sa famille, appelle son père son ex-père, prétend n'avoir jamais été mariée, son mari n'est que son associé. Elle est riche à millions. On la dépouille, on l'insulte, on la bat. Ce délire s'accroît, surtout depuis un an. Pas d'affaiblissement intellectuel. La malade présente concurremment le syndrome de Basedow. Observée quatre ans.

Obs. LIII. — D... (Marie-Mathilde), lingère, quarante et un ans, entrée le 3 novembre 1894.

Buveuse d'éther. Entrée à l'asile avec des hallucinations de la vue et de l'ouïe. Elle voit ses parents enchaînés.

Depuis quelques mois son délire s'accroît. Elle se voit poursuivie et ensorcelée. On la poinçonne avec de la rage et de la vérole noire. On a mis en relief « son boyau cadastral ». Elle croit avoir été mariée et avoir eu plusieurs enfants. Sa dot s'élevait à 100,000 francs. Pas d'affaiblissement de la mémoire. Très légère incohérence. Se plaint de ne pouvoir rassembler ses idées; elle ne peut soutenir une conversation; « il lui faut le temps de réfléchir »; elle a une multitude de fils d'araignée dans la tête qui lui brouillent le cerveau. Observée un an.

Obs. LIV. — Ch..., comptable, 35 ans, entré le 5 juillet 1895.

Employé au ministère des Colonies, a fait de nombreux séjours dans les pays chauds. A eu les fièvres. Désigné pour le Tonkin, n'a pas voulu partir et a démissionné il y a un an.

Raconte avec beaucoup de réticences que sa femme et ses parents avaient un grand intérêt à le voir repartir aux colonies. On l'a dépouillé d'une fortune acquise par de grandes découvertes et un héritage. Sa femme a fait disparaître tous les papiers

qui lui permettaient de faire valoir ses droits et l'a fait enfermer. Malade taciturne, très intelligent. Observé six mois.

OBS. LV. — Délire des persécutions. Hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale. Illusions de la vue. Mégalomanie, sans affaiblissement intellectuel. Albuminurie.

D... (Annette), domestique, trente-quatre ans, entrée le 1^{er} août 1895. Il y a six semaines, raconte-t-elle, elle serait devenue enceinte et dès ce moment aurait eu à subir des persécutions de la part de sa sœur et d'un sergent de ville. Sa sœur la fait appeler D..., mais en réalité, elle s'appelle d'Orléans. Elle est très riche, très puissante, quoique cuisinière.

Refuse les aliments parce qu'ils sont empoisonnés. Prétend n'avoir pris aucune nourriture depuis trente-deux jours.

S'excite, menace parce qu'elle s'entend injurier.

Pas de troubles moteurs ou sensitifs.

Rien aux poumons, rien au cœur.

Léger goitre; un peu de tachycardie; pas de tremblement digital. Pas de troubles digestifs.

Inégalité pupillaire. Asymétrie expressive.

Il y a quelque temps, elle aurait eu des douleurs en éclair dans les jambes et les pieds; ces douleurs ont disparu. Les urines contiennent de l'albumine, pas de sucre.

30 août 1895. — Illusions de la vue: prend un interne pour un de ses parents. Dit que Louis XVI est venue la voir. Se croit beaucoup plus jeune qu'elle ne l'est en réalité. Mes parents ont eu la peste, dit-elle, moi aussi... je suis guérie... nous sommes tous des fumiers.

Etat actuel. — La malade dissimule ses idées de grandeur, et nie ses récits antérieurs. On lui fait toujours des misères. On m'arrache la tête, dit-elle, je ne suis pas folle... je ne suis pas riche... je ne demande que la liberté.

Pas d'affaiblissement intellectuel.

Ce qui frappe dans les observations de cette deuxième catégorie, c'est, outre l'absence de démence, la persistance simultanée des idées de persécution et de grandeur. Dans l'une d'elles (observation XLVII), le délire mégalomane semble avoir disparu, les idées de persécution persistent seules. Cela concorde encore mieux avec l'opinion de M. Falret sur ce point, opinion

que nous avons déjà vue fréquemment confirmée chez les snjets de notre première catégorie.

De telles observations pourrions-nous conclure, avec M. Falret, que la démence fait défaut dans le délire de persécution à évolution systématique ? Cette conclusion est bien tentante, et nous avons des cas de délire ayant duré dix-neuf, vingt et un, vingt-cinq ans même, qui militent en sa faveur. Mais les partisans de la terminaison fatale par démence auraient beau jeu pour répondre que celle-ci pourra encore survenir à la longue même chez ces malades.

On ne peut donc pas, pour cette seule raison, l'absence de démence, exclure ces malades du cadre du délire chronique.

Paraissent sortir plus nettement de ce cadre : l'observation XXXVIII dont le début a été trop précoce (vingt-trois ans) avec idées de suicide dans l'enfance ; l'observation XXXIX dont le délire a été systématisé à vingt-six ans ; les observations XL et XLVIII, où le début est plus tardif, presque à la ménopause et dans lesquelles nous relevons des antécédents héréditaires ; les observations XLIII et XLIV, où les allures raisonnantes des malades et des accidents nerveux de l'enfance, joints à une hérédité lourde, feraient plutôt penser à des psychoses héréditaires ; enfin l'observation LIV, dont le délire est en connexité avec le mal de Bright.

Il reste les observations XLI, XLII, XLV, XLVI, XLVII (cette dernière sous la réserve de la disparition du délire mégalomaniac) et les observations XLIX, L, LI, LII, LIII, LIV. Mais la courte durée du séjour de ces malades à l'asile ne nous paraît pas permettre d'affirmer que ce seront autant de délirants chroniques.

(*A suivre.*)

Législation

CONTRIBUTION

A

L'ARTICLE 8 DE LA LOI DU 30 JUIN 1838

Par le Dr Henry BONNET.

Pendant longtemps on croit avoir parfaitement obéi à l'assurance de formalités administratives et légales vis-à-vis desquelles on est convaincu d'avoir été d'une conduite exacte. Jamais un dérangement ne s'était présenté sur le chemin parcouru et, un beau jour, on est profondément surpris de se trouver en face d'une situation difficile qu'on ne peut éviter et qui vient créer une jurisprudence particulière.

Quand on se rapporte aux simples actes de police, généraux et locaux, qui géraient la matière relative aux aliénés, on ne devra pas s'étonner de l'admirable étude qui fut faite, et déjà lors des lois de Finances de 1836 et 1837, avant même que la loi de 1838 ne fût promulguée. Autant qu'il est permis d'envisager le présent et l'avenir, on s'efforça de ne rien laisser à l'imprévu.

Nous connaissons le dispositif si doctoralement élaboré par le gouvernement de l'époque et soumis aux Chambres. Je retrouve, en substance, dans les paroles d'un grand homme d'Etat, M. Vivien, qui fut rapporteur général, les paroles suivantes : « On a dû se pénétrer, dans les formules de la loi, de mettre bien en relief

toutes les garanties que doivent avoir la Société, les individus et les familles. Rien n'a paru avoir été oublié dans l'examen minutieux des conditions administratives et légales ressortissant aux multiples éléments économiques et hospitaliers ; mais malgré les meilleures intentions, et malgré la plus scrupuleuse sagesse apportée dans le travail de la loi, on doit fatalement compter sur des imprévus que l'expérience seule fait découvrir. » C'est ce qui est arrivé pour les cas que je vais rapporter, et sur lesquels on ne saurait trop appeler l'attention de l'Administration supérieure et celle des nouveaux législateurs.

Un homme, le sieur G..., atteint de manie chronique, est placé par sa femme à l'établissement d'aliénés de Châlons-sur-Marne; toutes les justifications exigées par la loi sont fournies, et le placement a lieu à la troisième classe de pension. Au bout d'un certain temps, et pour des motifs financiers dans lesquels il n'est pas permis d'entrer, la femme fit descendre son mari à la quatrième classe ; mais elle ne paya plus, malgré toutes les réclamations et le plus grand tempérament exercé à son égard pendant deux ans. On n'ignorait pas qu'elle avait des ressources ; mais l'absence du mari tombé en démence absolue avait donné lieu, par l'intermédiaire de gens d'affaires véreux, à des tripotages et à des ruines ; et, pour réagir, l'administrateur provisoire n'avait pas dans les derniers articles de la loi des pouvoirs suffisants. Le Préfet fut averti et le recouvrement des sommes dues donna lieu à des poursuites à la diligence de l'Administration de l'enregistrement et des domaines. Celle-ci, malgré beaucoup de difficultés, allait vigoureusement opérer lorsque la femme du malade, suggérée par certains conseils, constitua avoué et donna citation à l'Asile devant le tribunal de première instance de Châlons-sur-Marne à cette fin de cesser les poursuites, et les conclu-

sions de l'avoué étaient que la femme, étant sous puissance de mari, n'avait pas eu et n'avait pas, d'après le Code civil, le droit d'agir par elle-même ; donc, elle ne devait pas placer son mari et, en tous cas, disposer de fonds auxquels elle n'avait pas le droit de toucher.

Le cas qui se présentait était tout nouveau, et il avait fallu avoir affaire à un retors bien inventif pour se trouver en face d'une procédure aussi étrange. Le Préfet, au nom de l'Asile, ne pouvait que constituer avoué de son côté et accepter le procès. Le tribunal de Châlons-sur-Marne rendit un jugement au profit de la partie adverse et donna tort à l'Asile.

Il résulte, d'ores et déjà, sans vouloir escompter l'avenir, une jurisprudence qui, contrairement à l'article 18 de la loi de 1838, désapprouve la femme d'un mari non interdit dont elle n'est pas tutrice pour l'avoir placé, et lui donne ensuite raison pour n'avoir pas payé une pension dont elle a pris l'engagement, par ce motif que le Code civil défend à une épouse d'agir sans la permission du mari dont elle est sous puissance. Ce que, tout de même, elles sont belles certaines conclusions juridiques !

Le fait que je signale aux collègues de la profession est un fait intéressant ; il s'en détache un fait d'antagonisme entre l'article 8 et l'article 14 de la loi. En premier lieu, et le législateur avait raison, chacun est admis à faire placer, mais en constatant son individualité d'après la loi du 25 ventôse an II. Cette documentation de l'article 8 est formelle ; et, si l'article 14 de la loi paraît en antagonisme, la supposition de cet antagonisme serait plus superficielle que réelle ; le Gouvernement, en 1838, aurait voulu, dans son dispositif, que l'autorité fit les placements indiqués à l'article 8.

C'est à quoi s'opposèrent les Chambres, sur la demande du Rapporteur, parce qu'il est pressant de pourvoir au traitement d'un aliéné, que la responsabilité de

la famille disparaîtrait et passerait tout entière à l'Administration. Mais, dans le fait qui nous occupe, et d'après le texte de la loi, la femme doit pouvoir placer son mari comme tout passant qui, mû par un sentiment de charité et s'inspirant de l'urgence, peut, à ses risques et périls, placer un aliéné en excipant de son individualité comme le veut l'article 9 de la loi du 25 ventôse an XI ; mais, par une antinomie regrettable, le Code civil vient mettre le haro. Non, dit-il, la femme ne peut pas ; elle est sous puissance de mari ; celui-ci n'étant pas interdit, la femme ne peut agir qu'avec autorisation du Président du tribunal. Or, se reposant sur une économie philosophique des plus belles, les protagonistes de la loi de 1838, ainsi que les législateurs, repoussèrent l'interdiction préalable à l'internement d'un individu, interdiction exigée jadis par les vieux règlements de police et dont on connaît tous les viciens côtés. Il y a donc là une impasse avec un fil de Damoclès qu'il faut, de toute force, détruire ; dans un cas aussi difficile que délicat, le besoin existe d'un amendement à la loi ; rien ne pourrait être tranché par simple voie administrative. Au cas présent je ne peux que me cantonner sur un point et ne point entreprendre un entier commentaire de l'article 8 ; mais, en face de la jurisprudence qu'on peut invoquer du tribunal de Châlons-sur-Marne, que devient envers une épouse le rôle de ceux qui ont le droit de placer sous leur responsabilité propre ; et, que devient ensuite le rôle antagoniste de l'épouse ? c'est ce que nous verrons dans un instant.

Un immense principe charitable avait présidé, et c'est ce qu'on voit dans le beau rapport de M. Vivien, aux placements pour garantir les sécurités médicales de l'individu ; la grande philosophie était, surtout, hospitalière, ce qui n'empêchait pas, dans d'autres articles, la protection de la liberté individuelle, les droits connexes

et, en même temps, séparatifs de l'administration et de la justice. C'est tellement vrai que l'article 14 fut rédigé dans ce dernier sens : « Placez, dit la Loi ; nous vous donnons, et à tous égards, nous vous accordons toutes facilités d'intérêt médical, de latitude familiale et de sécurité sociale ; mais, nous avons toujours le droit, soit par la famille, soit par d'autres, soit par l'autorité publique, de retirer une personne, et à l'heure que nous voulons. » Si l'article 8 ne spécifie pas de noms, l'article 14 les mentionne et marque les garanties et oppositions, mais sous l'œil vigilant de l'article 30 qui peut rendre les contrevenants passibles des articles 40 et 41.

Si la jurisprudence du tribunal de Châlons-sur-Marne passait malheureusement en coutume, je laisse à l'appréciation de chacun le soin de se rendre compte des embarras continuels qui surviendraient ; et si, lors de l'entrée, l'épouse ne peut agir qu'autorisée par le Président du tribunal civil, il devrait fatalement résulter la même chose pour la sortie. C'est un raisonnement par l'absurde que je fais ; mais, il est vrai, et l'on voit de suite l'adulteration portée à la loi qui veut la sortie immédiate lors de la guérison constatée.

Dans tout ce que je viens d'énoncer il n'y a pas seulement querelle de mots. La femme ne pouvant ester en droit, d'après le Code civil, sans le certificat du mari, le Tribunal est arrivé à cette conclusion paradoxale juridique que l'épouse d'un aliéné n'a pas le droit de le placer et de payer sa pension. Or, voyez-vous un aliéné forcé d'autoriser sa femme, lui dont on peut attaquer tous les actes comme *incapax* et qui, dans l'intérieur d'un asile, n'a le droit de rien signer et est placé sous des protections légales qui empêchent toutes malversations à son égard. Le même fait pouvant se renouveler dans tout établissement public ou privé, il y aurait lieu, dans la confection d'une nouvelle loi, de bien préciser les

philosophies de placement de sorte que l'intérêt de la famille soit respecté, mais qu'aussi le courant administratif ne soit pas interrompu et qu'on ne se trouve pas dans une situation délicate au point de vue financier et par rapport à une modification de placement. Au cas présent ici, et pour lequel je ne regrette pas une longueur d'explication, il fallut demander une annulation au Conseil général pour les sommes impayées et non recouvrables ; d'un autre côté, l'Administration devait se substituer à la famille et prendre l'aliéné à son compte. Celui-ci, dément confirmé, n'était pas dangereux ; mais, dénué de ressources, sans protection et incapable de se diriger pertinemment par lui-même dans la vie, il tombait sous le coup de l'article 25 dont la charité a été si bien prévue par la loi. C'est donc, conformément aux articles 18 et 25 combinés, qu'un arrêté préfectoral intervint pour placer définitivement le malade au compte du département.

J'ai maintenant à parler d'un autre cas, se rapportant par un côté au précédent et ne laissant pas, sous un certain point de vue, que d'être délicat et litigieux.

Un homme de trente-cinq ans, atteint de manie chronique avec paralysie générale, est interné. Quand il était bien portant, sa profession de négociant en vins lui avait permis de faire assez bonne figure ; la maladie vint, et toute aisance disparut. La femme du malade ne pouvant disposer de ressources, ce fut le père qui fit le placement de son fils à la troisième classe et prit un engagement régulier de pension. Comme l'aliéné avait tenu un certain rang, on le plaça par exception au pensionnat, sur la recommandation du Président de la commission de surveillance, qui lui portait à lui et à la famille le plus grand intérêt ; par le fait, l'individu se trouvait être pensionnaire de haute classe ; l'administration de l'Asile ne pouvait se montrer plus bienveil-

lante, et tout semblait aller pour le mieux. Sur ces entrefaites, la femme vint à se brouiller avec son beau-père vis-à-vis duquel elle manifesta les plus grands sentiments de méchanceté. Un beau jour elle vint me trouver en m'enjoignant d'avoir à rendre à son beau-père l'engagement de troisième classe que ce dernier avait pris parce que, elle, épouse, se chargerait de son mari et qu'elle le placerait à la deuxième classe. J'eus beau lui démontrer que ce dernier y était par le fait, qu'il se trouvait dans les meilleures conditions, rien ne put ébranler la détermination de la femme. Je lui fis alors remarquer que, d'après l'article 8 de la loi, je ne pouvais admettre qu'elle eût plus de droits pour le placement de son mari que son beau-père et que je ne pourrais admettre une substitution qu'avec la volonté de ce dernier qui du reste, s'y refusa ; j'engageai encore la dame, et cela dans un grand sentiment de conciliation, à payer simplement un supplément et à laisser les choses en l'état. Je ne pus convaincre ; mais je ne pouvais toujours pas consentir à une substitution pour moi complètement illégale. Je priai la femme d'aller consulter à ce sujet le Président du tribunal, qui l'autorisa à prendre un nouvel engagement de pension au détriment du père. Le directeur de l'Asile était alors couvert ; mais ayant de grandes craintes d'avenir pour les recouvrements, la femme étant dans la misère et s'astreignant, je l'ai su plus tard, à aller mendier de porte en porte chez des âmes charitables pour payer la pension de son mari.

Ainsi, voilà encore une correction à faire, des précisions à établir dans l'article 8.

Un individu peut-il se substituer à un autre ayant fait le placement ? La chose est-elle légale ? non, à mon avis ; dans quelles limites cela pourrait-il se faire ? je crois, pour cela, qu'il faut un consentement mutuel ; autrement, comment l'autorité publique pourrait-elle tran-

cher la question. Et puis, on se substitue ; or, si un autre veut encore se substituer, jusqu'où cela ira-t-il ? Dans ce cas encore, l'épouse n'aurait pas, et de par le Code civil, les droits qu'elle croirait avoir. Il serait nécessaire qu'il y eût une clarté des plus catégoriques dans le texte d'une nouvelle loi. Certes, les premiers législateurs ont été d'une rigoureuse sagesse ; mais, on ne peut tout prévoir. Pour l'avenir, il faut que « Caveant Consules ».

Dans un autre ordre d'idées n'a-t-on pas vu, il y a quelque temps, le Tribunal de la Seine condamner à une amende relativement forte un de nos savants collègues, homme profondément estimé et respecté par tous, pour avoir accepté un engagement de pension non écrit de la main de celui ayant demandé le placement. Evidemment, en imposant cette clause, la loi a voulu appuyer sur les garanties personnelles. Mais, ne peut-on point penser avec moi que le Tribunal de la Seine eût pu moins s'attacher à la lettre et davantage à l'esprit ? *Summum jus, summa injuria.*

Bien souvent, et comme tous mes collègues, quand j'ai pu, dans ma longue carrière, faire écrire le placeur, je l'ai fait ; mais, la plupart du temps, on a affaire à des gens qui ne savent pas écrire ou sont tellement émotionnés qu'ils ne peuvent tenir la plume. Dans beaucoup d'asiles, on a donc adopté des formules imprimées que signe la personne faisant la demande d'admission, et elle doit être timbrée, conformément à l'article 12 de la loi du 13 brumaire an VII. Pour les personnes qui ne savent pas écrire ou signer, on a généralement recours à deux témoins patentés qui constatent les choses et l'individualité de la personne. Je sais bien que la loi veut qu'on s'adresse au maire ou au commissaire de police ; mais on ne les trouve jamais, et des retards préjudiciables peuvent se manifester pour l'internement. Il ne faut jamais pousser les choses à l'excès et il faut avoir

le vrai et équitable tempérament dans l'exercice socio-administratif; le contrôle de l'autorité publique peut fort bien s'exercer sans en arriver à des actions judiciaires toujours regrettables pour les juges et pour tous autres.

Je pourrais encore, au sujet de l'article 8, parler de l'interprétation du mot « Médecins » pour les certificats d'entrée. Je me réserve, à ce propos, d'exprimer une opinion en publiant une consultation médico-légale qui me fut, il y a quelque temps, demandée pour une affaire de placement; j'eus le bonheur d'arrêter des poursuites absurdes contre un confrère de la ville et contre un de nos collègues d'un asile.

Établissements d'aliénés.

LES ADJUDICATIONS

DANS LES ASILES D'ALIÉNÉS

Par le Dr DOUTREBENTE

Médecin-directeur de l'asile de Blois.

La loi du 30 juin 1838 a placé les asiles publics d'aliénés sous la direction de l'autorité publique et, dans les *Instructions*, qui accompagnent la circulaire du 20 mars 1857 et lui servent de commentaire, le Ministre de l'Intérieur, à propos de l'article 21, rappelle que, aux termes de l'article 1^{er} de l'ordonnance du 18 décembre 1839, les asiles publics d'aliénés sont placés sous son autorité et par délégation sous celle du Préfet.

Les asiles départementaux d'aliénés sont administrés par un Directeur responsable ; le règlement du service intérieur des asiles publics d'aliénés, fixé par arrêté ministériel du 20 mars 1857, détermine d'ailleurs, les droits et devoirs de ce Directeur et les nombreuses obligations attachées à cette fonction.

Le Directeur est chargé, sous l'autorité du Préfet, de l'administration intérieure de l'asile et de la gestion de ses biens et revenus (art. 11, section IV) ; il prépare les budgets annuels et les soumet, après avis de la commission de surveillance, à l'approbation du Préfet (art. 14).

Le Ministre de l'Intérieur, le 5 mai 1852 (décentralisation des affaires départementales, § 20), rappelait

que la loi du 30 juin 1838 avait donné aux asiles publics d'aliénés une administration ayant un *caractère spécial*, avec une comptabilité *distincte de la comptabilité départementale*; l'inscription, au budget départemental, de sommes pour le service des aliénés, n'étant pas une subvention, mais le remboursement des avances faites par l'asile pour le traitement et l'hospitalisation des aliénés, mis par la loi à la charge du département.

Cette situation, si nettement établie entre le budget de l'asile et celui du département, ne laisse aucun doute dans l'esprit et devrait réduire à néant les espérances de ceux qui, pour des raisons diverses, penseraient à fusionner et à noyer le budget de l'asile dans le budget départemental et cela, dans le but peut-être inavouable, d'utiliser les excédents de recettes d'un service d'assistance publique à l'augmentation des ressources du service des voies de communication (1).

D'origine moderne, le service public des aliénés n'a pas encore profité des largesses de la charité privée, de donations, de rentes et générosités de toutes sortes lui permettant de vivre d'une vie propre et indépendante; des asiles départementaux, parfois créés avec une faible subvention départementale primordiale, ont, depuis 1840, à l'aide d'emprunts, étendu leur domaine agricole, construit de nouveaux bâtiments et remanié les premières constructions, mal conçues ou insuffisamment aérées; cer-

(1) Le Conseil général de la Côte-d'Or, par délibération du 31 août 1876 disposa, en faveur de deux chapitres du budget départemental, d'un excédent de 23,000 fr., provenant du budget de l'asile des aliénés. Il affecta 17,000 fr. à la construction d'une prison-dépôt au Palais de Justice de Dijon et 5,000 fr. de primes pour la destruction des animaux nuisibles.

Mais le Conseil d'Etat, jugeant au contentieux, décida (le 23 mars 1880): *Que les excédents de recettes d'un asile départemental d'aliénés ne pouvaient être affectés, par le Conseil général, à des dépenses départementales autres que celles du service des aliénés, et cela à propos de l'espèce ci-dessus.*

tains asiles ont même adjoint à l'asile initial une véritable maison de santé, un pensionnat, plus ou moins grandiose, en engageant l'avenir par des emprunts que péniblement, mais progressivement, ils remboursent ou auront bientôt fini de rembourser. Les Directeurs de ces asiles ont laissé et laissent dire ceux qui les accusent d'avarice sordide et d'économies mesquines ; ils poursuivent, tranquillement, non, mais courageusement, l'œuvre, de leurs maîtres et devanciers. Paris n'a pas été fait en un jour, pas plus que la majeure partie des asiles d'aliénés. Nous n'ignorons point le sort heureux des Directeurs placés à la tête d'asiles finis d'un seul jet, comme les asiles de la Seine et surtout ceux de la Seine-Inférieure ; mais si ces établissements peuvent servir de modèles aux départements qui ont le moyen de dépenser beaucoup d'argent pour faire grand et beau, il ne paraît pas démontré que ces grandes œuvres soient parfaites et surtout bien adaptées au service pour lequel elles ont été édifiées.

Le modeste Directeur d'un asile de province, si souvent taxé de parcimonie, si éloigné, en apparence, de toute mesure hâtive et progressiste, rouge souvent son frein, surtout s'il est en même temps le médecin en chef, pour résister aux élans de générosité de ces jeunes, mais peut-être imprévoyants collaborateurs : il faut, avant tout, faire honneur à la signature d'un prédécesseur ou à la sienne propre ; il faut conserver au budget son équilibre et une certaine élasticité, pour permettre, à coup sûr, la réalisation progressive des améliorations, dont la nécessité s'impose chaque jour et sous toutes les formes.

L'activité de l'administrateur-médecin doit rayonner en tous sens, elle ne doit pas fuser dans une direction aux dépens des autres ; la systématisation lui est interdite et surtout la spécialisation : ne pas craindre l'essai

de nouvelles méthodes, profiter largement des traditions, de l'expérience acquise et des exemples des collègues de France et de l'étranger, telle doit être la ligne de conduite à suivre. Qu'on ne parle plus à tort ou à travers, avant d'avoir tenu la queue de la poêle ; foin des critiques faciles et peu charitables ; n'engagez pas l'avenir, compagnons de nos luttes, n'oubliez pas qu'on vous attend au pied du mur où, comme dit le proverbe, on voit le maçon. Serons-nous là, pour vous y voir, c'est peu probable, on ne vit pas vieux dans le métier !

Les attributions du Directeur d'asile, administrant sous l'autorité du Préfet, n'ont pas été suffisamment déterminées en ce qui concerne les adjudications de travaux, fournitures diverses et objets de consommation et, en tous cas, ces attributions ou droits ont été compris de façons différentes, suivant le lieu et le temps ; on peut même dire que, de nos jours, la situation est toujours fautive et difficile à établir par des règles précises ou conformes à des instructions fort souvent, d'ailleurs, contradictoires.

L'ordonnance du 14 novembre 1837 détermine la forme, la nature et les exceptions en matière d'adjudications publiques et de marchés de gré à gré, pour les travaux et fournitures au nom des communes et des établissements de bienfaisance ; mais elle n'indique pas l'*autorité* chargée de procéder à l'adjudication. On est autorisé à penser que le maire et la commission administrative, pour les communes d'une part et les hospices de l'autre, ont ce droit, attendu que l'article 20 et dernier est ainsi conçu :

« Les adjudications seront toujours subordonnées à l'approbation du Préfet et ne seront valables qu'après cette approbation. »

Pour les marchés de gré à gré et la dispense d'adjudication, l'article 2 conduit au même résultat.

L'*autorité* qui doit procéder à l'adjudication ne doit pas être autre que les maires et les commissions administratives des établissements de bienfaisance, le Préfet ne pouvant pas procéder à une adjudication, qu'il doit approuver ensuite, pour qu'elle soit valable.

L'ordonnance du 14 novembre 1837 peut-elle être invoquée en l'espèce, les asiles publics d'aliénés n'ayant d'existence légale qu'à partir de la loi du 30 juin 1838?

Malgré l'analogie évidente qui existait entre les fonctions de Directeur d'un asile d'aliénés et celles des commissions administratives des hospices, la question était à résoudre; il en résultait des difficultés et des conflits, dont le Ministre de l'Intérieur, par la circulaire du 8 janvier 1844, a voulu éviter le retour. A cette époque, si les Préfets admettaient, en principe, le droit des Directeurs d'asile à présider les adjudications, le Ministre de l'Intérieur recevait cependant des demandes d'avis ou des consultations sur diverses questions qu'il a résolues ainsi qu'il suit :

Décision ministérielle du 8 janvier 1844.

« Le droit du Directeur d'un asile public d'aliénés, à procéder aux adjudications de fournitures est fondé sur la qualité même de ce fonctionnaire, *véritable délégué de l'autorité publique*, et sur les attributions qui lui sont conférées par l'article 6, § 1^{er} de l'ordonnance du 18 décembre 1839.

« Il est fondé, en outre, sur l'analogie qui existe, quant à la nature et l'étendue de ces attributions, entre les fonctionnaires de cet ordre et les commissions administratives des établissements hospitaliers.

« En effet, les premiers sont, comme les secondes, investis de l'administration intérieure et de la gestion des biens et revenus des établissements confiés à leurs soins respectifs.

« Or, les commissions administratives ayant incontestablement droit, aux termes de l'article 8 de la loi du 16 messidor an VII, de procéder seules aux adjudications de fournitures, il suit nécessairement que les Directeurs, qui, pour les asiles d'aliénés, ont les mêmes attributions que celles dévolues aux commissions administratives, quant aux hospices, peuvent, ainsi qu'elles, procéder aux mêmes adjudications sans l'assistance d'aucun délégué de l'autorité administrative (1).

« *Le Directeur étant l'autorité qui doit procéder à l'adjudication des fournitures*, il est évident que c'est à lui seul qu'il appartient de fixer le maximum du prix ou le minimum de rabais ; et que, sous ce rapport, *l'intervention d'une autre autorité* n'est pas plus nécessaire au fond qu'elle n'est exigée en la forme par la loi du 16 messidor au VII et par l'ordonnance du 14 novembre 1837 ; *cette intervention* n'ayant été prescrite, aux termes du décret du 10 brumaire an XIV, qu'en ce qui concerne les adjudications de travaux et constructions ».

« Vous paraissez croire, Monsieur le Préfet, que les administrateurs des hospices sont, pour procéder aux actes ci-dessus, dans une position plus favorable que les Directeurs d'asiles d'aliénés, en ce qu'ils sont présidés par le Maire, qui, dites-vous, a incontestablement le droit de procéder à ces opérations. J'ai démontré plus haut qu'il y avait analogie parfaite,

(1) 16 messidor an VII. Loi relative à l'administration des hospices civils.

Art. 8. — Tout marché pour fournitures d'aliments ou autres objets nécessaires aux hospices civils sera adjugé au rabais dans une séance publique de la Commission, en présence de la majorité des membres.

quant à ce, entre les uns et les autres ; la présence du Maire n'ajoute aucune force, aucune solennité aux actes passés par les commissions administratives ; car, c'est comme membre de ces commissions qu'il agit et non, comme agent de l'autorité centrale, ayant un rôle à part de la Commission ou exerçant des attributions supérieures ou différentes. Il n'y a donc aucun argument à tirer en faveur de votre opinion de la présence du Maire aux adjudications faites par ces commissions.

« Il me reste à examiner la question relative à la présence des membres de la commission de surveillance. A cet égard encore, je pense que la signature, sur le procès-verbal d'adjudication, des membres qui assistent le Directeur est une précaution utile pour imprimer un caractère plus prononcé de certitude au concours de ces membres, et qui, par conséquent, ne doit point être négligée. Cependant l'omission de cette formalité n'est pas de nature à invalider l'opération. Il en pourrait être autrement d'une adjudication concernant un hospice. Alors, c'est la commission administrative qui procède, et elle ne peut valablement procéder, comme telle, qu'à la majorité de ses membres. Dans ce cas, la condition du nombre devenant une condition d'aptitude, il est indispensable que son accomplissement soit constaté par la signature des membres présents. Au contraire, *le Directeur d'un asile possède, en lui-même, le pouvoir nécessaire pour procéder aux adjudications de fournitures, concernant l'établissement qu'il dirige* et la présence des membres ou de quelques membres de la commission de surveillance, bien que prescrite par l'administration et commandée par la nature des choses, n'est pas une formalité substantielle qui puisse influer sur le sort de ces adjudications. A plus forte raison doit-on décider de même, si des membres de cette commission, ayant été appelés et

ayant assisté, n'ont pas constaté ces faits par l'apposition de leurs signatures au procès-verbal.

« Ce que je viens de dire des membres de la commission de surveillance s'applique également au receveur et à l'économe. Il est convenable, il est utile que ces fonctionnaires soient appelés à assister le Directeur procédant aux adjudications. Il est par conséquent régulier que leurs signatures constatent leur présence ; mais l'omission de cette formalité ne saurait entraîner une nullité qu'aucune disposition de la loi n'a prononcée.

« Toutefois, le Directeur, soit qu'il ne convoque pas les membres de la commission, le receveur et l'économe, soit que, les ayant convoqués, il n'ait pas requis leurs signatures, encourt, dans l'un ou dans l'autre cas, un blâme sévère que l'administration doit lui adresser pour éviter le retour de semblables négligences. »

Le droit des Directeurs d'asiles à procéder aux adjudications de fournitures et objets divers de consommation paraît donc nettement déterminé par la loi du 16 messidor an VII, l'ordonnance du 14 novembre 1837, tandis que *ce droit* ne lui appartient pas en ce qui concerne les adjudications de travaux et constructions (décret du 10 brumaire an XIV, art. 3).

Toutefois, par ricochet, dans une circulaire, très courte d'ailleurs, en date du 30 avril 1845, fort peu de temps après la décision du 8 janvier 1844, le Ministre de l'Intérieur déclarait aux préfets, que les acquisitions de terrains pour l'agrandissement des asiles devaient être faites par les Préfets, au nom, soit de ces établissements, soit des départements, et il ajoutait : « C'est également par les Préfets, qu'il doit, en principe, être procédé aux adjudications de travaux ou *de fournitures* à opérer pour les mêmes asiles. Jusqu'à présent ces adjudications ont été, dans divers établissements, effectuées

par les Directeurs ; mais il vous appartient, Monsieur le Préfet, d'y procéder, soit par vous-même, soit par délégation. »

Après lecture de la décision du 8 janvier 1844, on devait croire que le droit des Directeurs d'asile était nettement déterminé et réduit à l'adjudication des fournitures et objets de consommation ; mais, par une contradiction singulière, inexplicable même, ce droit leur était enlevé d'une façon catégorique, irrémédiable, en admettant toutefois qu'une décision ministérielle longuement motivée, s'appuyant sur des textes formels de lois, ordonnances et décrets, puisse être modifiée par une simple circulaire ; on serait peut-être bien fondé à rappeler que la Cour de cassation a déclaré, par arrêt du 3 août 1861, qu'un décret ne peut apporter de modification à une loi existante et, par analogie, qu'il en est de même d'une circulaire par rapport à une décision.

En présence de pareilles contradictions, on doit s'étonner que des conflits ne surgissent pas plus souvent entre l'administration préfectorale et la Direction d'un asile d'aliénés, conflits de peu d'importance au fond, mais toujours regrettables, d'autant que les résultats d'une lutte, pour si courtoise d'une part et si respectueuse de l'autre, entre le pot de fer et le pot de terre serait inégale et à résultat trop facile à prévoir.

Mais si la circulaire du 30 avril 1845 réduisait à néant le droit des Directeurs en matière d'adjudication, le décret du 25 mars 1852, sur la décentralisation des affaires départementales et notamment les Instructions du 5 mai 1852 relatives audit décret, apportèrent un appui nouveau et définitif enfin à la décision du 8 janvier 1844.

Le § 24 desdites instructions, est réservé aux adjudications et marchés de gré à gré des prisons et *des asiles d'aliénés* ; il y est dit :

« La question s'était élevée de savoir si les adjudications d'objets de consommation, pour le service des aliénés, doivent être passées par les *Préfets* ou les *Directeurs des asiles*. Cette question se trouve résolue par le décret du 25 mars 1852. Puisqu'il vous appartient, Monsieur le Préfet, d'approuver les procès-verbaux d'adjudication, et le plus souvent, les marchés de gré à gré, *c'est le Directeur qui doit procéder aux adjudications et passer les marchés de toute nature pour le service des aliénés.* »

Ce dernier membre de phrase pourrait servir de conclusion aux considérations sus énoncées ; mais il ne nous paraît pas possible d'y adhérer en ce qui concerne le droit aux adjudications de travaux, le décret du 10 brumaire an XIV, art. 3 étant formel à cet égard et confirmé, d'ailleurs, par la loi du 16 messidor an VII et l'ordonnance du 14 novembre 1837.

En résumé, c'est au Préfet qu'il appartient de procéder aux adjudications de travaux ou constructions et aux acquisitions de terrain.

C'est au Directeur d'asile qu'il appartient de procéder aux adjudications de fournitures diverses et objets de consommation.

La loi du 18 juillet 1866, sur les conseils généraux et les instructions y relatives du 29 juillet 1867, n'ont en rien modifié le système de comptabilité des asiles publics d'aliénés ; il y est même spécifié que ces établissements conservent leur caisse et leur budget spécial.

La loi du 10 août 1871, sur les conseils généraux et les instructions relatives au budget départemental du 29 septembre 1871, mentionnent simplement que le budget départemental fera recette du contingent des communes, des familles et des hospices, au lieu de déduire cette recette des dépenses afférentes au service des aliénés.

Revue critique.

LE FAISCEAU PYRAMIDAL

ET LA MALADIE DE LITTLE

(VAN GEHUCHTEN, ANTON, DEJERINE)

Par Jules SOURY,

Directeur-adjoint de l'École des Hautes-Études.

La méthode embryologique, constituée par Flechsig, grâce à la coloration de Weigert, établit que, jusque vers le milieu du cinquième mois de la vie intra-utérine, tout le système nerveux central n'est formé que de substance grise, la substance blanche, due uniquement à la gaine de myéline dont s'entourent les prolongements cylindraxiles des cellules nerveuses, n'apparaissant qu'à partir de la seconde moitié du cinquième mois, sur les embryons d'environ vingt-cinq centimètres de longueur. C'est une loi également établie par les recherches de Flechsig, et confirmée par l'étude des dégénérescences secondaires, soit pathologiques, soit expérimentales, que les faisceaux de fibres nerveuses qui ont des connexions anatomiques différentes se myélinisent à des époques différentes. Or, de tous les faisceaux de la substance blanche de la moelle épinière, le faisceau pyramidal, renfermant les fibres émanées de la zone corticale « motrice » du cerveau, se transforme le dernier en substance blanche : au moment de la naissance, toutes les fibres constitutives de ce faisceau sont encore dépourvues d'une gaine de myéline. Toutefois, à cette époque, l'élément essentiel de la fibre nerveuse, le cylindraxe, existe, comme le prouve la méthode de Golgi. Il en est de même, à ce moment de la vie, pour la presque totalité des fibres nerveuses constituant les hémisphères cérébraux de l'homme.

Mais, encore une fois, l'élément principal de l'organe de transmission cellulifuge du neurone, myélinisé ou amyélinisé, existe alors. Certains cylindraxes, tels que ceux d'un grand nombre de fibres du système nerveux sympathique, ou des fibres olfactives, demeurent amyéliniques. Il en est ainsi de certains segments des fibres cérébro-spinales elles-mêmes, au voisinage immédiat de leur origine et à leur terminaison. A ces remarques de Van Gehuchten, nous pouvons ajouter que les recherches de Ruffini, exécutées avec la réaction au chlorure d'or, ont montré que, quel que soit l'appareil nerveux périphérique terminal, la fibre nerveuse, avant de devenir amyélinique, se comporte toujours de la même manière : là où finit la fibre nerveuse et commence son appareil terminal, le cylindraxe subit un étranglement plus ou moins brusque, devient extrêmement ténu et donne naissance à l'arborisation périphérique. La gaine de myéline finit avec l'étranglement du cylindraxe ou un peu avant : c'est ce que Ruffini a appelé l'*étranglement préterminal*. Quant à la gaine de Schwann, il estime qu'elle doit se terminer là où cesse la gaine de myéline (1).

A quelle époque du développement embryologique se sont formés les cylindraxes des fibres du faisceau pyramidal, qui existent à la naissance, quoique encore dépourvues de myéline ? Cette substance ne paraît pas en effet indispensable à l'exécution de certaines fonctions physiologiques : elle faciliterait seulement ce fonctionnement. « Ce n'est pas seulement à l'époque où la myéline est développée, écrit van Gehuchten, que les éléments peuvent remplir leurs fonctions. » Il serait trop long de discuter ici cette question à la lumière des résultats expérimentaux, cliniques et anatomo-pathologiques que nous devons à Soltmann, Ranvier, Erb, Kühne, Steiner, Bechterew, Westphal, Mirto, etc. Ce qui est certain, c'est que, dès que des connexions anatomiques existent entre les prolongements cylindraxiles et protoplasmiques des neurones, la possibilité et la réalité des fonctions physiologiques doivent être admises. On sait en effet, depuis His, et grâce aux travaux d'anato-

(1) A. Ruffini. *Sullo strozzamento preterminale nelle diverse forme di terminazioni nervose periferiche*. *Monitore zool. ital.*, 1896.

mie fine accomplis au moyen de la méthode de Golgi, que toute fibre nerveuse, quelque longue ou courte qu'elle soit, n'est que le prolongement de sa cellule d'origine. Quand, de *cellule germinative*, celle-ci est devenue *neuroblaste*, et que, de sa partie effilée, d'abord terminée par un « cône de croissance », est sorti le prolongement cylindraxile, il ne reste plus au neuroblaste, pour se transformer en *neurone*, qu'à pousser en quelque sorte de la surface de son corps, devenue épineuse, ces tiges, branches et ramifications qui, sous le nom de dendrites, multiplient et étendent plus ou moins loin, comme le font d'ailleurs, de leur côté, les branches collatérales du cylindraxe, mais dans une autre direction, les possibilités de contact efficace, et partant de fonctionnement, de la cellule nerveuse.

✓ D'après Flehsig, dont P. Marie adopte en partie la manière de voir, quant à l'époque de la pénétration dans la moelle épinière des prolongements cylindraxiles des cellules nerveuses de l'écorce « motrice » du cerveau, ces fibres seraient formées vers la moitié ou la fin du cinquième mois. ✓

Or, van Gehuchten ayant pu faire des observations, il y a quelques semaines, sur la moelle épinière d'un enfant né à sept mois, qui vécut un jour, et dont le système nerveux central fut obtenu une demi-heure après la mort, constata que si, dans le cordon postérieur, toutes les fibres paraissaient myélinisées, il n'en était pas de même du faisceau antéro-latéral. Les premières se montraient nettement avec la méthode de Weigert, colorant exclusivement la myéline des fibres nerveuses. Au contraire, ni le faisceau pyramidal direct, ni le faisceau pyramidal croisé n'apparaissaient avec cette coloration, ce qui va de soi, puisque ces faisceaux ne sont pas encore myélinisés à l'époque de la naissance ; mais les cylindraxes eux-mêmes de ces faisceaux manquaient totalement avec la méthode de Golgi, qui imprègne le cylindraxe des fibres nerveuses dépourvues de myéline. Il n'existait pas une seule fibre colorée en noir dans la zone réservée au faisceau pyramidal latéral. Et ce qui montre, déclare van Gehuchten, que cela n'était pas dû à un défaut d'imprégnation par le chromate d'argent, c'est que : 1° le même fait put être constaté sur toutes

les coupes de la moelle cervicale, dorsale et lombaire provenant d'au moins vingt-cinq morceaux traités de la même façon, et, 2^o. que dans le cordon postérieur et dans le cordon antéro-latéral les cylindraxes d'un grand nombre de fibres se trouvaient colorés. Si donc chez l'enfant né à *neuf* mois, les cylindraxes des fibres encore amyéliniques du faisceau pyramidal existent, ils manquent totalement, et sur toute la longueur de la moelle épinière, à *sept* mois. Quant aux circonvolutions centrales, où sont situées les cellules d'origine du faisceau pyramidal, elles n'auraient subi aucun arrêt de développement ni aucune lésion sur le cerveau examiné par van Gehuchten. Sur l'hémisphère cérébral, durci dans le formol, qu'il publie, de grandeur naturelle, on voit très nettement tous les plis et tous les sillons du cerveau de l'adulte. Ce qui prouve que le faisceau pyramidal était alors, c'est-à-dire au *septième* mois, en voie de développement, c'est que sur des coupes provenant d'un morceau de moelle allongée (méthode de Golgi) on voit, imprégnés en noir, des cylindraxes constitutifs de la pyramide antérieure du bulbe. A cette époque, les fibres du faisceau pyramidal ont donc déjà traversé la substance blanche des *hémisphères cérébraux*, la *capsule interne*, le *pédoncule cérébral*, la *protubérance annulaire* et pénétré jusque dans la *moelle allongée*. Il est donc permis de conclure que, jusqu'au commencement du huitième mois de la vie intra-utérine, les fibres pyramidales font complètement défaut dans la moelle épinière de l'enfant.

Ce sont ces données absolument nouvelles que van Gehuchten applique à la pathogénie de la maladie de Little. Celle-ci est, on le sait, caractérisée cliniquement par une augmentation considérable de la tonicité musculaire, un affaiblissement de la volonté sur les membres contracturés, l'absence complète de paralysie et de convulsions épileptiques, la répartition presque toujours symétrique de la rigidité spasmodique, la marche insensible vers la guérison. Bref, contracture sans paralysie. La rigidité musculaire est localisée ou générale. Dans le premier cas, elle affecte seulement les membres inférieurs (paraplégie spasmodique de l'enfance); dans le second, elle comprend les membres inférieurs et supé-

rieurs, le tronc, le cou, la nuque, la langue, la face, et cela avec une telle intensité qu'« en prenant l'enfant par la pointe du pied on peut le manier comme un bloc inerte ». Dans la guérison, qui est la règle chez l'enfant né avant terme et dont le cerveau n'a subi du fait de l'accouchement ni par ailleurs aucune lésion, la motilité progresse des muscles de la face, de la nuque, du cou et des membres supérieurs à ceux des membres inférieurs. Remarquons tout suite que cette rigidité spastique congénitale, lorsqu'elle est localisée aux extrémités inférieures, s'observe surtout à huit mois, à six mois ou six mois et demi lorsqu'elle est généralisée (cas de Brissaud).

L'étiologie était rapportée par Little à un accouchement laborieux, à l'application du forceps, à l'asphyxie des nouveau-nés amenant une stase dans les veines de l'encéphale, des apoplexies capillaires, des hémorragies des séreuses : la conséquence de ces hémorragies aurait été l'atrophie des zones corticales voisines. FREUD, dans ses *Diplégies cérébrales* (1), a fait entrer dans un même groupe nosographique les affections les plus dissimilaires de l'enfance présentant le symptôme de rigidité musculaire plus ou moins généralisée, que les enfants soient nés avant terme ou à terme dans un accouchement laborieux. Ce groupe de diplégies cérébrales, dont la cause est une lésion bilatérale de l'écorce cérébrale, comprend quatre types : 1° rigidité spasmodique généralisée ; 2° rigidité spasmodique paraplégique ; 3° hémiplégie bilatérale ; 4° chorée générale avec athétose double. Raymond se range à cette manière de voir (*Maladies du système nerveux*, 1894). Marie et Brissaud, au lieu d'élargir ainsi le cadre de la maladie de Little, semblent au contraire disposés à le rétrécir, comme le croit nécessaire van Gehuchten.

Ce savant répartit dans les deux groupes suivants les affections spasmodiques de l'enfance : 1^{er} GROUPE. Tous les enfants nés avant terme, dans un accouchement normal, exempts de troubles intellectuels. 2^e GROUPE. Tous les enfants nés à terme, mais dont l'accouchement

(1) Freud. *Zur Kenntniss der cerebralen Diplegien des Kindesalters*. Leipz., 1893.

a été anormal, ou nés avant terme dans un accouchement laborieux pouvant avoir déterminé des lésions cérébrales. Les affections spasmodiques du premier groupe relèvent évidemment d'une absence de connexion entre l'écorce cérébrale, d'ailleurs normale, et en voie de développement, et les nerfs innervant les muscles périphériques, les fibres constitutives du faisceau pyramidal n'existant pas encore dans la moelle épinière, où elles ne s'arboriseront que plus tard autour des cellules radiculaires des cornes antérieures et réaliseront ainsi les conditions de tout mouvement volontaire. Chez l'enfant de sept mois, par exemple, c'est à cette absence de connexion entre les centres du cerveau et de la moelle qu'est due, avec la rigidité musculaire, généralisée ou localisée, l'exagération des réflexes tendineux ; cet état tend à disparaître et disparaît en effet, dès que la marche descendante des fibres du faisceau pyramidal, arrêtée probablement « parce que la moelle a été appelée à remplir des fonctions pour lesquelles elle n'était pas encore prête », recommence et s'achève. L'ordre dans lequel les muscles s'améliorent permet de suivre en quelque sorte par étapes la croissance lente et continue des fibres motrices d'origine cérébrale, puisque les mouvements de la face, de la nuque, du cou et des extrémités supérieures, apparaissent avant ceux des membres inférieurs. Et en même temps que disparaît le tonus spasmodique, les réflexes deviennent normaux, l'écorce, par l'intermédiaire du faisceau pyramidal, exerçant sur les centres médullaires une action toujours plus efficace d'inhibition ou de modération. Chez l'adulte, au contraire, dont les faisceaux pyramidaux sont comprimés ou détruits dans la sclérose latérale amyotrophique, la sclérose en plaques, la myélite transverse, etc., le mal est irréparable et les membres restent contracturés.

Ce n'est donc ni à une lésion du cerveau, ni à l'absence de myélinisation de faisceau pyramidal (puisque celle-ci existe également chez les enfants nés à terme) qu'il convient d'attribuer, avec tous les auteurs, la rigidité spasmodique de l'enfance, au moins chez les enfants nés avant terme dont l'accouchement a été normal ; elle n'est pas due non plus à l'absence de développement du faisceau pyramidal dans toute sa hauteur, comme on

l'admet souvent, puisque ce faisceau existe depuis l'écorce cérébrale jusqu'au voisinage de la moelle cervicale. A sept mois, les fibres pyramidales sont en effet arrivées à la partie inférieure du bulbe : si l'enfant naît à cette époque, il présentera une rigidité généralisée, également forte dans les quatre membres ; mais celle-ci diminuera et disparaîtra, d'abord dans les membres supérieurs, quand le faisceau pyramidal atteindra la moelle cervicale, puis dans les extrémités inférieures lorsqu'il sera parvenu à la moelle lombaire. Au huitième mois, les membres supérieurs ne sont plus atteints par la contracture, le faisceau pyramidal ayant à la fin de ce mois dépassé la moelle cervicale ; les membres inférieurs sont frappés de rigidité spasmodique parce que la moelle lombaire n'est pas encore en connexion avec les centres moteurs du cerveau. La plus grande fréquence de la rigidité paraplégique de l'enfance est donc uniquement l'expression d'un fait anatomique : le retard relatif des connexions entre l'écorce cérébrale et la moelle lombaire comparé à la précocité de celles qui relient les mêmes régions du cerveau à la moelle cervicale. D'affection d'origine cérébrale, il n'y en a point ; la maladie de LITTLE doit au contraire être considérée comme une affection d'origine médullaire, puisqu'elle est due exclusivement à l'absence des faisceaux pyramidaux dans la moelle épinière. Mais c'est encore beaucoup dire, car il n'existe en réalité qu'un arrêt momentané de croissance de ces faisceaux, sans autre cause qu'une naissance avant terme.

Van Gehuchten ne conteste pas sans doute que chez des enfants dont l'accouchement a été laborieux, une hémorragie méningée n'ait pu entraîner une atrophie des circonvolutions centrales, dans les deux tiers supérieurs et y compris les lobules paracentraux. Mais ce qu'il conteste, c'est que cette atrophie de l'écorce, ainsi d'ailleurs que toute lésion destructive de la zone motrice, détermine, non de la paralysie, mais de la contracture : « Chez les enfants nés avant terme et dans un accouchement normal, la contracture des membres inférieurs ne peut être due à une hémorragie méningée. » D'ailleurs, si l'hémorragie cérébrale et l'atrophie de l'écorce qui en résulte étaient la cause de la rigidité spasm-

dique, cette affection serait aussi incurable que la lésion qui l'aurait produite est irréparable. « Or tous les auteurs admettent que, chez les enfants nés avant terme, et atteints soit de rigidité généralisée, soit de rigidité paraplégique, l'affection marche vers la guérison. » Ainsi, dans le cas d'Anton (1) où, chez un enfant idiot mort à l'âge de quinze mois, et dont les deux hémisphères cérébraux étaient atrophiés, surtout au niveau des lobes frontaux, si bien que les fibres de la voie pyramidale ne s'étaient point développées, il existait une *rigidité généralisée*; l'étendue des mouvements était très limitée; outre une *contracture permanente des muscles*, les réflexes de tous les tendons étaient exagérés, sans qu'il y eût d'ailleurs aucune atrophie musculaire. Le crâne était petit, un peu asymétrique, la partie postérieure du crâne mieux développée que l'écaille frontale, exiguë et plate. La petitesse du calibre de toutes les branches des carotides et de la carotide interne en particulier, est frappante sur la belle planche d'Anton (Taf. II). Atypie complète des hémisphères cérébraux. Le lobe frontal est représenté par deux masses coniques absolument lisses avec lesquelles se continue à ciel ouvert un insula atrophié. Tout ce qui représente les lobes frontal, pariétal et occipital, est séparé par une scissure profonde du lobe temporal et tranche sur celui-ci par une coloration plus claire. Microgyrie de la face interne du lobe occipital. Le lobe temporal paraît relativement bien développé. Les parties supérieures et antérieures de la face interne des hémisphères sont tout à fait atrophiées. Le pédoncule cérébral a l'aspect d'un cordon lisse de 10 millimètres de largeur. Les hémisphères cérébelleux, bien conformés, constituent ici, avec les autres régions postérieures du cerveau, la moitié de cet organe. La structure des masses grises des ganglions de la base est irrégulière : le thalamus, par exemple, n'est qu'un conglomérat informe. Pas la moindre trace de la substance noire de Sömmering. Du corps calleux, il n'existe qu'une sorte de carcasse. Les *pyramides font complète-*

(1) G. Anton, *Ueber angeborene Erkrankungen des Centralnervensystems*. (Sammlung medicin. Schriften herausg. von der Wiener Klin. Wochenschr. XV) Wien, A. Hölder, 1890.

ment défaut. Les cellules des cornes antérieures de la moelle épinière ne sont pas altérées. A la place des pyramides, on a trouvé dans la moelle épinière un tissu gliomateux embryonnaire. Comme il n'existait ni dans le pédoncule cérébral, ni dans la moelle épinière de troubles endogènes capables d'expliquer l'absence des pyramides, l'observation d'Anton fournit la preuve expérimentale, en quelque sorte, que les faisceaux pyramidaux croissent de haut en bas et descendent du cerveau à la moelle épinière (Flechsig). Les cordons postérieurs, comme dans le cas de van Gehuchten, étaient bien développés. Quant à la pathogénie de ces anomalies, Anton admet qu'un accident extérieur a pu arrêter la croissance du crâne. La naissance de cette enfant (Josefa St...) fut normale et l'accouchement facile; mais, en même temps qu'elle, sortit un fœtus mort beaucoup plus petit, de la grosseur d'un fœtus de trois mois, estimait la sage-femme. Avec sa tête tirée en arrière par les muscles contracturés de la nuque, les quatre membres rigides, les coudes, les articulations des hanches et des genoux courbés à angle droit, les bras appliqués au thorax, cette enfant fit à sa mère l'impression d'« être de bois » (*es sei ganz holzig geworden*).

Et, comme il arrive assez souvent, le cerveau était ici beaucoup plus atrophié que le crâne, si bien qu'un moulage du cerveau n'aurait pu rien apprendre sur la forme et les dimensions du cerveau. La microencéphalie était ici beaucoup plus prononcée que la microcéphalie. La carotide *externe* était, en effet, bien mieux conservée que l'*interne* et l'on s'explique ainsi que la capsule crânienne fût dans un meilleur état de nutrition que le cerveau antérieur, circonstance qui établit l'*autonomie relative du cerveau et du crâne dans leur croissance*. Quant à l'extrême ténuité des vaisseaux de tout le territoire artériel de la carotide *interne*, Anton ne saurait décider si cette atrophie était la cause ou l'effet de l'altération pathologique du cerveau. Comme l'artère basilaire et ses rameaux étaient bien conservés et que leurs territoires d'irrigation (lobe temporal, cervelet, etc.) s'étaient développés, on pourrait être tenté de rapporter le développement anormal des autres lobes du cerveau à une aplasie de leur artère nourricière, la carotide interne. Mais cela

n'expliquerait pas, observe judicieusement Anton, les processus pathologiques (ramollissement) du cerveau ; d'ailleurs, si les territoires, relativement épargnés, du lobe temporal, du lobe occipital et du cervelet ont échappé au processus destructif, c'est que l'artère basilaire a pu demeurer intacte dans ces territoires ; sa conservation a dépendu de ceux-ci, et non le contraire.

On peut donc admettre qu'un accident quelconque, une compression, par exemple, a pu affecter le cerveau antérieur fœtal : cela aura suffi à arrêter ou à réduire le développement des vaisseaux de la région correspondante. Mais la largeur même du canal osseux de la carotide exclut encore l'hypothèse d'une aplasie primaire de cette artère. Quant à l'état d'intégrité des cellules nerveuses des cornes antérieures de la moelle épinière dans ce cas et dans d'autres où il existait des lésions fœtales du cerveau, en particulier lorsqu'on a rencontré une agénésie *totale* des voies des pyramides, c'est un fait d'observation assez souvent constaté. Le degré de fréquence avec lequel apparaît l'atrophie des cornes antérieures chez l'adulte, après une interruption de ces voies (par exemple dans la capsule interne), n'est pas encore exactement connu, non plus que la part qui revient à cette atrophie de la substance grise des cornes antérieures dans l'atrophie consécutive des muscles, succédant aux hémiplégies. Ces faits sembleraient indiquer que ce « n'est qu'après le développement terminé et le fonctionnement bien établi de la voie des pyramides qu'un certain *rappor*t trophique, une dépendance, existe entre les excitations transmises par cette voie et les cellules des cornes antérieures de la moelle » (p. 45). Ici, ni l'état normal, ni le nombre des cellules nerveuses de ces régions du névraxe, ni enfin la constitution anatomique et la réaction des muscles n'étaient altérés. Adamkiewicz (1) avait déjà admis que l'innervation continue des muscles, le « tonus musculaire », subit l'influence antagoniste de deux systèmes, celui des cordons postérieurs, qui entretient le tonus, celui des cordons

(1) *Die normale Muskelfunction betrachtet als das Gleichgewicht zweier antagonistischer Innervationen.* Zeitschr. f. Klin. Medicin, 1881.

latéraux, qui l'inhibe. En clinique, on sait que le tonus musculaire est diminué dans les parties correspondantes lorsque les cordons postérieurs sont lésés, et qu'au contraire il est très exalté dans les lésions isolées des cordons latéraux. Chez des nouveau-nés, écrivait Anton en 1890, la rigidité spasmodique des muscles résulterait donc simplement de la prédominance de l'innervation des cordons postérieurs sur celle du système des cordons latéraux; ce serait « l'expression fonctionnelle du fait, depuis longtemps connu, embryologique, de l'apparition et du développement des cordons postérieurs dans la moelle épinière antérieurement à la présence et au fonctionnement du cordon latéral ». Les cordons postérieurs ont pour la plus grande partie de leurs fibres, ajoutait Anton, leur action trophique dans les ganglions spinaux, à la périphérie; le faisceau des mouvements volontaires, le faisceau pyramidal, naît des régions motrices du cerveau; l'interruption des fibres de ce faisceau avec ce centre les fait dégénérer; dans certaines atrophies cérébrales, ce sont précisément ces régions dont la nutrition est profondément troublée; les agénésies de la voie des pyramides en sont la conséquence. Mais les cellules de la substance grise des cornes antérieures de la moelle épinière et les racines motrices demeurent « intactes ». Après le chirurgien Little, Anton avait même conçu l'espoir que l'état des enfants frappés de ces sortes de contracture serait susceptible d'être amélioré en recourant à la pratique des mouvements passifs. Le premier auteur qui a décrit exactement l'affection auquel son nom est resté attaché, l'avait définie un empêchement, une lésion de déficit, dirions-nous aujourd'hui, des actes de la volonté ou de la volition (*impairment of volition*).

On voit toutefois combien cette façon de comprendre la maladie de Little diffère de celle de van Gehuchten, si l'on ne perd point de vue que cet auteur ne traite que de la pathogénie de la rigidité spasmodique de l'enfance, généralisée ou localisée aux extrémités inférieures, chez des sujets nés avant terme, dans un accouchement normal et n'ayant entraîné aucune lésion du cerveau. Une autre preuve, ajoutée à toutes celles qui ont été rappelées, que « les véritables cas de mala-

die de Little » ne dérivent point d'une lésion cérébrale, c'est la très grande rareté de l'épilepsie dans les cas de « diplégie cérébrale » infantile, constituant la maladie de Little (*contracture*), tandis qu' « on voit survenir des convulsions répétées et l'épilepsie dans les autres cas de diplégie presque aussi fréquemment que dans l'*hémiplegie* spasmodique infantile. Après avoir fait cette remarque, Freud s'est demandé comment il serait possible d'expliquer cette absence d'épilepsie dans la maladie de Little, « fait certain, et d'un grand intérêt, quoique *inexplicable* jusqu'à présent ». Le savant professeur de Vienne estime donc que « les théories de l'épilepsie » devraient rendre compte de « ce fait bizarre », ce qu'elles ne font pas. Mais si, contrairement à la doctrine de Freud, on distingue les affections spasmodiques de l'enfance dues à une lésion cérébrale de celles qui relèvent uniquement d'un arrêt de développement du faisceau pyramidal, sans altérations anatomiques ni fonctionnelles de l'écorce du cerveau, c'est le contraire, c'est-à-dire l'existence de l'épilepsie dans la maladie de Little qui étonnerait.

Il reste pourtant une explication à donner, et dont la charge incombe cette fois à van Gehuchten. Pourquoi, a fait observer Crocq, dans la discussion qui a suivi la communication de van Gehuchten à la Société belge de neurologie, pourquoi (si la rigidité spasmodique, dans la maladie de Little, est due uniquement à l'arrêt de développement des fibres de la voie pyramidale, c'est-à-dire, en somme, à l'absence de connexion entre l'écorce cérébrale et la substance grise de la moelle, l'absence du faisceau pyramidal produit-il, chez l'enfant, la contracture, la paralysie chez l'adulte, à la suite de la destruction des fibres de ce faisceau dans la capsule interne ou dans le mésocéphale ? Pourquoi y a-t-il paralysie chez l'hémiplegique, contracture chez le spasmodique ? Ce problème, voici comment van Gehuchten essaie de le résoudre. Il distingue, dans le faisceau pyramidal, une *partie cérébrale* et une *partie spinale*. Relativement à la première, il est certain qu'une lésion limitée de la zone motrice corticale ou du centre ovale déterminera des *monoplégies* ou *paralysies* limitées à un groupe plus ou moins considérable de muscles ; une lésion de la cap-

sule interne, intéressant le faisceau pyramidal, une *hémiplégie* du côté opposé ; une lésion des pédoncules cérébraux et de la protubérance, des *paralysies* alternes. Quant à la seconde partie du faisceau pyramidal distinguée par van Gehuchten, la partie spinale, une interruption des fibres de ce faisceau dans la moelle épinière, soit par arrêt de développement (maladie de Little), soit par destruction de fibres préexistantes (sclérose latérale amyotrophique, sclérose en plaques, etc.), entraînera une *contracture*. Les deux parties *cérébrale*, et *spinale*, du faisceau pyramidal ne sauraient donc être formées des mêmes fibres nerveuses. Tout au moins les connexions établies par les fibres du faisceau pyramidal dans ses parties cérébrale et spinale doivent être différentes. Les fibres de la partie spinale du faisceau pyramidal viennent directement de l'écorce cérébrale ; elles entrent manifestement dans la constitution de la partie cérébrale du faisceau pyramidal. Mais, en dehors de ces fibres directes, de ces *fibres cérébro-spinales*, ou *cortico-spinales*, dont l'absence ou la destruction, dans la moelle épinière, est suivie de *contracture*, van Gehuchten admet, dans la partie cérébrale du faisceau pyramidal, l'existence d'autres fibres nerveuses, dont la destruction, jointe à celle des fibres cortico-spinales, est suivie de *paralysie*. Les fibres de ce second système, quoique existant aussi dans la moelle épinière, n'y prennent point part à la constitution des faisceaux pyramidaux : ce sont les fibres *cérébello-spinales*.

Van Gehuchten ignore la situation de ces fibres dans la substance blanche de la moelle. Si elles sont lésées *en même temps* que les fibres pyramidales (cortico-spinales), « on voit survenir dans les membres inférieurs, non la contracture, mais la paralysie flasque avec abolition complète de l'influence de la volonté sur les membres paralysés. » Dans sa partie cérébrale, au contraire, le faisceau pyramidal « doit renfermer à la fois les fibres cortico-spinales, fibres dont la section est suivie de contracture, et le second système de fibres nerveuses dont la section, jointe à celle des fibres cortico-spinales, est suivie de paralysie flasque. » Ici, dans la partie cérébrale du faisceau pyramidal, ces deux espèces de fibres nerveuses seraient intimement mêlées les unes avec les

autres, depuis l'écorce cérébrale jusqu'au voisinage de la moelle allongée.

(La partie cérébrale du faisceau pyramidal serait donc formée de deux espèces de fibres : 1° les fibres de la voie motrice centrale ou fibres *cortico-spinales* ; 2° des fibres *cortico-ponto-cérébelleuses*. Ces deux espèces de fibres proviennent de la même région motrice de l'écorce cérébrale ; elles traversent, intimement unies, le bras postérieur de la capsule interne, le pied du pédoncule cérébral jusque dans la protubérance annulaire : arrivées là, les deux espèces de fibres se séparent ; les fibres *cortico-spinales* descendent la pyramide antérieure du bulbe et dans les faisceaux pyramidaux de la moelle ; les fibres *cortico-ponto-cérébelleuses* se rendent, par les noyaux du pont de Varole et les pédoncules cérébelleux moyens, dans l'écorce du cervelet. On sait, en effet, par les observations de Ramon y Cajal et de van Gehuchten, qu'en passant par la protubérance annulaire les fibres de la voie motrice centrale émettent de nombreuses branches *collatérales* qui vont s'arboriser dans les masses grises du pont, où elles entrent en connexion avec les cellules d'origine des fibres ponto-cérébelleuses. Il en résulte que, tandis que les fibres de la voie motrice centrale relieut *directement* l'écorce cérébrale d'un hémisphère aux noyaux d'origine des nerfs moteurs périphériques du côté opposé, les collatérales qui naissent de ces mêmes fibres pendant leur passage à travers la protubérance, reliaient aussi, mais *indirectement*, en passant par le cervelet, l'écorce cérébrale d'un hémisphère du cerveau aux noyaux moteurs bulbaires et spinaux du côté opposé.

Dans cette dernière hypothèse, on pourrait admettre, avec Déjerine, que les quatre cinquièmes internes des fibres du pied du pédoncule cérébral sont exclusivement formées de fibres motrices centrales (1).

Il résulte en effet d'importantes recherches de Déjerine, basées sur l'étude de vingt-trois cas de dégénérescence secondaire consécutive à des lésions limitées de l'écorce cérébrale, que la constitution élémentaire du bras anté-

(1) J. Déjerine. *Sur l'origine corticale et le trajet intracérébral des fibres de l'étage inférieur ou pied du pédoncule cérébral*. Mém. de la Soc. de biol., 30 déc. 1893. Paris, 1894.

rieur de la capsule interne et du pied du pédoncule cérébral est tout autre qu'on ne l'avait cru pendant longtemps. Van Gehuchten, qui se rallie à la découverte de Déjerine, rappelle ainsi ce qui, pour lui comme pour nous, ressort en toute évidence de ces recherches :

1° Le bras *antérieur* de la capsule interne n'est pas formé de fibres « cortico-protubérantielles », mais de *fibres cortico-thalamiques* : ces fibres ne descendent pas dans le pied du pédoncule cérébral, elles relient l'écorce cérébrale à la couche optique ; 2° des lésions corticales du *lobe frontal* et du *lobe occipital* n'entraînent jamais la dégénérescence des fibres du pied du pédoncule cérébral ; 3° les fibres du pied du pédoncule cérébral dégèrent dans leur totalité à la suite de lésions corticales intéressant à la fois *a) les circonvolutions centrales, b) le lobule paracentral, c) les parties immédiatement voisines du lobe frontal et du lobe pariétal, et d) la partie moyenne des circonvolutions temporales*. Deux groupes de fibres nerveuses existent dans le pied du pédoncule cérébral : 1° Les fibres formant le *cinquième externe* de ce pied, le *faisceau de Türk* : elles proviennent de l'écorce cérébrale de la région moyenne des T_2 et T_3 et descendent dans le pied du pédoncule cérébral *sans passer par la capsule interne* ; ces fibres ne sont donc jamais atteintes dans les hémorragies capsulaires : le *faisceau de Türk* est pour Déjerine un *faisceau de projection temporo-protubérantiel* ; il s'épuise dans les noyaux de la protubérance. C'est ce faisceau qui, considéré par Meynert et Huguenin comme venant de l'écorce du lobe occipital, et comme étant constitué de fibres sensibles, fut si longtemps admis et tint une si grande place, sous le nom de *faisceau sensitif*, dans l'enseignement de l'École de la Salpêtrière (Charcot, Ballet, Brissaud). Or, le faisceau externe du pédoncule ou faisceau de Türk vient du lobe temporal, non du lobe occipital, et l'observation clinique aussi bien que la physiologie expérimentale (Ferrier) ont démontré que ce faisceau n'était pas un faisceau sensitif. On ignore d'ailleurs la nature de ses fonctions. Quant aux fibres venant de T_1 , elles s'arborescent dans le corps genouillé interne (Monakow, Zacher). 2° Les fibres qui forment les *quatre cinquièmes externes* du pied du pédoncule cérébral : ces fibres proviennent

de l'écorce cérébrale (circonvolutions centrales, lobule paracentral, etc.) ; elles descendent dans le bras *postérieur* de la capsule interne dont elles occupent environ les deux tiers. *Le cinquième interne* de ces fibres est en connexion avec les noyaux d'origine du *facial inférieur* et de l'*hypoglosse*. Ce faisceau interne du pédoncule, dont il comprend environ le cinquième, tire son origine corticale du pied de F_3 , ainsi que de l'extrémité tout à fait inférieure des FA et PA, c'est-à-dire de l'opercule rolandique et de la partie adjacente de l'opercule frontal. « Ce faisceau interne, a écrit Déjerine, désigné aussi quelquefois sous le nom de « faisceau psychique ou intellectuel », n'est ni plus ni moins *psychique* ou *intellectuel* que les autres faisceaux du pédoncule. » Il correspond, non pas au segment antérieur de la capsule interne (qui relie l'écorce frontale à la couche optique), mais bien au genou et à la partie antérieure du segment postérieur de la capsule interne. Toutes ces dernières fibres, celles des quatre cinquièmes internes du pied pédonculaire, viennent donc de la zone motrice de l'écorce cérébrale ; ces fibres appartiennent à un seul et même système de neurones corticaux, étendu de l'opercule rolandique et de la partie adjacente de l'opercule frontal jusqu'au bord supérieur des FA et PA et comprenant en outre, la partie tout à fait postérieure des F_1 et F_2 , le lobule paracentral et la partie antérieure du lobe pariétal. Ces fibres passent par le bras postérieur de la capsule interne ; voilà leur origine et une partie de leur trajet.

Où se terminent-elles ? Dans les noyaux d'origine des nerfs moteurs périphériques, enseigne Déjerine. Si cette doctrine est vraie, les fibres qui forment les trois cinquièmes moyens du pied pédonculaire ne font que traverser la protubérance annulaire pour se rendre dans la pyramide du bulbe ; les fibres du cinquième interne et du cinquième externe du pied pédonculaire doivent seules se terminer dans la protubérance. « Or, écrit van Gehuchten, si l'on compare une coupe transversale faite au niveau du bord inférieur de la protubérance, où n'existent que les fibres du faisceau pyramidal, avec une coupe transversale faite au niveau du bord supérieur de la protubérance, où existent *toutes* les fibres du pied pédoncu-

laire, il saute aux yeux qu'en passant par la protubérance annulaire les fibres du pied pédonculaire n'ont pas abandonné à cette protubérance les deux cinquièmes de leurs fibres, comme le pense Déjerine, mais près des quatre cinquièmes. De ces quatre cinquièmes, un cinquième est formé par le faisceau de Türk ; les trois cinquièmes restant ne peuvent représenter exclusivement des fibres motrices centrales. Nous inclinons à penser qu'ils sont formés à la fois de fibres motrices destinées aux noyaux d'origine du *nerf trijumeau*, du *nerf oculomoteur externe* et du *nerf facial*, et de fibres cortico-protubérantielles se terminant dans les masses grises de la protubérance connues sous le nom de *noyaux du pont*. » Or on sait que ces noyaux du pont sont formés de cellules nerveuses dont les prolongements cylindriques deviennent les fibres constitutives des *pédoncules cérébelleux moyens* et s'arborescent dans l'écorce du *cervelet* (Ramon y Cajal).

Quelle que soit la doctrine que les recherches ultérieures confirmeront, celle de l'existence, dans les quatre cinquièmes internes du pied du pédoncule cérébral, de fibres cortico-protubérantielles mêlées aux fibres pyramidales (van Gehuchten), ou celle de l'existence exclusive de fibres motrices centrales (Déjerine), une chose paraît certaine, c'est que les fibres qui passent par le bras postérieur de la capsule interne relieut l'écorce cérébrale aux noyaux moteurs des nerfs bulbaires et spinaux par une double voie : 1° par une *voie directe*, voie *cortico-spinale*, représentée par les fibres cortico-spinales, constituant les faisceaux pyramidaux du cordon antéro-latéral de la moelle épinière ; 2° par une *voie indirecte*, voie *cortico-ponto-cérébelleuse*, soit que l'on admette que ces fibres *cérébello-spinales* descendent par le pédoncule cérébelleux inférieur dans la partie antérieure du cordon latéral de la moelle (Marchi), soit que l'on estime, avec Kölliker, que ces fibres se rendent du cervelet vers l'olive bulbaire et, de là, dans la moelle épinière. Dans la *partie cérébrale* du faisceau pyramidal, ces deux voies n'en forment qu'une, c'est à dire depuis l'écorce cérébrale jusqu'au bord inférieur de la protubérance annulaire : toute lésion des fibres constitutives de cette partie cérébrale soustrait donc complè-

tement la moelle épinière à l'influence des cellules de de l'écorce cérébrale : de là, la *paralysie flasque*, la suspension complète de la volonté sur les membres paralysés dans l'hémiplégie. Mais, à partir de la région inférieure de la protubérance, ces deux voies se séparent : la voie directe constitue la *partie spinale* du faisceau pyramidal, c'est-à-dire la pyramide du bulbe et les faisceaux pyramidaux de la moelle ; la voie indirecte se rend vers le cervelet et, de là, vers la moelle. Toute lésion des fibres constitutives de la partie spinale du faisceau pyramidal ne soustrait donc pas complètement la moelle à l'influence des cellules de l'écorce cérébrale ; celles-ci continuent à réagir sur les cellules des cornes antérieures par la voie cortico-ponto-cérébelleuse ; la paralysie fait défaut : elle est remplacée par l'*état spasmodique des muscles* et la volonté conserve une certaine influence sur les membres *contracturés*. « Si donc, conclut van Gehuchten, l'hémiplégique présente de la paralysie et le spasmodique de la contracture, c'est que, chez l'hémiplégique, il y a destruction de la *partie cérébrale* du faisceau pyramidal, c'est-à-dire à la fois interruption de la voie cortico-spinale et de la voie cortico-ponto-cérébelleuse, de telle sorte que, chez l'hémiplégique, l'écorce cérébrale se trouve complètement séparée des noyaux d'origine des nerfs moteurs spinaux. Chez le spasmodique, il y a simplement destruction de la *partie spinale* du faisceau pyramidal, c'est-à-dire interruption seulement de la voie cortico-spinale. L'écorce cérébrale reste en connexion avec les noyaux d'origine des nerfs moteurs périphériques spinaux par une voie détournée : la voie cortico-ponto-cérébelleuse, à laquelle font suite les fibres cérébello-spinales. »

Tel est l'essai d'interprétation, tiré des faits cliniques et des observations anatomiques, que propose van Gehuchten à l'effet d'expliquer la paralysie des muscles chez l'hémiplégique et l'état spasmodique des muscles dans les contractures.

G. MYA et G. LEVI (1) ont naguère publié un cas de

(1) Studio clinico et anatomico relativo ad un caso di diplegia spastica congenita (morbo di Little). *Rivista di patologia nerv. e mentale*, 1896, I, 417, sq.

diplégie spastique congénitale, généralisée, qui, pour rentrer dans la théorie corticale de la contracture ou rigidité musculaire infantile de LITTLE, de FREUD et de GANGHOFNER (1), n'est pourtant pas, au fond, en contradiction avec la théorie spinale d'ERB ou de VAN GEHUCHTEN, la théorie spinale étant de nécessité toujours réductible, en dernière analyse, chez le fœtus, le nouveau-né ou l'enfant très jeune, à la théorie corticale. Mais la rigueur scientifique avec laquelle les progrès de la technique contemporaine ont permis de faire l'examen histologique du névraxe dans ce cas d'aplasie simple de tout le système moteur cortico-spinal, encore que les auteurs n'aient pu appliquer la nouvelle méthode de WEIGERT pour la coloration de la névroglie, doit faire reconnaître une très grande valeur à ce travail, surtout lorsqu'on songe à la pauvreté et à la nature incomplète des documents publiés touchant l'aplasie des éléments nerveux. L'enfant étudié par MYA et LEVI, né à terme, mais après un accouchement laborieux de plusieurs heures de travail, dû à l'étroitesse du bassin de la mère, certainement rachitique, était presque asphyxié ; on dut recourir à la respiration artificielle. La possibilité d'un traumatisme cérébral, quoique le forceps n'ait pas été appliqué, n'est point niable, et les auteurs ne la nient pas, quoiqu'ils inclinent à diminuer, eux aussi, l'importance qu'on avait attribuée, LITTLE

(1) Weitere Mittheilungen über cerebrale spastische Lähmungen im Kindesalter. *Zeitschr. f. Heilkunde*, 1896, XIII, 303.

L'auteur a observé cinquante-quatre cas de diplégie spastique cérébrale. Dans la majorité des cas, l'origine de la maladie remonterait à la vie intra utérine (syphilis, tuberculose, psychoses ou névroses de la mère). Il relève la fréquence relative des troubles du langage (dysarthrie, aphasie), souvent associés à des troubles de l'intelligence, à de la chorée, à de l'athétose. Les lésions cérébrales, qu'elles soient d'origine fœtale ou postérieures à la naissance, entraînent une agénésie des voies des pyramides. — Cf. Karl Schaffer. Ueber die spastischen Krankheitsformen der Kinder und Erwachsenen. *Neurol. u. psych. Section des K. Aerztevereins zu Budapest*. 11 märz 1896. — Middleton. A child with spastic diplegia and athetoid movements of both hands and feet. *Glasgow med. Journ.*, 1896. — A. Muratoff. Angeborene doppel-seitige Hirnparalyse als Klin. Form. *Soc. des neurol. et aliénistes de Moscou*, 10 mai 1896. — Wersiloff. Zur Casuistik der Cerebralkrämpfe. *Ibid.*, 15 mars 1896.

surtout, à la dystocie comme principal facteur des lésions nerveuses de la rigidité musculaire infantile. Mais l'examen du cerveau, quoique exécuté à vingt mois de la naissance, ayant montré un état d'intégrité parfaite de la pie-mère et de la surface des hémisphères, l'absence d'adhérence, de dépression ou d'atrophie partielle de l'écorce, il nous paraît juste d'écarter ici la supposition d'une hémorragie sous-méningée, généralement admise en semblable occurrence, aussi bien que toutes les autres lésions de sclérose lobaire ou tubéreuse, de méningo-encéphalite, etc., qui se présentent dans les quatre cinquièmes au moins des cas ordinaires de maladie de Little. Aussi bien la contracture généralisée fut nettement observée par les parents quelques heures après la naissance sans avoir été précédée de convulsions ni de paralysie. Le spasme musculaire, permanent, ne rétrocéda jamais, si ce n'est dans les derniers jours de la vie par épuisement fonctionnel des cellules motrices et des fibres musculaires, déterminé par des bronchites, des broncho-pneumonies, et un état de cachexie consécutif.

Voici la description de cette contracture tonique, qui persista de la naissance à la mort, pendant vingt mois. Tous les muscles étaient dans un état de rigidité tel qu'on pouvait soulever le corps tout d'une pièce. La tête était tenue immobile par la contracture des muscles de la nuque et du cou ; les mains, dont les doigts pressaient le pouce infléchi sous eux, étaient en flexion sur les avant-bras, les avant-bras sur les bras. De même, pour les membres inférieurs : les masses musculaires des cuisses et des jambes étaient rigides et les orteils en état de forte flexion plantaire ; si l'on levait une jambe, l'autre suivait le même mouvement. Les droits antérieurs de l'abdomen étaient tendus comme des cordes. Léger degré d'opisthotonos de la colonne vertébrale ; strabisme convergent très intense ; contracture également tonique des muscles mimiques de la physionomie à laquelle participaient les masséters et les temporaux. L'enfant pouvait téter et déglutir ; mais, même en suçant, le lait passait souvent de travers : il ne pouvait déglutir le lait introduit dans la bouche avec une cuiller. Réflexes patellaires très exaltés. L'enfant ne sortait de la posi-

tion immobile qu'il gardait, étendu sur le dos, que pour gémir lorsqu'il éprouvait le besoin de s'alimenter; sa voracité était extrême. Il reconnaissait, paraît-il, l'infirmière (il resta huit mois à la clinique pédiatrique de Florence); son développement intellectuel demeura pourtant fort en arrière de celui des enfants de cet âge, sans qu'il existât d'idiotie. Les sens de la vue, de l'ouïe et du goût ont paru bien développés. La fontanelle antérieure était ouverte; les sutures interpariétales étaient perceptibles à travers les téguments. L'encéphale de cet enfant, mort à vingt mois, pesait 560 grammes avec le cervelet, le pont et le bulbe. Les plis et les sillons étaient normaux en apparence, ainsi que la moelle épinière.

Dans aucun autre cas peut-être le contraste entre l'absence de lésions nerveuses macroscopiquement appréciables, et la généralisation et l'intensité de la rigidité musculaire, qui n'avait pour ainsi dire épargné aucun muscle, n'avait apparu si net et si étrange. Seul, l'examen microscopique et surtout l'imprégnation avec les sels d'argent et la méthode de NISSL devaient déceler l'existence d'une grave lésion de déficit s'étendant de l'écorce aux différents segments de la moelle épinière. Les auteurs se servirent, pour contrôler leurs observations, des pièces anatomiques d'un garçon du même âge (vingt mois), mort de diphtérie. Ils examinèrent la zone rolandique de l'écorce, le lobe frontal, le lobe occipital, la capsule interne, le bulbe, la moelle épinière. Dans les cellules pyramidales, grandes, moyennes et petites, ils retrouvèrent la forme globuleuse du corps cellulaire, signalée par MARACCINO chez des enfants plus jeunes (un an); la même forme existait chez l'enfant normal. Les prolongements protoplasmiques, quoique d'apparence normale, étaient moins étendus et moins ramifiés: les rameaux secondaires s'étaient formés; mais les branches principales avaient subi un arrêt de développement correspondant à celui du corps protoplasmique de la cellule pyramidale. Les épines étaient très visibles et entières, quoique beaucoup plus courtes. Tous les prolongements latéraux et surtout le prolongement ascendant étaient plus grêles. Mais, dans l'écorce, en dehors de ces neurones, ni les cellules polymorphes, ni les petites cellules de la

couche moléculaire ne présentaient rien d'anormal, au moins avec la méthode d'imprégnation. Aucune lésion de la nature de celle qui avait frappé la zone rolandique ne fut constatée ni dans le lobe frontal, ni dans le lobe occipital. Quoique l'aplasie manifeste des cellules pyramidales dût retentir nécessairement, comme ç'a été le cas en effet, sur les fibres constituant le faisceau pyramidal, les auteurs ne remarquèrent rien d'insolite dans le parcours intracérébral de ces fibres ni dans la capsule interne, ce qu'ils attribuent à ce que ces fibres ne sont pas là réunies en fascicules comme dans les pyramides bulbaires et dans la moelle. Ici, en effet, dans le bulbe comme dans la moelle, des zones de couleur plus claire apparurent sur les coupes dont le siège correspondait aux faisceaux pyramidaux direct et croisé, dans les cordons antérieurs et latéraux. La structure des cellules des cornes antérieures était d'ailleurs complètement intacte, comme d'ordinaire. Chez le nouveau-né, dont on connaît l'inachèvement du faisceau pyramidal, la section de la moelle présentait un aspect tout à fait semblable à celui de l'enfant dont il s'agit; au contraire, dans les enfants de deux ans, et même d'un an, ces zones claires ne se voient plus dans les cordons latéraux. Dans toute la substance blanche de la moelle épinière (le faisceau pyramidal excepté), dans les faisceaux cérébelleux directs comme dans les faisceaux fondamentaux des cordons latéraux et antérieurs, les fibres étaient d'un calibre normal, non diminuées de nombre. Mais, dans les aires du bulbe et de la moelle d'aspect plus clair, les fibres, cylindraxes et gaines de myéline, étaient réduites à un cinquième de leur calibre normal; elles semblaient aussi moins nombreuses, mais cette raréfaction apparente dépendait uniquement de la minceur des fibres. Chez un enfant normal de vingt mois, au dire des auteurs, les fibres du faisceau pyramidal ont souvent un diamètre qui correspond à celui des mêmes fibres chez l'adulte; d'autres sont d'un diamètre inférieur; mais jamais elles n'en possèdent un aussi réduit que dans ce cas d'aplasie des cellules pyramidales de la zone motrice. Ici la diminution de volume de la fibre nerveuse est due non seulement à celle de la *gaine de myéline*, mais à l'amincissement du *cylindraxe*. Le tissu interposé entre les fibres

pyramidales demeure décoloré (Pal) ; dans les préparations au carmin et à la nigrosine, il se colore, mais d'une manière uniforme. Comme à cette époque la nouvelle méthode de coloration de la névroglie de WEIGERT n'était pas encore publiée, les auteurs, nous l'avons rappelé, n'ont pu l'employer, si bien qu'ils ne peuvent dire si ce tissu interfibrillaire était ou non constitué de névroglie proliférée.

En somme, l'examen anatomo-pathologique de ce cas de diplégie spastique congénitale établit nettement que l'aplasie des cellules pyramidales de la zone motrice, l'indigence relative des dendrites de ces cellules, la minceur du cylindraxe et de la gaine de myéline, étaient dans un rapport de dépendance manifeste. Le prolongement nerveux d'une cellule dont l'énergie évolutive est restée au-dessous d'un certain état, demeure donc arrêtée dans son développement et surtout dans sa myélinisation, ainsi que l'a vu MIRRO. Tout le processus pathologique était dominé, dans ce cas, par un arrêt de développement, par une aplasie simple du système cortico-spinal, des neurones « psycho-moteurs ». Quant à l'étiologie de cette affection, les auteurs la rapportent aux conditions de la vie intra-utérine de l'enfant et la font dériver de l'organisme maternel (rachitisme). Le cerveau ne présentait d'autre anomalie qu'une symétrie et une petitesse qu'on ne rencontre guère dans les cerveaux normaux du même âge. La rigidité musculaire, également intense dans tous les groupes musculaires, s'étendait même aux muscles constricteurs du pharynx.

Le défaut de développement psychique apparaissait surtout dans l'absence, ou plutôt, selon nous, dans l'impossibilité, de mouvements intentionnels, en vue d'une fin déterminée, de jeu mimique des muscles faciaux, bref, de toute manifestation motrice d'origine corticale. Avec Little, les auteurs italiens font consister la cause de la contracture permanente dans une lésion de déficit, partielle ou complète, de la *volition* sur l'énergie musculaire. Ici l'état anatomique des neurones psycho-moteurs explique pleinement l'absence des fonctions cérébrales grâce auxquelles les volitions peuvent être déterminées, transmises et exécutées. Les enfants atteints de cette

affection ne peuvent être, quant à la nature de leurs fonctions musculaires, que des êtres exclusivement ou principalement *spinaux*. L'activité des cornes antérieures de la moelle, indépendante de toute influence modératrice du cerveau antérieur, de toute inhibition psychique, de toute action élective, spécialisée, de tel ou tel groupe de représentations mentales, s'exerce d'une manière continue sous l'afflux incessant des excitations qui, par des collatérales réflexes, arrivent du monde extérieur par le canal des prolongements périphériques et centraux des protoneurones sensitifs. Lorsque, à une stade plus ou moins avancé de la vie, une hémorragie capsulaire supprime subitement l'influence des incitations volontaires, c'est-à-dire des fonctions de la zone rolandique, sur des cornes antérieures de la moelle, les cellules radiculaires, privées de cet appoint de stimulation habituelle, ne peuvent plus réaliser, on le sait, chez l'homme et chez les mammifères supérieurs, les ajustements musculaires nécessaires à l'accomplissement des actions adaptées à des fins particulières et dont les mécanismes ont uniquement leurs dispositions dans l'écorce cérébrale : de là la paralysie flasque. Quand la suspension de l'innervation psycho-motrice a duré un certain temps, qu'elle est devenue définitive, avec la dégénération descendante des faisceaux pyramidaux la contracture apparaît, « précisément, écrivent MYA et LEVI, comme chez le nouveau-né ou chez l'enfant, parce que les cellules de la moelle réacquièrent peu à peu leur indépendance fonctionnelle. Il en était tout autrement chez le fœtus, chez le nouveau-né et durant la période de l'allaitement : alors la vie musculaire était entièrement et surtout spinale ; le faisceau pyramidal était en voie de formation ; or une lésion qui frappe, à cette époque, les centres et les faisceaux psycho-moteurs ne saurait produire, on le conçoit, une paralysie flasque comme chez l'adulte : elle produira rapidement un état de contracture musculaire plus ou moins étendu... Ainsi que l'ont déjà fait remarquer quelques auteurs, à la naissance, et surtout s'il est né avant terme, l'enfant présente dans les membres un état d'hypertonie musculaire très appréciable. Ce qui, chez le nouveau-né, est physiologique, à ce degré, ira toujours en augmentant,

si les centres moteurs de la moelle épinière ne peuvent se mettre en rapport avec les centres supérieurs de l'innervation motrice, ou si ces centres font défaut. »

Les deux cas d'hypertonie congénitale et permanente de tous les muscles volontaires et des différentes parties du corps, accompagnée d'exagération des réflexes musculaires et tendineux, dont L. Taussig (1) a publié l'histoire clinique, sans avoir pu encore donner l'observation anatomo-pathologique, paraissent rentrer dans l'affection décrite par Mya et Levi : la lésion primitive doit être un arrêt de développement des cellules d'origine des voies nerveuses des faisceaux pyramidaux. Les fonctions, non pas de la volonté, mais de la volition, ne sauraient se manifester, encore que l'état normal de la sensibilité générale et spéciale, l'absence de troubles vaso-moteurs, de phénomènes convulsifs et d'altérations psychiques, chez ces deux malades, doivent avoir permis aux images mentales, et aux processus d'association supérieure, c'est-à-dire plus complexes, mais nécessairement de même nature élémentaire, de l'intelligence, de naître et de se développer dans les divers lobes et territoires du cerveau antérieur épargnés par l'aplasie congénitale des circonvolutions rolandiques.

Ce qu'on nomme volonté, en effet, n'est, pour nous, qu'une résultante de l'intensité relative des fonctions d'un groupe ou de plusieurs groupes de neurones associés, occupant sans doute les territoires les plus distants de l'écorce, intensité qui varie avec les conditions organiques et fonctionnelles du cerveau, c'est-à-dire avec la structure, la texture, l'état de nutrition, l'intensité, la durée et surtout la complexité des excitations des éléments nerveux engagés dans le processus, soit actuel, soit plus ou moins permanent, chez un même individu. Ce mode de réaction, dont les dispositions sont acquises ou héréditaires, et qui, n'était la complexité immense des conditions déterminantes du phénomène, serait, comme tout autre phénomène plus simple de l'organisme, susceptible de prévision scientifique, est ce qui constitue le carac-

(1) Due Casi di morbo di Little. *Bollet. della R. Accad. med. di Roma*, 1895, fasc. 2-4.

tère ou manière d'être et de réagir, le tempérament, l'humeur, etc., des anciens médecins et des moralistes. La volonté peut et doit donc exister dans l'affection dont nous avons parlé, au même titre que toute autre *représentation mentale* dont les éléments organiques n'ont pas été frappés d'aplasie congénitale. Il n'en est pas de même des volitions, considérées comme des *actes* de la volonté.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 28 DÉCEMBRE 1896.

Présidence de M. CHARPENTIER

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

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de remerciements de M. le professeur Raymond, nommé membre titulaire à la précédente séance ;

2° Une lettre de M. le professeur Pitres, nommé membre correspondant à la précédente séance ;

3° Une lettre de M. Pailhas, d'Albi, sollicitant le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Falret, Ritti et Vallon, rapporteur ;

4° Une lettre de M. Naggar, interne des asiles de la Seine, sollicitant le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Briand, Pottier et René Semelaigne, rapporteur ;

5° Une lettre de M. Toy, de Lyon, sollicitant le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Charpentier, Janet et Chaslin, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1° Le fascicule jubilaire du 25^e anniversaire de la fondation de la Société psychiatrique néerlandaise ;

2° Trois brochures de M. Roberto Massalongho ;

3° Plusieurs brochures de M. Miguel Bombarda.

M. JULES VOISIN fait hommage à la Société de son volume sur l'*Epilepsie*, qui est le compte-rendu des leçons qu'il a faites l'hiver dernier à la Salpêtrière.

M. A. VOISIN. — J'ai l'honneur de vous présenter

un mémoire de M. L. Masoin, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine de Belgique, intitulé : *Alcoolisme et criminalité*.

Il est fondé sur la statistique des condamnés, détenus dans la prison de Louvain depuis l'année 1872.

Ces condamnés sont divisés en trois catégories : la première comprend ceux condamnés à un minimum de cinq ans.

La deuxième, ceux condamnés aux travaux forcés à perpétuité.

La troisième, ceux condamnés à la peine de mort.

De renseignements précis, obtenus pour la première catégorie, il résulte que 44 p. 100 étaient des buveurs de profession.

Pour la deuxième catégorie, 54 p. 100 étaient des ivrognes de profession.

Pour la troisième catégorie, 60 p. 100 étaient des ivrognes de profession.

Il en résulte que c'est l'influence persistante d'abus alcooliques invétérés qui s'accuse avec une netteté redoutable dans la genèse du crime.

Jubilé Théophile Roussel.

M. LE PRÉSIDENT rappelle que le dimanche 20 décembre dernier a eu lieu, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, l'imposante cérémonie du jubilé de M. Théophile Roussel. La Société médico-psychologique a tenu à honneur de s'y faire représenter par son Bureau, et son Secrétaire général a déposé une adresse dont il va donner lecture.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture de cette adresse (*V. Annales médico-psychologiques*, numéro de janvier-février 1897, p. 159).

M. THÉOPHILE ROUSSEL remercie de tout cœur la Société médico-psychologique et M. Ritti. Depuis quelques jours, ajoute-t-il, il se découvre des vertus et des qualités qu'il ignorait. A force d'entendre prononcer son éloge, il finit par s'imaginer qu'il assiste à ses obsèques.

Election du Bureau de 1897.

1° Il est procédé au scrutin de l'élection d'un vice-président. M. MEURIOT est élu par 28 voix sur 36 votants ;

2° M. RITTI est réélu secrétaire général par acclamation ;

3° MM. RENÉ SEMBLAIGNE et PAUL SOLLIER sont réélus secrétaires annuels par acclamation.

4° M. JULES VOISIN est réélu trésorier par acclamation.

Le Conseil de famille est constitué par les membres du bureau, auxquels sont adjoints les deux derniers présidents : MM. MOREAU (DE TOURS) et CHARPENTIER.

Le Comité de publication est composé de MM. BALLET, BOUCHEREAU et VALLON.

La Commission des finances est composée de MM. CHRISTIAN et FALRET.

Rapport de candidature.

M. PACTET. — Messieurs, au nom d'une commission composée de MM. Falret, Briand et Pactet, j'ai l'honneur de vous présenter un rapport sur la candidature de M. le D^r Bechholm qui sollicite le titre de membre associé étranger de la Société médico-psychologique. Le docteur Bechholm, qui remplit en Norvège les fonctions de médecin de l'asile de Bergen, n'est pas un inconnu pour beaucoup d'entre vous. Il a quitté Paris, il y a quelques mois à peine, après y avoir passé trois années qu'il employa à conquérir le grade de docteur en médecine de la Faculté de Paris. S'intéressant d'une façon spéciale à toutes les questions qui concernaient la pathologie mentale et l'assistance des aliénés, il a, pendant son séjour en France, visité un grand nombre de nos asiles et été un auditeur assidu de toutes les cliniques psychiatriques.

J'aurais été heureux de vous donner un rapide aperçu de tous ses travaux scientifiques, malheureusement la liste ne m'en est pas encore parvenue au moment où je me trouve dans l'obligation de rédiger ce rapport, et je

me vois, à mon grand regret, contraint de me borner à vous présenter une analyse de la thèse qu'il a soutenue au mois de juin dernier, devant la Faculté de Paris.

Ce travail des plus intéressants et qui a valu à son auteur les félicitations de ses juges est intitulé : *Recherches bibliographiques, statistiques et cliniques sur les maladies mentales d'origine traumatique.*

Le premier chapitre est consacré à un historique très complet de la question ; nous voyons que, dès la plus haute antiquité, les auteurs se sont préoccupés de l'influence des traumatismes crâniens sur la production des troubles mentaux. Hippocrate, Galien, Cœlius Aurelianus avaient déjà, en l'espèce, une opinion ; mais ce n'est que dans les temps modernes que la question se précise et s'enrichit de nombreuses données cliniques et anatomo-pathologiques. Sans accorder la même valeur étiologique à ce puissant facteur, tous les observateurs se plaisent à reconnaître qu'il peut jouer parfois un rôle considérable dans la production de la folie, au point que quelques-uns, comme Skea, ont voulu décrire une véritable folie traumatique.

Avec le deuxième chapitre, nous entrons dans le domaine de la statistique et là, bien entendu, les résultats sont loin d'être en parfaite concordance. C'est dans une proportion de 1,5 à 5 p. 100 qu'interviennent les traumatismes crâniens comme causes de l'aliénation mentale. L'auteur a recueilli ces documents dans la littérature médicale de différents pays et particulièrement en France, en Allemagne, en Angleterre et en Scandinavie. Dans le relevé statistique officiel des causes de la folie en Suède, pendant la période de 1878 à 1893, le traumatisme apparaît dans presque 5 p. 100 des cas ; il n'est signalé que dans une proportion d'environ 2 p. 100 dans le relevé statistique officiel de la Norvège, pour une période de dix ans (1884 à 1894).

Le troisième chapitre est un exposé très documenté des différents aspects que peut revêtir la folie d'origine traumatique ; il n'est pour ainsi dire pas de forme de maladies mentales qui ne puisse être observée. On a constaté l'idiotie, à la suite de traumatismes du crâne soit avant, soit pendant l'accouchement, soit peu de temps après la naissance, l'épilepsie, la confusion men-

tale, la manie, la mélancolie, la paralysie générale, etc.

L'auteur rapporte ensuite quatre-vingts observations où les troubles mentaux reconnaissent une origine traumatique. Un grand nombre de ces observations sont personnelles, et dans beaucoup de cas l'autopsie a pu être pratiquée.

Enfin, dans ses conclusions, l'auteur insiste sur ce fait qu'un traumatisme peut être la cause unique d'une maladie mentale ; mais il fait remarquer qu'on rencontre assez fréquemment, associées au traumatisme, d'autres causes étiologiques dont les principales sont l'hérédité, l'alcoolisme, la syphilis et la masturbation.

Ce travail, dont je viens de vous esquisser une rapide analyse, constitue une monographie très complète de l'influence du traumatisme sur la production de la folie ; il dénote chez son auteur une érudition considérable et sera consulté avec fruit par quiconque voudra se mettre au courant de cette intéressante question.

En s'adjoignant le docteur Bechholm, la Société médico-psychologique rendra hommage à un aliéniste distingué ; aussi votre Commission vous propose-t-elle de lui accorder le titre de membre associé étranger, qu'il sollicite de vos suffrages.

Conformément à ces conclusions, M. le D^r Bechholm est, à l'unanimité, nommé membre associé étranger.

*Hallucinations à caractère pénible
dans le tabes dorsalis.*

M. MARCEL BRIAND. — Les hallucinations sont rares dans le cours du tabes dorsalis. Depuis Horn (1) (1833), qui rapporta la première observation de tabes dorsalis avec hallucinations, chez un paralytique, et Duchenne (de Boulogne) (2) (1858), qui nia l'existence des troubles psychiques dans le tabes, jusqu'à nos jours, l'accord n'est point fait sur la question.

Trousseau (3), qui considère le tabes comme une

(1) Horn. *Archives*, 1833.

(2) Duchenne. *Archives générales de médecine*, 1858.

(3) Trousseau. De l'ataxie locomotrice (*Gazette des hôpitaux*, 1863).

névrose, nie non seulement les hallucinations mais même tout trouble mental.

En 1863, Eisenmann (1) publia des observations d'ataxiques pris, pendant leur maladie, de dépression, d'anxiété mélancolique avec hallucinations succédant tout à coup à un état de bien-être.

Un an plus tard, Topinard (2), dans un ouvrage couronné par l'Académie de médecine, signala dans la tabes l'existence de troubles intellectuels suffisants pour constituer une forme mentale du tabes. Il n'insiste pas sur les hallucinations et ne signale qu'en passant le cas d'un tabétique de quarante ans ayant eu des troubles sensoriels de la vision.

Westphal (3) (1867) a observé divers cas de troubles mentaux, dont un seulement avec hallucinations de la vue, de l'odorat et de la sensibilité générale.

Tigges (4) publie trois observations de tabétiques qui avaient des troubles psychiques. Un seul de ses malades présente « des sensations subjectives simples de la vue et de l'ouïe », mais l'auteur doute que ce soient des hallucinations vraies.

Sans citer tous les travaux qui se sont succédés depuis Baillarger (5) jusqu'à nos jours, sur les rapports du tabes et de la folie ou la paralysie générale, qui nous entraîneraient trop loin, nous devons encore rappeler les principaux. En 1872, la question a été soulevée à la Société médico-psychologique (6) : MM. Billod, Bouchereau, Falret, Foville et d'autres encore ont pris part à la discussion ; mais la première observation d'hallucinations dans le tabes sans paralysie générale a été publiée à Vienne.

En 1875, Obersteiner (7) rapporte un cas d'hallucinations de la vue et de l'ouïe chez un ataxique. Ce malade voyait des animaux, « tous les animaux de la

(1) Eisenmann. *Die Bewegung Ataxie*, Wien, 1863.

(2) Topinard. *De l'ataxie et en particulier de la maladie appelée ataxie locomotrice progressive*, 1864.

(3) Westphal. *Archiv für Psychiatrie*, 1867.

(4) Tigges. *Allgm. Zeitsch. f. Psychiatrie*, 1871.

(5) Baillarger. *Annales médico-psychologiques*, 1862.

(6) *Annales médico-psychologiques*, 1872-1873.

(7) Obersteiner. *Wiener med. Wochenschrift*, 1875.

zoologie », et entendait des voix qui lui parlaient aux oreilles.

Vers la même époque, dans un mémoire sur les rapports de l'ataxie locomotrice avec l'aliénation mentale, M. Ph. Rey (1) publia deux observations de tabétiques, qui, au cours de leur affection, furent pris d'hallucinations de la vue, de l'ouïe et de la sensibilité générale.

Mœli (2) signala également les troubles mentaux de l'ataxie, et publia plusieurs observations de tabétiques présentant des hallucinations de la vue et de l'ouïe.

C'est surtout le professeur Fournier (3) qui fait ressortir « l'exaltation ou l'excitation cérébrale, en des états aigus ou sur-aigus de délire, d'aliénation véritable, avec hallucinations ». Il constate que ce groupe, sans être rare, est cependant moins commun que la forme dépressive et la forme paralytique (celle où les deux maladies, ataxie ou paralysie générale, se succèdent et se combinent). Après avoir cité les cas relatés par M. Rey, M. Fournier rapporte deux observations inédites : l'une du D^r Tennesson, où il s'agit d'un malade syphilitique et ataxique, qui était atteint d'excitation maniaque avec hallucinations de la vue et de l'ouïe ; l'autre lui est donnée par M. Magnan, qui signale également l'existence d'hallucinations *multiplés*. Je vous prie de retenir ce caractère de multiplicité.

Dans la thèse de Rougier (4), faite sous l'inspiration de M. Pierret, de Lyon, nous trouvons plusieurs observations de tabétiques ayant présenté des hallucinations, des troubles de la sensibilité générale, des idées de persécution et de mélancolie. M. Rougier ne croit pas que ce soient des hallucinations véritables, « ce sont de fausses interprétations d'une sensation réellement perçue », une variété d'illusions ; néanmoins il croit que les hallucinations peuvent exister.

Quelque temps plus tard, M. Pierret (5) revient sur

(1) Ph. Rey. *Annales médico-psychologiques*, 1875.

(2) Mœli. *Charité*, vol. VI.

(3) Fournier. *De l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique*, 1882. Leçon sur la période préataxique du tabes syphilitique, 1885.

(4) Rougier. *Essai sur la lypémanie et le délire de persécution chez les tabétiques*. Thèse de Lyon, 1882.

(5) Pierret. Congrès de médecine mentale de Blois, 1892.

la question et, dans une remarquable communication au Congrès de Blois, il fait dériver les troubles mentaux de douleurs réelles que les malades éprouvent, ou bien des troubles sensoriels dont ils sont, en général, atteints et il en déduit l'existence d'un tabes psycho-sensoriel (1).

La même année (1892), une importante discussion s'ouvrait, à la Société médicale des hôpitaux, sur les rapports de la paralysie générale et du tabes, à propos d'une observation communiquée par M. le professeur Raymond.

Le savant professeur de la Salpêtrière, considérant l'étiologie (syphilis) des deux affections et la nature du processus histologique (lésion périvitubulaire), admet le tabes et la paralysie générale comme une seule et même affection.

M. G. Ballet reste dualiste et se demande si le tabes est toujours identique au tabes, la paralysie générale à la paralysie générale.

M. Joffroy admet une certaine différence entre ces deux maladies : comme le tabes et la paralysie générale sont des affections héréditaires, il pense que ces deux affections existent virtuellement à la naissance ; dans un cas, c'est la moelle qui est préparée pour l'ataxie ; dans un autre cas, c'est le cerveau pour la paralysie générale. Mais il conclut que l'ataxie et la paralysie générale sont distinctes et ne peuvent être considérées comme une seule et même affection ; il ne s'ensuit pas qu'elles soient étrangères l'une à l'autre.

C'est vers cette date que parut la thèse de M. Nageotte (*Tabes et Paralysie générale*) ; on y voit que l'accord n'est point fait sur les rapports de ces deux affections.

Quant aux hallucinations qui apparaissent au cours du tabes, sans paralysie générale, elles sont donc encore à l'étude.

Il résulte de ce trop rapide historique, que les rapports du tabes avec les syndromes variés qu'on rencontre dans les psychoses, sont insuffisamment connus.

J'ai cru intéressant de vous communiquer, en mon

(1) Congrès de Blois, 1892. Pierret. *Des Rapports de la paralysie générale et du tabes*.

nom et au nom de M. Cololian, mon interne, qui les a recueillies, deux observations assez rares de tabes compliqué d'hallucinations à caractère pénible, comme on en rencontre dans l'alcoolisme.

Elles concernent deux femmes tabétiques, aveugles, qui ont eu des hallucinations de la vue.

OBSERVATION I.

Femme de quarante-trois ans. — Début du tabes en 1890, par des douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs. — Troubles de la vue en 1891; cécité complète en 1893. — Hallucinations depuis deux mois (serpents, crocodiles, hommes aux yeux rouges.)

La malade B... (Marie), quarante-trois ans, est entrée à l'hôpital Necker dans les premiers jours du mois d'août de cette année pour une bronchite. Là, troublant le repos des autres malades, elle est considérée comme atteinte de « délire alcoolique » et envoyée à Sainte-Anne.

Elle arrive à Villejuif avec le certificat suivant :

« Affaiblissement des facultés, *hallucinations de la vue et de l'ouïe*; elle voit des crocodiles qui veulent la dévorer. *Ataxie locomotrice*. Cécité. »

Nous l'avons observée attentivement pour la première fois le 20 août dernier. C'est une femme de taille moyenne, paraissant bien constituée. La face est légèrement asymétrique. Le facies est triste, les traits sont tirés. Très réservée et défiante; elle ne parle pas de sa vie antérieure : « C'est, dit-elle, pour me garder ici que vous me questionnez. »

Le mari, que nous avons interrogé, ne nous en dit pas davantage, de sorte que nous savons peu de chose sur cette femme, sur sa vie et ses antécédents personnels.

Le père et la mère sont morts de causes inconnues. Pas de renseignements sur les autres membres de la famille. Assez bien portante dans sa jeunesse, nous ne savons pas si la malade a eu la syphilis. *Le début du tabes remonte*, dit-elle, *à six ans*; il a commencé par des douleurs fulgurantes, traversant comme des éclairs les membres inférieurs; plus tard, elles devinrent presque constantes.

Les troubles de la vue datent de cinq ans.

La malade s'est aperçue que sa vue baissait, qu'elle voyait de moins en moins; cependant, elle se guidait encore, tant bien que mal.

Depuis trois ans, *la cécité est complète*. M^{me} B... n'a plus de douleurs fulgurantes, ni de crise gastrique.

Les réflexes tendineux sont complètement abolis. Il n'y a pas de troubles de la station, pas de signe de Romberg.

L'incoordination des mouvements est peu accusée.

Au lit, couchée, elle croise une jambe sur l'autre avec une légère hésitation. La marche, difficile, n'est pourtant pas désordonnée. Les sensations de douleur, de toucher sont diminuées, et il y a un retard sensible dans la perception de la sensibilité. *La malade n'est nullement alcoolique*, elle ne buvait qu'un demi-litre de vin par jour. Jamais de pituites, de cauchemars, ni de tremblement. Un mois après son entrée, elle conservait d'ailleurs les mêmes troubles mentaux qu'aux premiers jours.

Les symptômes cérébraux ont apparu il y a deux mois, depuis son entrée à Villejuif où elle ne boit que de l'eau. Elle voit des serpents, des crocodiles qui veulent l'étrangler, « un gros serpent lui serre le corps, elle se sent mourir..., des crocodiles qui menacent de la dévorer..., vont se jeter à l'eau..., des hommes lui font des grimaces. »

Nous l'avons trouvée terrifiée un matin. Elle causait seule, en colère, voulait fuir. Cette frayeur dura une heure. L'après-midi, elle avoua à la surveillante que sa terreur provenait de la vision « d'un serpent tout vert qui la serrait ». Elle fut reprise d'hallucinations quelques jours après. Elle frappait l'air de ses mains, comme pour se défendre; elle agitait fiévreusement son mouchoir. Calmée, elle raconta qu'elle voyait un homme avec les yeux rouges qui faisait des grimaces et cherchait à l'approcher.

Ces accès la reprennent trois ou quatre fois par semaine, ne durent qu'un quart d'heure, mais se renouvellent dans la même journée. Nous avons remarqué que les jours d'hallucinations, la malade B..., dès le matin, avait la langue épaisse, saburrale. Aux jours calmes, la malade se rend compte qu'il n'existe ni serpents, ni crocodiles, ni hommes grimaçants, que tout cela n'était qu'hallucinations.

Elle n'a pas d'hallucinations de l'ouïe. La mémoire est bonne; elle se rappelle l'année, le mois, le jour. Cette malade ne présente aucun signe physique ou psychique de paralysie générale.

Rien au cœur ni aux poumons.

Les voies digestives sont en bon état, excepté les jours d'hallucinations, où elle se plaint de lourdeurs d'estomac, et refuse de manger. Pas d'albumine, pas de sucre dans les urines. Cette malade est sortie sur l'insistance de son mari dans le courant de septembre dernier.

OBSERVATION II.

Femme de cinquante-huit ans. — Affaiblissement de l'acuité visuelle depuis sept ans. — Ataxie des membres inférieurs depuis cinq ans et cécité complète depuis quatre ans. — Douleurs fulgurantes des membres inférieurs depuis un an. — Hallucinations de la vue, de l'ouïe et de la sensibilité générale depuis huit mois.

La malade G... (Ursule), âgée de cinquante-sept ans, est entrée à Villejuif le 9 septembre 1895.

Son père est mort d'une affection inconnue.

La mère a succombé dans un asile d'aliénés en province.

De dix enfants, un frère seul survit, bien portant et père de famille. Les autres frères et sœurs sont morts en bas âge. Ursule G... jouissait d'une bonne santé. Régulée à seize ans; elle s'était mariée à dix-huit ans.

Son mari, de qui nous tenons les renseignements, dit qu'elle a toujours été un peu triste, de caractère original, sauvage et très jalouse. D'esprit borné, *elle avait une très mauvaise mémoire; elle n'a jamais su ni lire, ni écrire.* Au bout d'un an de mariage, elle a eu un enfant, mort deux mois après sa naissance. Une fille vit, se porte bien; elle est mariée, a des enfants; l'un est mort en bas âge.

Pas de syphilis avouée chez notre malade; mais la mortalité si élevée des enfants en bas âge nous donne droit de penser à la possibilité d'une syphilis héréditaire. Ursule G... a eu sa ménopause à cinquante ans. Jusqu'à ce moment, sa vue avait été bonne, ne présentant rien d'anormal. Elle voyait bien, de loin comme de près.

C'est en 1889 qu'elle s'aperçut que sa vue baissait. L'année suivante, elle n'y voyait plus. A cette époque, elle n'avait pas d'autres signes d'ataxie locomotrice. *Deux ans plus tard* seulement, le mari s'aperçut que sa femme « lançait ses pieds à droite, à gauche, sans pouvoir marcher ». Aveugle, incapable de travailler et de marcher, elle passait toutes ses journées assise dans un fauteuil.

Vers le milieu de 1895, des troubles intellectuels se manifestèrent. Elle devint mélancolique, soupçonneuse, croyant sans cesse qu'on allait l'empoisonner. La famille chercha à la faire interner.

Elle arriva à Villejuif en septembre 1895.

C'est une femme de petite taille, grisonnante, maigre, présente quelques stigmates de dégénérescence mentale: légère asymétrie faciale, voûte palatine ogivale, les lobes des oreilles sont adhérents. *Depuis janvier 1896, elle se plaint de douleurs*

fulgurantes dans les jambes. Elle reste alitée dans le quartier des gâteuses depuis le jour de son entrée ; mais, en réalité, elle n'a pas d'incontinence fécale ; elle est plutôt malpropre.

L'incoordination est accentuée aux membres inférieurs. Etant couchée, pour croiser les jambes, elle relève une jambe en l'air, et la fait retomber maladroitement sur l'autre avec des mouvements désordonnés. Elle a perdu la notion exacte de la position des membres et de la différence de poids ; l'abolition du phénomène du genou (signe de Westphal) est complète. On constate un retard sensible dans la perception de la sensibilité et surtout de la douleur. La malade parle sans embarras de la parole. A l'examen des yeux, nous trouvons l'inégalité et l'immobilité des pupilles. A l'ophtalmoscope, une coloration bleu-grisâtre des pupilles, et l'atrophie naquée des papilles. L'acuité auditive est légèrement diminuée des deux côtés.

Le 13 avril 1896, au matin, la surveillante nous signala qu'elle avait passé une nuit très agitée, avec hallucinations de l'ouïe et de la vue. Nous pensons aussitôt à l'alcoolisme. La veille étant un dimanche, sa fille était venue la voir, « avait apporté une bouteille de bon vin », disait la malade qui prétendait avoir bu la bouteille entière ; nous n'avions plus de doutes : c'était du délire alcoolique.

Nous faisons surveiller Ursule G... et les personnes qui venaient la voir. Quelques jours après, une nouvelle crise se produit, et, cette fois, nous avons la certitude qu'elle n'avait pas eu de vin.

Depuis le 13 avril, les hallucinations continuent, reviennent tous les huit ou dix jours sans causes appréciables. Avant cette époque, personne dans la salle, surveillante ou infirmière, n'avait constaté chez elle ces hallucinations de la vue et de l'ouïe.

Le 25 avril, après ses hallucinations, elle avait des contusions très étendues aux jambes, aux cuisses et aux bras. Toute la nuit elle avait cherché à quitter son lit, passait ses jambes à travers les barreaux ; on avait eu assez de mal à la dégager.

Nous avons assisté plusieurs fois à ses crises hallucinatoires : elle est dans une rue qu'elle ne connaît pas... il y a dans cette rue des bêtes et des voitures. Elle a peur des voitures qui passent ; elle craint d'être écrasée ; elle se hâte de traverser la rue... « Baissez-vous, madame, il y a du feu, lui crie-t-on. » « Attention !... attention !... » Elle parle à un enfant : « Dépêche-toi... dépêche-toi mon petit. » Elle voit des chiens ; elle en a peur ; ils vont la mordre, elle crie : « Oh ! la sale bête de chien ! » et frappe son oreiller, ses couvertures ; ce sont les chiens qui veulent la mordre. Des voleurs, des hommes vont lui enlever le paquet de linge qu'elle a dans une voiture à bras.

Elle crie : « Au voleur ! au voleur !... » ; elle voit aussi des chats. Elle a vu tout à l'heure le cadavre d'un chat qui lui est tombé sur la tête. Elle appelle : « Au secours ! » Elle prend le barreau du lit, croyant prendre le bras d'un enfant, pour lui faire traverser la rue. Parfois elle voit son mari avec des femmes ; puis ce sont des hommes qui cherchent à la violer, elle crie, se débat, se défend. Elle entortille sa couverture entre ses bras : « C'est une petite fille » ; mais elle ignore à qui elle appartient.

Les hallucinations de l'ouïe ne sont pas aussi accentuées ; pourtant elle entend des voix auxquelles elle répond : « Oh ! oui, Madame, je vous remercie bien, si vous voulez, restons sur le trottoir. »

Elle a des hallucinations sensitives générales, croit qu'on lui donne des coups dans le dos : « Mais qui est-ce qui me donne des coups dans le dos ? » dit-elle ; se retourne et donne un coup dans l'air avec son bras droit.

Et cela continue toute la journée. On suit sur son visage ses diverses impressions de crainte et de terreur.

Si nous la touchons, elle le sent, et une minute, délivrée de ses hallucinations, elle demande d'une voix naturelle : « Qui est-ce qui me touche ? Ah ! c'est vous, M. le docteur, je vous remercie, je vais bien. » Mais le répit est de courte durée ; elle nous échappe aussitôt pour retourner à ses pénibles hallucinations.

C'est en général l'après-midi que commencent les hallucinations. Mais dès la matinée, la malade G... se trouve dans un état qui fait prévoir même par le personnel qu'elle aura des hallucinations. Elle commence presque toujours par avoir des vomissements bilieux, qui durent quelques heures. Elle refuse de manger, la langue est mauvaise, saburrale, l'haleine fétide ; pendant les hallucinations les vomissements s'arrêtent.

Les hallucinations durent toute la nuit jusqu'au matin, de dix-huit à vingt-quatre heures. La malade se calme ensuite peu à peu et s'endort, brisée de fatigue. Elle n'en conserve pas ou peu le souvenir. Les hallucinations reviennent tous les huit à dix jours, présentant chaque fois les mêmes caractères. La malade passe dans une rue en plein jour, ne voit pas de soleil. Elles embrassent les mêmes objets, des chiens, des chats, des voitures, du feu, des hommes, des voleurs, sa fille, son mari, une petite fille.

Ursule G... ne présente aucun signe physique ou psychique de paralysie générale. Elle n'est pas non plus alcoolique. Depuis son entrée dans le service, elle ne buvait que 16 centilitres de vin par jour ; nous les avons même supprimés depuis, pendant quelques jours, pour éloigner toute cause d'intoxication

éthylque et les hallucinations ont persisté avec la même intensité.

Le niveau de son intelligence n'a jamais été très élevé. Il baisse encore depuis sa maladie. La mémoire est satisfaisante pourtant quand il s'agit du passé, mais elle devient défaillante pour les choses journalières.

Rien au cœur, ni aux poumons. Pas d'albumine dans les urines.

Nos deux malades sont-elles bien réellement tabétiques? Peut-on soutenir qu'il s'agisse là d'une névrite alcoolique? Le diagnostic différentiel du tabes et de la névrite périphérique alcoolique, dans certains cas, est très difficile à résoudre. Dans ces deux affections, en effet, l'on observe des douleurs fulgurantes, des troubles de la marche, les signes de Westphal, de Romberg, des troubles oculaires, psychiques, etc. C'est à l'aide d'une analyse approfondie des divers signes que nos malades ont présentés, que nous avons pu poser le diagnostic du tabes dorsalis.

Troubles oculaires. — Nos deux malades présentent le signe d'Argyll Robertson du tabes : ce signe est considéré comme étranger à la symptomatologie de la névrite alcoolique. Presque tous les aliénistes et les neuropathologistes sont d'accord sur ce point.

Sans rappeler que nos deux malades passaient pour sobres, nous constatons qu'elles ont de la névrite des nerfs optiques, et qu'au bout de trois ou quatre ans la cécité était complète chez elles. On sait que dans la névrite alcoolique, l'affaiblissement de l'acuité visuelle n'est jamais aussi prononcée ; de plus, il n'est pas encore démontré que la névrite alcoolique amène jamais la cécité complète. D'ailleurs, tandis que chez les tabétiques la cécité ne rétrograde jamais, les troubles oculaires chez les alcooliques au bout de quelque temps peuvent diminuer et même disparaître.

Ces signes suffisent pour porter notre diagnostic de tabes ; mais, pour ne pas laisser le moindre doute, nous continuerons notre démonstration.

Troubles moteurs. — Nous savons que les troubles de la marche sont très fréquents dans la névrite alcoolique ; mais ils ne ressemblent en rien à la véritable incoordination du tabes. Nos deux malades ont une

incoordination caractéristique des mouvements volontaires se traduisant par la projection folle et brusque de la jambe. La véritable incoordination des membres inférieurs chez les individus atteints de névrite périphérique est exceptionnelle, et l'on observe chez eux une démarche toute spéciale, bien étudiée par le professeur Charcot. Nous voulons parler du steppage. Il est la conséquence de la paralysie des fléchisseurs du pied, paralysie liée elle-même à la névrite périphérique. Nous savons que dans le tabes, les paralysies des muscles du pied sont rares ; d'ailleurs nos malades ne présentent aucune paralysie musculaire, et chez toutes deux, malgré l'incoordination des mouvements, la force musculaire est conservée.

Troubles digestifs. — Les troubles digestifs existent dans les deux affections, et nos malades présentent des troubles de ce genre ; mais ils sont périodiques avec tous les caractères de crises gastriques et nullement continus comme dans l'alcoolisme chronique. Il n'y a nul doute que nos deux malades ne soient tabétiques.

Les hallucinations, nous avons dit, ont apparu après la cécité complète. La première, la malade B..., a depuis deux mois des hallucinations de la vue, une zoopsie spéciale qui ressemble beaucoup à celle du délire alcoolique.

D'ailleurs, nous l'avons noté, elle a été considérée quelque temps comme alcoolique. Chez la seconde malade, Ursule G..., les hallucinations de la vue, de l'ouïe et de la sensibilité générale remontent à huit mois ; ces hallucinations ressemblent aussi aux hallucinations alcooliques, mais à l'inverse de ce qui se passe dans le délire alcoolique, elles sont plus actives le jour que pendant la nuit.

Chez nos deux malades les sujets des hallucinations ne varient pas : ce sont chaque fois les mêmes acteurs du même drame qui réapparaissent : les serpents verts, les crocodiles, les hommes grimaçants aux yeux rouges, pour l'une ; pour l'autre, les chevaux, les voitures, des chiens, chats, voleurs, etc. La première malade, pendant l'intervalle des troubles, se rendait compte de la fausseté de ses perceptions. Elle refusait même de nous les communiquer de peur qu'on ne la gardât à l'asile. Tou-

tefois, dans les crises, elle souffrait, se débattait, luttait contre ses ennemis imaginaires.

Chez la seconde, un peu plus affaiblie au point de vue intellectuel, le souvenir des hallucinations est vague et souvent nul.

Ce qu'il y a de particulier chez nos deux malades, c'est la cécité. Aucune impression lumineuse n'arrive à l'écorce cérébrale, aucune sensation visuelle ne peut influencer le cerveau.

Pour ceux dont la vue est bonne, quelques auteurs, admettant la théorie sensorielle, expliquent les hallucinations de la vue et leur origine par les impressions sur la rétine, par les perceptions lumineuses et aussi par les fausses interprétations telles que les illusions.

Avec M. Pierret et son élève M. Rougier, on peut aussi dire que ce ne sont peut-être que de fausses hallucinations, produites par l'irritation des origines périphériques, ou bien des ganglions de première ou de seconde élaboration des nerfs sensoriels et sensitifs.

On pourra plutôt évoquer la théorie cérébrale, hallucinations consécutives à l'irritation des centres de la vue, de l'ouïe et des images, où il faut faire intervenir les voies d'association, en un mot admettre qu'il s'agit là des causes internes.

M. Bouchard (1) signale le cas d'un tabétique aveugle, qui voyait du feu dans une salle où il n'y en avait pas, et qui faisait disparaître cette hallucination en fermant les yeux. La même expérience chez nos deux malades n'a fourni aucun résultat. Une autre particularité qui leur est commune découle la périodicité des hallucinations. Chez la seconde surtout, elles revenaient régulièrement d'abord tous les dix, treize jours. Actuellement elles reviennent chaque semaine. Les hallucinations de cette dernière suivent un cercle presque toujours le même : vomissements le matin, délire l'après-midi et toute la nuit, durant de dix-huit à vingt heures.

Sous ce rapport nous avons trouvé une observation semblable dans la littérature médicale. Elle est due à

(1) Bouchard. Ataxie locomotrice progressive (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1892).

M. Gruet (1) ; en voici le résumé : il s'agit d'une femme de cinquante-six ans, tabétique depuis quatre ans, vue affaiblie à gauche.

De temps en temps, elle croit éprouver une sensation générale de chaleur qui dure cinq, six, sept, huit jours, et devient alors inabordable. La crise passée, elle reconnaît généralement le caractère subjectif de la sensation, elle avoue : « Je croyais avoir la fièvre. »

Voilà donc une autre malade qui a des troubles sensitifs périodiques, durant près d'une semaine.

A quoi cet état est-il dû ?

Doit-on l'attribuer à des auto-intoxications ?

Le professeur Bouchard (3) a démontré depuis longtemps le rôle des poisons de l'intestin dans l'écllosion des troubles physiques et mentaux. Ces poisons sont une menace permanente d'intoxication pour l'organisme.

Dans les cas présents, avons-nous affaire à une intoxication unique ? ou à des toxines multiples qui peuvent s'associer ? Aux poisons de l'intestin peuvent se joindre les corps toxiques produits par la cellule nerveuse troublée dans sa nutrition. Les caractères des hallucinations qui sont ceux des hallucinations d'origine toxique (mobilité, coloration, multiplicité, aspect terrifiant, etc.) permettent de penser à une auto-intoxication.

L'état saburral et épais de la langue de notre première malade, qui n'était pas alitée, et les symptômes relevés chez la seconde quelques heures avant les hallucinations, justifient-ils cette hypothèse ? Nous le reconnaissons, une semblable démonstration est encore loin d'être faite.

Nous serions incomplet si nous n'insistions sur cette particularité, que nos deux malades portent l'une et l'autre des tares héréditaires, dont l'influence n'est sans doute pas étrangère à la facilité avec laquelle elles ont déliré, à la suite de causes peut-être insuffisantes pour provoquer un semblable délire hallucinatoire chez un tabétique non prédisposé.

(1) Gruet. *Etude clinique sur l'ataxie locomotrice*. Thèse de Paris, 1882.

(2) Bouchard. *Leçons sur les auto-intoxications dans les maladies*, 1885.

Questions et réflexions au sujet d'un cas de médecine légale en matière d'aliénation mentale.

M. BARGY. — Après les nombreuses discussions qui ont eu lieu en 1895 au sujet de la « séquestration et sortie d'aliénés ordonnée par la justice », et la communication intéressante de M. Charpentier sur « les délinquants dits irresponsables », nous avons cru qu'il serait intéressant aussi de vous signaler un cas assez rare qui nous a été raconté dans tous ses détails et dont nous avons pu constater nous-mêmes l'exactitude. Voici le fait en quelques mots.

Gr... est mis en liberté de l'asile de la C... ; il en profite le jour même pour s'enivrer et violer une femme. Il est arrêté aussitôt, conduit en prison, et soumis à l'examen de trois médecins, qui le déclarent aliéné et irresponsable ; et il est enfin réintégré à l'asile d'où il était sorti guéri. Mais là, le Dr B..., auquel nous devons les principaux détails de l'affaire, et qui a bien voulu nous communiquer ses certificats, reconnaît qu'il est dans le même état qu'à sa sortie, c'est-à-dire que pour lui Gr... n'est pas fou, et ne devrait pas être gardé dans un asile. Mais il n'ose le remettre en liberté, et à cause du rapport médical, et à cause de la crainte de lui voir revenir quelque temps après son client avec un nouveau crime.

Voyons d'ailleurs les détails de l'affaire ; elle nous a suggéré quelques réflexions que vous voudrez bien nous permettre de vous communiquer ensuite.

Gr... est âgé de vingt-deux ans ; sa mère a eu, paraît-il, un très léger accès d'aliénation (pas de renseignements précis à ce sujet). Quant à lui, il a vécu à la campagne avec sa mère jusqu'à l'âge de quinze ans. A cette époque, ses parents, qui habitaient Paris, le font venir, et on le retrouve garçon chez divers marchands de vin. La vie qu'il mena alors, il est difficile de la dépeindre d'une façon exacte ; mais il ne dut pas mener une vie sobre et régulière, car, vers le milieu de 1894, nous le retrouvons à la prison des jeunes détenus, où il purge une condamnation de six mois pour vol.

Il était là depuis un mois à peine, lorsqu'il présenta les premiers symptômes d'aliénation mentale.

Le 22 août, il fut envoyé à l'infirmerie du dépôt.

Voici le certificat de M. le D^r Garnier.

« Mélancolie. Attitude craintive et humiliée. Gémissements. Sanglots. Mutisme. »

Le 25 août, il est envoyé à Vacluse, où M. Kéramel fait le certificat suivant :

« Dégénérescence mentale. Dépression mélancolique ; réponses monosyllabiques ; comprend difficilement ce qu'on lui dit. »

Enfin il est transféré, en février 1895, à l'asile de la C... avec le certificat suivant :

« Excitation maniaque avec violence contre les personnes. »

Le médecin de la C..., dans son premier certificat, daté du 6 mars, tout en signalant son état antérieur, le trouve tranquille et raisonnant bien. Cet état se continue ; le malade se plaint seulement de l'ennui et de ses parents qui ne le réclament pas. A la fin d'avril, il a cependant, dit le médecin, une crise d'excitation terrible qui a duré vingt-quatre heures ; il brisait tout, et vociférait continuellement. Puis il redevint tranquille, mais d'allures bizarres, dit le médecin.

Enfin, le 18 août, ce dernier se décide à demander sa mise en liberté, « Gr... se conduisant bien depuis plusieurs mois » et n'ayant eu qu'une crise en six mois. Il est capable, ajoute-t-il, de se rendre compte de la portée de ses actes. En même temps il le signale déjà comme peu recommandable.

Gr... sort le 23 août ; il a sur lui une somme de 10 francs, dont cinq lui ont été remis par le directeur pour lui permettre d'aller rejoindre ses parents qui habitent le département. On a su plus tard que 5 autres francs avaient été volés par lui à un autre malade. Son premier soin, à sa sortie, est d'aller boire et fumer des cigares dans un village voisin. Puis, loin de prendre la direction de M..., où il devait se rendre, il prend une direction presque opposée, celle de Paris, a-t-il dit depuis.

Il arriva à F..., où il fait de nouvelles libations, puis entre dans diverses maisons où il essaie peut-être d'entrer en conversation avec plusieurs femmes. Puis il part,

rencontre près du village une femme à laquelle il ne dit rien, puis plus loin une deuxième qu'il interpelle. Il essaie de l'embrasser, la renverse par terre, et essaie de la violer. Il nous importe peu à nous de savoir jusqu'où est allé le viol, s'il a été complet. Toujours est-il, qu'entendant marcher une personne, il se relève aussitôt et se sauve.

Il est arrêté aussitôt et conduit à la prison d'U..., où le parquet charge de son examen le D^r B..., celui-là même qui l'avait fait mettre en liberté. Mais B..., par simple scrupule de conscience, n'a pas voulu se charger de l'affaire. Il ne pouvait, m'a-t-il dit, paraître examiner cet individu sans parti pris, l'ayant déclaré guéri au moment du crime. Il lui paraissait préférable que l'examen de Gr... fût confié à un autre médecin.

Le médecin choisi s'est fait adjoindre deux collègues et après un long examen, ils ont conclu que Gr... était un alcoolique, un malade, qu'il était irresponsable des actes qui lui étaient reprochés, dangereux pour la sécurité publique, et qu'il y avait lieu de l'interner dans un asile.

Ces conclusions étaient basées sur l'examen attentif des antécédents de Gr..., des actes qui lui étaient reprochés et des circonstances dans lesquelles les faits avaient été commis.

En conséquence Gr... est réintégré dans l'asile de la C... où le médecin, dans son certificat immédiat, donne son opinion sur Gr..., et indique son embarras.

Après avoir dit que Gr... revenait dans le même état que le jour de sa sortie, il ajoute : « Or, il me semble que, dans cet état, ce jeune homme est parfaitement responsable de ses actes. Quoique d'une intelligence pas très développée, il raisonne cependant très bien, et se rend très bien compte du mal qu'il fait ou peut faire. Il a des crises d'excitation très rares ; mais en dehors de ces crises, il peut discerner le bien du mal, et ne faire le mal que s'il y est entraîné par ses passions, mais non dans un acte de folie : c'est un garçon dont l'instinct a été dépravé par un assez long séjour dans certain milieu parisien... Sous l'influence de l'excitation alcoolique, il est capable d'accomplir toutes sortes d'actes répréhensibles ; mais même en dehors de

l'excitation alcoolique, il les accomplira. Ces actes, il cherche à les accomplir en secret et hors du regard des témoins. La femme qu'il a violée n'est pas la première qu'il ait rencontrée, même après ses excès d'alcool, mais il l'a rencontrée dans un endroit désert, hors de portée d'être secourue, et il a pris la fuite lorsqu'il a entendu approcher une autre personne ; il a donc agi, non comme un homme qui sait bien qu'il commet un crime, et qui cependant espère que personne ne le reconnaîtra pour le faire punir. Dans ces conditions je suis très embarrassé de Gr.... A l'heure actuelle je le crois sincèrement non aliéné, mais je ne puis demander sa mise en liberté ; car s'il commettait un crime, et je le crois capable de tout, on le déclarerait de nouveau irresponsable, et on m'accuserait de mettre en liberté des aliénés dangereux... Sa place est.... dans une prison... c'est un criminel.»

Le 12 janvier le D^r B.... signale chez Gr... une crise de fureur, ayant duré plus de quarante-huit heures. « Il insultait tout le monde, et aurait frappé, s'il avait pu. » Il a démoli la loge où il était enfermé. Il a suffi de l'attacher solidement pour le rendre plus raisonnable.

A chaque instant Gr... ne cesse de demander sa liberté.

Le D^r B... insiste toujours, et dans chaque certificat, sur la responsabilité de Gr...

« Sa place est dans une maison de détention et non dans un asile ». Il répète également qu'il craint d'engager sa responsabilité à cause des actes délictueux que Gr... peut commettre.

Devant cet acharnement du D^r B... à déclarer Gr... responsable, la préfecture a chargé le D^r Hospital d'examiner l'affaire. Ce dernier, que nous devons remercier des nombreux renseignements dont nous lui sommes redevables à ce sujet, se transporta à l'asile de la C..., examina les diverses pièces du procès, les certificats du médecin traitant de l'asile, et le soi-disant malade. Dans son examen, il a remarqué une inégalité pupillaire, la droite étant plus dilatée que la gauche. « La physionomie est effacée, mais sous cette apparence quasi niaise, il cache une assez grande finesse ; sous son

air modeste se dissimule une grande prudence, il comprend toutes les questions et y répond en bon français. » Gr... dit avoir cru autrefois qu'on parlait mal de lui dans un journal : un homme et une femme l'auraient poursuivi de leur haine ; il aurait été abandonné de ses parents. Il aurait même entendu des voix qui lui semblaient venir d'en haut. « Au moment de cet examen, il se prétend guéri, dit qu'il n'a ni attaques, ni délire, ni hallucinations et est en état de gagner sa vie. Il dit même regretter l'acte qu'il a commis, veut aller non à Paris, mais avec sa grand'mère. Mais tout ceci, c'est de l'hypocrisie. » En résumé, pour le D^r Hospital, « c'est un dégénéré psychique, un être dont les facultés morales sont en baisse, dont l'intelligence n'a pas pris le développement normal et chez qui, par conséquent, les instincts vicieux prédominent ». Il suppose que la peur des conséquences du crime pourra le retenir ; et est d'avis qu'on essaie de mettre Gr... en liberté.

A la suite de ce rapport, Gr... a été mis en liberté.

Avant sa sortie, nous avons pu nous-mêmes l'examiner. Nous avons noté, comme le D^r Hospital, une inégalité pupillaire, la droite plus dilatée, et une dilatation générale des deux pupilles, mais nous n'avons pu trouver chez lui aucun signe bien net de délire. Ce qu'il nous a raconté, et sur son internement à Vaucluse, et sur ses faits et gestes lors de l'attentat, ne concorde nullement avec ce qui s'est passé en réalité. Non pas que Gr... ne se rendît pas compte de ce qu'il nous racontait, mais il le faisait sciemment ; nous avons pu en effet lui faire rectifier un certain nombre de faits que nous connaissions au sujet du viol, il n'a seulement pas voulu avouer qu'il avait essayé de violer une femme ; il nous a dit d'abord qu'il s'était contenté de parler à cette femme, puis qu'il l'avait embrassée, mais il a protesté énergiquement quand nous lui avons parlé de viol. Il nous a également dit que ses parents lui voulaient du mal, parce qu'ils ne le faisaient pas sortir, qu'on se moquait de lui. Il paraît, à un moment donné, accuser la police de le retenir à l'asile. Mais il est difficile de voir, de saisir ce qu'il y a de vrai dans ses paroles.

Tels sont les principaux détails de l'affaire, et tel en a été le dénouement.

Voyons maintenant les réflexions qu'on peut faire au sujet des principaux épisodes de l'affaire.

On peut se demander tout d'abord si le médecin qui avait signé la sortie de Gr... pouvait accepter de faire un rapport médico-légal au sujet de l'état mental du malade qu'il venait de déclarer guéri.

Il paraît qu'en fait, le D^r B... pouvait fort bien accepter la mission du rapport, c'est du moins l'avis du D^r Hospital. Mais nous croyons qu'on ne saurait blâmer son refus, étant donné qu'on aurait pu supposer, dans le cas où il aurait conclu à la responsabilité, qu'il y avait été porté dans la crainte d'engager sa propre responsabilité, pour ne pas avouer qu'il avait laissé mettre un aliéné en liberté.

Quant au rapport médico-légal des experts choisis ensuite, il a dû être étudié avec beaucoup de soin ; le malade a dû certainement être examiné très consciencieusement. Nous nous sommes beaucoup étonnés cependant de n'y trouver aucun renseignement provenant du D^r B... qui venait de donner ses soins au prévenu, et qui le connaissait par conséquent depuis assez longtemps.

Malgré ce consciencieux examen, les conclusions du rapport, aussi bien d'ailleurs que les faits sur lesquels elles s'appuient, ne nous ont pas paru entraîner avec elles l'irresponsabilité de l'individu.

Nous voyons bien que Gr... a été un aliéné, nous acceptons même qu'il a des antécédents héréditaires, mais une personne qui a été aliénée doit-elle toujours être irresponsable ? Ne peut-il y avoir de guérison pour un aliéné même héréditaire.

Gr..., dit le rapport, est un alcoolique. Mais où sont les signes, les symptômes de cet alcoolisme ? Il nous paraît peu probable que Gr..., après un an au moins d'internement, dût avoir encore des signes d'alcoolisme, et il est difficile d'admettre qu'il ait suffi d'un jour de boisson pour faire reparaitre cet alcoolisme. Nous voyons bien quelque part dans ce rapport qu'il est question du « sommeil lourd et agité de cauchemars » du prévenu, — tous les cauchemars ne sont pas d'origine alcoolique ; — quels étaient donc ces cauchemars ? et le seul fait d'être en prison ne suffit-il pas pour produire des cauchemars ? On sait d'ailleurs que les cauchemars alcoo-

liques ont des caractères spéciaux ; mais le rapport est muet à cet égard.

D'autre part, nous ne voyons nullement que les circonstances dans lesquelles le viol a été commis plaident en faveur de l'irresponsabilité. Gr..., avant de se jeter sur la dernière femme rencontrée, a tenté des voies que je pourrais qualifier de légales ; il a cherché à entrer en conversation avec d'autres femmes dans le village, mais la crainte d'être entendu et pris l'a empêché de se livrer alors à des violences, et ces violences, il ne les a commises que lorsqu'il s'est cru en sûreté. N'a-t-il pas pris la fuite dès qu'il a entendu des pas ? et d'ailleurs le fait d'avoir choisi une femme plutôt jeune et encore désirable ne plaiderait-il pas en faveur de la responsabilité ?

On parle enfin du « regard sournois, de l'attitude craintive et humiliée, des réponses lentes, des mouvements d'irritation du prévenu aux ordres du gardien, de l'appréciation qu'il fait de son acte ». Mais tout cela ne peut-il trouver une explication plausible ailleurs que dans l'état mental du sujet ?

Le criminel vulgaire, et dont personne ne songera à atténuer même la responsabilité, a souvent ce regard sournois ; il se fait humble devant les juges, il a peur ; il étudie les réponses qu'il va faire, craignant toujours de dire des choses trop compromettantes pour lui. Quant aux mouvements d'irritation, ils nous semblent plutôt naturels, et le fait de se voir en prison est bien suffisant, croyons-nous, pour expliquer des mouvements d'humeur. Le D^r Hospital lui a aussi trouvé un air niais, une apparence modeste ; mais sous cela, il dissimule, dit-il, une assez grande finesse et une grande prudence.

Le prévenu enfin n'apprécie pas la gravité de son acte. Devant nous, en effet, il ne paraît pas ajouter une grande importance au délit qu'il a commis, il ne comprend pas, dit-il, qu'on le traite de criminel.

Au juge d'instruction qui lui faisait remarquer qu'il risquait de laisser un enfant à cette femme : « Eh bien ! quoi ! aurait-il répondu, cela n'aurait fait qu'un petit Gr... de plus. »

Il y a évidemment chez Gr... un abaissement de sens moral ; mais cet abaissement existe chez les criminels réputés les plus coupables ; un vol n'a aucune impor-

tance pour le voleur. Et d'ailleurs n'a-t-on pas entendu dire au prévenu : « La charogne, si j'avais cru qu'elle me dénonce pour si peu de chose, je lui aurais tordu le cou. » Ce sont là des paroles qu'on ne retrouve généralement que dans la bouche des malfaiteurs.

Remarquons d'ailleurs que Gr... doit fort bien savoir ce que c'est que le viol, car il n'entre jamais dans la voie des aveux, il n'avoue que ce qu'il ne peut nier ; il n'a pas violé, dit-il, il s'est borné à quelques embrassades sans conséquences, et encore on n'arrive à lui faire dire cette dernière phrase, qu'en le poussant à bout, en montrant qu'on est fort bien au courant de l'affaire. Et d'ailleurs n'avons-nous pas le témoignage du D^r B..., qui, antérieurement au viol, représente déjà Gr... comme une personne peu recommandable. Sa vie antérieure d'ailleurs ne nous porte-t-elle pas à le considérer également comme un malfaiteur ?

Nous voyons donc que rien dans les conclusions des médecins ne paraît légitimer l'irresponsabilité.

Et ce rapport a ouvert la porte d'un asile, non pas à un aliéné, mais à un criminel, et a par ce fait même mis le médecin traitant de l'asile dans une situation embarrassante.

Que peut faire, en effet, un médecin dans un pareil cas ? Il peut, croyons-nous, signer la sortie de ce soi-disant malade ; mais alors il infirme par là même le rapport médico-légal, et il met en liberté un individu dangereux qui se livrera encore à de nouveaux délits. Il assume, du moins moralement, une part de responsabilité de ces délits, puisqu'il peut empêcher cet homme de nuire à la société, en le tenant enfermé.

Mais, d'autre part, s'il le garde, s'il le tient enfermé, ne fait-il pas de son asile un lieu de détention, une prison ? L'asile n'est cependant fait que pour recueillir des malades, des aliénés qui ont besoin d'un traitement spécial. Le médecin, dans le cas particulier, se trouvait donc dans une impasse d'où il pouvait difficilement sortir. Nous avons vu qu'il s'était décidé à conserver le malade, ne voulant pas prendre de lui-même l'initiative de la sortie, mais que, dans tous les rapports, il ne cessait de signaler le fait à la préfecture. Nous avons vu également le D^r Hospital, chargé de l'examen de ce

malade, le déclarer responsable, et pour lui, tout en reconnaissant l'embarras du cas, le D^r B... aurait dû signer l'exéat du malade ; car, dit-il, « du moment qu'il estime que l'intéressé est guéri, il doit le faire sortir », « l'asile d'aliénés n'étant pas une maison de correction ». Mais ce cas embarrassant pourra se reproduire, et il devrait y avoir une règle, une loi même, fixant la conduite du médecin.

Il nous semblerait d'ailleurs légitime de ne confier l'examen mental d'un inculpé qu'à des médecins connaissant déjà les aliénés ; car il n'est que trop notoire que la plupart des médecins ordinaires ignorent la médecine mentale et sont incapables par là-même de porter un jugement précis sur l'état mental d'un individu.

Quant à établir la loi ou une règle fixant la conduite du médecin traitant de l'asile, nous laissons ce soin à des gens plus expérimentés et plus autorisés que nous, nous permettant de faire remarquer seulement qu'il nous paraîtrait assez juste de voir des individus semblables quitter l'asile pour la maison de correction.

Dans le cas même où ces individus seraient considérés comme moins responsables, étant donnée la diminution ou l'absence même de sens moral, il nous semblerait préférable de les voir, non pas dans les asiles ordinaires, où ils mettent toujours le désordre, soit par leur brutalité et leurs instincts de révolte, mais bien dans des maisons spéciales où ils seraient tenus sévèrement et soumis à des travaux en rapport avec leurs dispositions ou leur situation antérieure.

Telles sont les quelques réflexions que nous avons à vous faire, et les questions que nous avons tenu à vous poser au sujet de cette affaire.

M. CHARPENTIER. — A propos d'un meurtre commis à Nantes, les experts différaient d'opinion : les uns penchaient pour l'aliénation mentale, les autres pour la responsabilité. Prié de donner un avis, je conseillai de demander des renseignements à la préfecture de police sur les antécédents de l'inculpé.

M. PAUL GARNIER. — J'ai écouté fort attentivement la communication que M. Bargy a bien voulu nous faire et les conclusions assez énergiques qui la ter-

minent. Je vois bien qu'il a une conviction et je ne demanderais pas mieux que de me rallier à son opinion ; mais, il me semble nécessaire de faire des réserves, et il importe d'autant plus de faire ces réserves, que des confrères se trouvent en cause. M. Bargy croit qu'une erreur a été commise ; cela est, à la rigueur, possible, mais cela ne nous est pas démontré. J'estime en tous les cas, qu'il eût été indispensable de reproduire le rapport des experts auxquels il donne tort, puisqu'il nous dit que c'est grâce à leur erreur qu'un individu non aliéné a pu être déclaré irresponsable, et enfermé dans un asile.

Il paraît pourtant bien établi que cet individu a traversé une période au cours de laquelle il délirait... N'était-il plus malade lorsqu'il s'est rendu coupable d'un attentat à la pudeur ? Les uns se sont prononcés pour l'affirmative, les autres pour la négative... Pour que la Société pût apprécier véritablement ce cas, difficile, il eût fallu produire devant elle toutes les pièces du procès.

Ce n'est que sous ces expresses réserves, je crois, que la communication peut être insérée dans les comptes rendus de nos séances.

La Société, consultée, se rallie à l'avis exprimé par M. Paul Garnier.

La séance est levée à cinq heures et demie.

RENÉ SEMELAIGNE.

SÉANCE DU 25 JANVIER 1897

Présidence de MM. CHARPENTIER et PAUL GARNIER.

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

Installation du bureau.

M. CHARPENTIER. — Messieurs, c'est un privilège de la Société médico-psychologique, privilège assez rare dans les Sociétés qui comptent de nombreuses années d'existence, de continuer toujours à travailler avec la

même correction, la même discipline et la même ardeur ; il suffit pour s'en convaincre de relire les *Annales médico-psychologiques* de l'année 1896, et de s'assurer ainsi que celle-ci ne le cède en rien aux années précédentes.

Veuillez me permettre, Messieurs, suivant l'usage, de vous résumer nos travaux très brièvement et dans l'ordre où ils se sont produits.

M. Arnaud, à propos d'un cas d'illusion de « déjà vu » ou de fausse mémoire, nous a montré son esprit de finesse dans l'observation des détails, rivalisant avec son ingéniosité dans l'interprétation.

M. Larroussinie nous a rapporté un cas de psychose post-influenzique, corroborant les théories de l'influence des états généraux de l'économie sur la production des délires.

Vous vous rappelez tous, Messieurs, les rapports, dans notre séance solennelle, de M. Pactet sur le prix Esquirol et de M. Arnaud sur le prix Aubanel.

MM. Taty et Toy, de Lyon, MM. Battier et Iscovesco de la Seine, ont été les heureux lauréats de notre Société.

M. Chaslin nous a lu un consciencieux rapport sur l'épilepsie et les pseudoépilepsies de M. Michel Bombarda que nous avons écouté avec le plus grand plaisir.

M. Sollier, chez qui l'aliéniste est doublé d'un psychologue, ce qui ne nuit jamais, nous a montré, à l'aide d'observations, le rôle qui doit être attribué aux troubles de la mémoire dans la folie du doute, non seulement quand celle-ci a trait à des actes, à des faits concrets, mais aussi quand elle touche à des idées abstraites ou à des sentiments.

M. Auguste Voisin, en nous tenant sous le charme de ses souvenirs d'un voyage en Tunisie en 1896, nous a montré qu'un savant aliéniste uni à un observateur expérimenté ne perdait pas son temps en voyage et savait en rapporter des résultats intéressants la médecine mentale.

M. Falret, dans ses deux communications successives sur les variétés cliniques du délire de persécution, avec cette clarté d'exposition toujours appréciée, a fait de chaleureux appels à notre société pour voir produire

des variétés non décrites de ce délire. S'il n'a pas été répondu à son appel pressant, la faute n'en est ni à M. Falret, ni à ses collègues, mais probablement aux délirants persécutés eux-mêmes dont les variétés aussi nombreuses que leurs individualités ne permettent peut-être pas d'ajouter des groupes nouveaux à ceux que notre savant maître nous a si bien décrits.

Enfin, M. Arnaud, dans une très intéressante étude sur la période terminale de la paralysie générale et sur la mort des paralytiques généraux, nous a montré que dans notre science, les questions les mieux étudiées, celles sur lesquelles les auteurs paraissent tous d'accord et depuis longtemps, sont susceptibles d'être remaniées et d'être représentées sous un jour tout nouveau. Ce qui prouve que si les conclusions sont des besoins nécessaires impérieux, impulsifs, irrésistibles même de l'esprit scientifique, ces conclusions, néanmoins, ne doivent jamais être considérées comme définitives pour l'avenir, capable de les contredire à nouveau.

Si, à ces travaux, nous ajoutons les noms des membres nouveaux venus parmi nous, nous pouvons être confiants pour les travaux des années qui suivront.

Aux titres divers de membre associé étranger, de membre correspondant ou de membre titulaire, nous avons l'honneur d'accueillir MM. Buffet, de l'asile d'aliénés de Luxembourg ; Cascella, de l'asile d'Aversa ; MM. Soukhanoff et Bernstein, de la clinique psychiatrique de Moscou ; M. Godfernaux, l'auteur de la thèse : *Sur le sentiment et la pensée*, dont M. Séglas nous a donné une analyse très goûtée ; M. Darin, ancien interne des asiles de la Seine ; M. Toulouse qui, de membre correspondant, est devenu membre titulaire ; et enfin, de MM. les professeurs Pitres, de Bordeaux, et Raymond, de la Salpêtrière. L'autorité et la notoriété scientifique de nos deux brillants professeurs, suffisent pour indiquer quel puissant appui l'objet des études de notre Société trouvera désormais dans la neuro-pathologie.

MM. Dagonet, Luys et Rousselin ont été, sur leur demande, nommés membres honoraires.

Plusieurs de nos collègues ont été l'objet de distinctions honorifiques.

MM. Sérieux, Régis, Toulouse, Samuel Garnier, Alexandre Paris, Roubinovitch, ont été proclamés lauréats de l'Académie de médecine.

M. Briand a été promu chevalier de la Légion d'honneur.

M. Klippel a été nommé médecin des hôpitaux.

A ces honneurs, joignons le jubilé de notre ancien président, M. Roussellé, qui a été la plus brillante consécration d'un dévouement constant aux idées de vérité et de justice, ces deux assises fondamentales et solidaires de toute morale idéale et pratique.

Quelques membres nous ont quittés. Nous avons à regretter :

M. Duquet, médecin de l'asile Saint-Jean de Dieu du Canada ;

M. Semal, de l'asile de Mons, enlevé prématurément, laissera des regrets profonds et durables chez ceux d'entre nous qui ont pu apprécier l'élévation de son caractère, la sûreté de son jugement, la vivacité de son esprit, la fertilité de son intelligence ;

M. Constans, ancien président de notre Société, ancien inspecteur des asiles d'aliénés de France auprès du ministère de l'intérieur, que son grand âge tenait depuis quelques années éloigné de nous.

C'était le dernier survivant des inspecteurs généraux choisis par le ministère de l'intérieur parmi les médecins aliénistes, car il semble au cours actuel des choses que cette qualité soit considérée comme un obstacle pour un tel choix.

Messieurs, veuillez me permettre de terminer mon discours de sortie comme j'ai terminé celui d'entrée, en remerciant vivement chacun de vous de l'honneur et de la bienveillance qui m'a été témoignée, en remerciant mes collègues du bureau, et surtout notre secrétaire général, pour leur zèle accoutumé. J'y joindrais, si vous le permettez, mes félicitations pour notre cher vice-président, M. Garnier, à qui je suis heureux et fier de présenter le fauteuil présidentiel.

M. PAUL GARNIER. — Messieurs, en m'appelant à présider vos débats, vous m'avez conféré un honneur dont je sais tout le prix. Ce que je sais moins bien, c'est la formule qui arriverait à vous exprimer, aussi vive que

je la ressens, ma reconnaissance pour ce témoignage si précieux de votre bienveillante estime.

Ce n'est pas sans quelque trouble qu'on prend place à ce fauteuil de la présidence, occupé par les grands maîtres de la science mentale française dont le glorieux souvenir est présent à l'esprit de tous. C'est à la grandeur de leur renommée qu'on mesure sa propre petitesse et l'on se demande, inquiet, si l'on n'eût pas mieux fait de décliner un tel honneur. On ne reprend quelque confiance que lorsqu'on songe à votre courtoise indulgence et à ce concours d'affectueuses sympathies qui rendent la tâche moins lourde à qui veut y mettre, au moins, tout son zèle, tout son dévouement.

De ce zèle et de ce dévouement aux intérêts de la Société médico-psychologique, je vous prie de ne pas douter un instant, mes chers collègues.

Ce qui m'encourage encore, c'est d'avoir auprès de moi notre distingué secrétaire général, M. Ritti, sur l'expérience duquel un président peut se reposer en toute sécurité. Enfin, je suis heureux de trouver à ce bureau l'empresée collaboration de nos dévoués secrétaires MM. René Semelaigne et Sollier, qui reproduisent si fidèlement la physionomie de nos séances.

Je suis assuré, mes chers collègues, d'être votre interprète en exprimant à M. Charpentier, nos regrets de lui voir quitter le fauteuil de la présidence qu'il a si dignement occupé et où il a fait valoir les qualités de son esprit et la belle indépendance de son caractère. Membre actif de notre Société, nous le compterons, après comme avant, nous n'en doutons pas, parmi les plus assidus à nos réunions. Qu'il me permette de lui demander de nous fournir fréquemment l'occasion d'entendre l'une de ces communications, aux allures si personnelles et originales, aux aperçus si variés auxquelles vous réservez, Messieurs, le plus flatteur accueil. Et puisque je viens de faire allusion à nos espérances, n'est-ce pas le moment de souhaiter, du même coup, que l'année qui s'ouvre soit féconde en travaux importants et que nos réunions soient marquées par des discussions intéressantes ? Il ne vous répugnerait même pas, j'en suis sûr, qu'elles fussent un peu vives, ardentes même, appelant d'une séance à l'autre, ces répliques où les esprits peu-

vent s'échauffer parfois, se passionner quelque peu, mais où la vérité scientifique finit, en dernière analyse, par se faire jour, pour projeter une clarté nouvelle sur les recherches qui nous sont chères.

Ce serait, Messieurs, une excessive prétention de ma part, de vous indiquer quelle orientation nouvelle il conviendrait de donner à vos travaux ou sur quel terrain il importerait de les maintenir.

Ce que je puis dire, c'est que dans ces dernières années une tendance a semblé prédominante, celle de serrer de plus près encore l'étude de l'évolution des formes mentales. La voie ne peut être qu'excellente. Nous nous retrouvons là avec les véritables traditions de l'école psychiatrique française et nous sommes d'accord avec cet essentiel besoin de méthode et de clarté qui est bien le caractère de notre race.

Quel meilleur guide pourrions-nous avoir pour la différenciation des espèces cliniques ? A quelles notions plus sûres saurions-nous, le *status præsens* étant constaté, demander la réponse à cette question : Quelles étapes a déjà franchies le malade, par quelles autres doit-il passer ? En un mot, d'où vient-il et où va-t-il ? N'est-ce pas à cette connaissance précise de l'évolution des variétés cliniques, que nous emprunterons les indications les plus sûres du diagnostic, du pronostic, et souvent aussi, des mesures thérapeutiques à adopter ?

Messieurs, nous assistons depuis quelque temps à un spectacle qui peut sembler rassurant ; c'est l'organisation de la lutte contre un péril bien des fois signalé, longtemps hélas ! en pure perte, par beaucoup de membres de cette savante Compagnie ; je veux parler de la lutte contre l'alcoolisme.

Les pouvoirs publics, dûment avertis, se sont enfin émus de tant de documents concluant tous à cette donnée : Un peuple, malade d'alcoolisme et qui ne sait se défendre contre ce mal, est voué à la déchéance.

S'il n'en meurt pas, il est au moins atteint dans les sources profondes de la vie et dans les plus nobles manifestations de son activité. A coup sûr, si dans le procès actuellement pendant contre l'alcoolisme, on veut entendre des témoins largement renseignés, c'est surtout à vous, Messieurs, que les enquêteurs devront faire appel.

Sommes-nous à la veille de réformes véritablement préservatrices? Il faut bien espérer que le législateur comprendra qu'il n'est que temps d'agir, non par des demi-mesures, mais par des moyens énergiques en rapport avec l'étendue et la gravité du mal.

Un dernier mot, Messieurs, pour remplir un devoir bien agréable : je suis heureux que les suffrages de la Société se soient portés sur notre distingué et sympathique collègue, M. Menriot, que j'invite à venir prendre place au bureau en sa qualité de vice-président.

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. Bechholm, de Bergen et Bernstein, de Moscou, remerciant la Société de les avoir nommés membres associés étrangers ;

2° Une lettre de M. le professeur Ziehen, d'Iéna, posant sa candidature au titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Falret, Ritti et Chaslin, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Des origines épidémiques considérées au double point de vue bactériologique et philosophique*; par le D^r Boucher.

2° *Le Moniteur de la Santé*, numéro de septembre 1896.

3° *Le Génie moderne*, numéro de janvier 1897.

Mémoires envoyés pour les prix à décerner en 1897.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL énumère les mémoires envoyés à la Société pour les prix à décerner dans la séance solennelle d'avril 1897.

PRIX AUBANEL. — 2.000 francs. — Question : *Les auto-intoxications dans leurs rapports avec les délires.*

Aucun mémoire n'a été envoyé.

La question est remise au concours pour 1898, et le prix porté à 2,400 francs.

PRIX BELHOMME. — 600 francs. — Question : *Du langage chez les idiots.*

Deux mémoires ont été envoyés :

1° Avec l'épigraphe suivante : « Il est certain qu'un nombre trop considérable d'idiots classés parmi les

« incurables, pourraient recevoir, avec le pain de la charité, le pain spirituel et plus vivifiant de l'éducation. » (Seguin, *Théorie et pratique de l'éducation des enfants arriérés et idiots* 1842.)

2° Avec l'épigraphe : *Quod potui, non quod voluerim.*

PRIX ESQUIROL. — 200 francs, plus les œuvres d'Esquirol.

Deux mémoires ont été envoyés :

1° *Les idées de suicide chez les hypocondriaques mélancoliques.* — Epigraphe :

« On l'emporte souvent sur la duplicité,
Quand on suit son chemin avec simplicité. »

2° *Essai sur les hallucinations motrices verbales. Etude clinique basée sur 22 observations personnelles.* — Epigraphe : « La simplicité affectée est une imposture délicate ». (La Rochefoucauld. Maxime 289).

PRIX MOREAU (DE TOURS). — 200 francs.

Huit mémoires ont été envoyés :

1° *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 D^r Alexandre Grandguillot.

2° *Les aliénés devant la justice*; par le D^r Eug. Thibaud.

3° *Considérations générales sur la pathogénie des troubles psychiques. Examen critique d'une hypothèse (les auto-intoxications dans les maladies mentales)*; par le D^r A. Santenoise.

4° *Considérations sur la nature de la paralysie générale (encéphalite parenchymateuse)*; par le D^r Ernest Coulon.

5° *Recherches sur les urines à la deuxième période de la paralysie générale*; par le D^r H. Rieder.

6° *Etats monomaniaques liés à une déviation de l'instinct de conservation de la propriété. Leur intérêt au point de vue médico-légal*; par le D^r Benjamin Pailhas.

7° *Les irresponsables devant la loi*; par le D^r Henri Lemerle.

8° *Le tabes dorsalis. Dégénérescence du protoneurone centripète*; par le D^r Ernest de Massary.

Nomination des Commissions de prix.

PRIX BELHOMME. — MM. Blin, Joffroy, Klippel, Vallon, Jules Voisin.

PRIX ESQUIROL. — Bouchereau, Falret, Mitivié, Ritti, Séglas.

PRIX MOREAU (DE TOURS). — MM. Febvré, Paul Garnier, Moreau (de Tours), Pactet, Semelaigne.

Rapport de la Commission des Finances.

M. CHRISTIAN. — Messieurs, vous nous avez chargés, M. Falret et moi, de vérifier les comptes du trésorier, conformément à l'article 8 de notre règlement. Nous avons eu ainsi une fois de plus l'occasion de constater la situation prospère de nos finances et l'excellente gestion de M. Jules Voisin.

Au 31 décembre 1895, la Société avait en caisse 3.836 fr. 10. Cette somme est venue s'accroître :

1° De 1,500 fr. provenant de l'amortissement d'un titre de rente de 45 fr. 3 0/0 amortissable ;

2° Des recettes de l'année, montant à. . . 2,625 »

Au total, notre encaisse s'est élevée à. . . 7,961 10

Les dépenses ont été de. 4,449 55

Savoir :

Dépenses diverses 1.385 40

Achat 60 fr. Rente 3 0/0 . . . 2.063 40

Prix Aubanel de 1896 1.000 75

4.449 55

D'où un excédent de recettes de 3,511 fr. 60.

Nous ferons remarquer que les dépenses d'ordre général ont été plus élevées cette année en raison des 300 fr. envoyés au Congrès de Bordeaux, et des 50 fr. pour le jubilé Roussel.

Les chiffres que nous avons donnés plus haut sont les chiffres d'ensemble. Mais, comme la Société le sait fort bien, nous avons non pas une caisse unique, mais plusieurs caisses distinctes, et voici quelles sont les disponibilités de chacune d'elles :

Caisse Aubanel	2,393 70
— Belhomme	1,435 »
— Moreau (de Tours).	375 »
Total.	<u>4.203 70</u>

Or, cette somme dépasse de 892 fr. 10 l'excédent de recettes qui n'est que de 3.511 fr. 60. Il semble donc qu'il y ait un déficit dans notre caisse. En réalité, ce déficit n'est qu'apparent. Comme les prix de l'année courante ne s'élevèrent qu'à un total bien inférieur aux disponibilités existantes, notre Trésorier a jugé à propos de placer une partie de cet argent en rente 3 0/0 ; il a acheté un titre de 15 fr. de rente, ce qui l'a forcé de prélever une somme de 892 fr. 10 sur les trois caisses. Cette somme leur sera largement remboursée sur les recettes de l'année, et le fonctionnement des diverses caisses ne sera nullement entravé. Ce n'est qu'à cette condition, en effet, que l'opération est avantageuse. S'il ne devait s'agir que d'un placement tout à fait temporaire, et qu'il fallût de nouveau réaliser la somme, à bref délai, il y aurait, en cas de baisse de nos rentes, à risquer une perte qui ne serait pas compensée par le léger bénéfice réalisé sur l'intérêt des 15 fr. de rente.

Nous vous proposons, Messieurs, d'approuver les comptes de l'année 1896, et de voter des remerciements à notre zélé Trésorier, M. Jules Voisin.

Ces conclusions sont votées à l'unanimité des membres présents.

Rapports de candidature.

M. CHASLIN. — Messieurs, M. le D^r Toy demandant à être nommé membre correspondant de notre Société, je viens, au nom d'une Commission composée de MM. Charpentier, Janet et Chaslin, rapporteur, vous exposer les titres que notre confrère fait valoir à l'appui de sa candidature.

Ancien interne provisoire des hôpitaux de Lyon, ancien interne lauréat de l'asile départemental d'aliénés du Rhône, M. Toy a été ensuite chef de clinique de M. le professeur Pierret, puis nommé le premier des médecins-adjoints de la région de Lyon en 1896. Ce

sont déjà des titres, acquis au concours, indiquant que dans la spécialité où il est entré notre confrère possède les qualités du clinicien aliéniste. Ceci nous fait espérer, être certains qu'il saura tirer un heureux parti pour l'avancement de la psychiatrie des postes qu'il occupera dans les asiles de la région du Rhône.

Aussi bien M. Toy a déjà produit quelques mémoires, y compris sa thèse inaugurale de 1895, qui ont déjà été accueillis avec faveur. Cette thèse traite de la glycosurie transitoire chez les aliénés. Après avoir rappelé les travaux faits sur cette question et montré que ceux-ci n'ont en réalité jamais fait que l'effleurer, M. Toy explique cette pauvreté de documents précis par ce fait que cette glycosurie est essentiellement transitoire, qu'il faut la rechercher très soigneusement si on veut la découvrir, ce qu'il n'est pas facile de faire dans des asiles encombrés, comme chacun sait.

Aussi croit-il que dans la réalité cette glycosurie a une fréquence plus grande qu'on ne le supposerait au premier abord ; il l'a observée chez quatre femmes et retrouvé dans les observations du service de M. Pierret trois autres cas, ce qui porte à sept le nombre des observations inédites de sa thèse.

Le mode d'apparition de cette glycosurie n'a rien de constant : tantôt elle s'installe insidieusement, tantôt elle est précédée ou accompagnée de phénomènes intellectuels ou somatiques d'une intensité parfois considérable ; ainsi, « dans l'observation VIII nous voyons trois accès de glycosurie transitoire s'accompagner chaque fois de douleurs névralgiques en ceinture avec irradiation dans les membres inférieurs en même temps qu'augmentaient l'agitation de la malade et l'intensité de ses conceptions délirantes. Une atténuation notable des symptômes coïncide chaque fois avec la diminution et la disparition du sucre ». La quantité de sucre éliminée peut aller jusqu'à 105 grammes en vingt-quatre heures ; il n'y a d'ailleurs aucun autre signe de diabète, pas ou peu de polyurie ; car la durée de l'élimination a varié de trois jours à un mois et demi, ce qui explique bien la difficulté de constater cette glycosurie. L'examen des urines a révélé des particularités curieuses : outre cette absence ordinaire de polyurie, il y a une diminution constante et

parfois considérable des éléments constitutifs, qui a même persisté après la disparition du sucre (plus d'un an chez l'une des malades), tout cela malgré le régime ordinaire auquel étaient soumises les malades.

Les urines hypertoxiques de ces malades devenaient hypotoxiques au moment de l'élimination ; dans un cas, cette hypotoxicité a coïncidé avec une amélioration très marquée de l'état mental. Toutes ces modifications de la sécrétion urinaire ont été rencontrées chez des aliénés mélancoliques. M. Toy croit que cette glycosurie relève d'une intoxication, la glycosurie étant une réaction nerveuse de défense contre le poison, comme le prouverait le fait de l'hypotoxicité urinaire, tandis que dans la mélancolie, il y a ordinairement hypotoxicité. Cette glycosurie serait à mettre en parallèle avec l'oxalurie de J. Adler et l'albuminurie nerveuse de B. Teissier des neuro-arthritiques dont les mélancoliques font partie. Le traitement a consisté dans l'administration de 1 gramme d'antipyrine par jour, avec d'excellents résultats ; quant à celui de la constitution neuro-arthritique, il a consisté à faire prendre de l'iodure de potassium à petites doses, du calomel de temps à autre comme purgatif et du naphtol au besoin, comme antiseptique intestinal.

Vous voyez, Messieurs, que cette thèse, courte et portant sur un point très restreint des symptômes de la mélancolie, n'en est pas moins d'un grand intérêt parce qu'elle tend à apporter une nouvelle preuve que la mélancolie est bien une affection d'origine organique. Cette glycosurie passagère semble bien être une réaction de défense, car elle est ordinairement suivie d'amélioration puisque, sur les sept malades de M. Toy, quatre sont guéries et trois autres notablement améliorées.

M. Toy, dans une note sur l'emploi du chlorhydrate d'apocodéine dans l'excitation maniaque présentée au Congrès de Bordeaux, nous a révélé les heureux effets de ce médicament dont il se propose de poursuivre l'étude. Il a publié dans l'*Echo médical de Lyon*, une communication faite à la Société d'anthropologie de Lyon sur un cas rare de mélancolie avec stupeur chez une vieille fille de soixante ans ; enfin, en collaboration avec M. Taty, deux mémoires, l'un sur la mélancolie, l'autre sur les variétés cliniques du délire de persécution.

Le premier a obtenu une mention honorable de l'Académie de médecine ; le deuxième, présenté au concours Aubanel et en cours de publication dans les *Annales médico-psychologiques*, a reçu un encouragement de notre Société et a été apprécié devant vous par M. Arnaud. Je n'ai donc besoin que de rappeler le mérite de ces deux travaux.

Comme vous le voyez, Messieurs, M. Toy est animé d'un grand zèle pour les travaux de médecine mentale, et ses premiers efforts auxquels nous avons applaudi sont couronnés de succès. Votre commission vous propose d'accorder à M. Toy le titre de membre correspondant, avec l'espoir que cette nomination l'encouragera à suivre la voie de travail heureux si bien suivie jusqu'ici et que notre Société sera la première à en profiter.

Conformément aux conclusions de ce rapport, M. Toy est élu membre correspondant à la majorité des membres présents.

M. VALLON. — Messieurs, je viens recommander à vos suffrages la candidature, au titre de membre correspondant, de M. le Dr Pailhas.

Notre confrère a commencé ses études médicales à Toulouse et les a terminées à Paris où il a été, pendant trois ans, externe des hôpitaux. Sa thèse passée (1886), il est allé s'établir aussitôt à Albi ; en 1889, il a été nommé médecin-adjoint de l'asile d'aliénés de cette ville ; à peu près à la même époque, il est devenu médecin-expert près le tribunal.

M. Pailhas a déjà publié un certain nombre de travaux qui ne sont dépourvus ni d'intérêt, ni de mérite. Sa thèse de doctorat a pour titre : *Les élévations périodiques de la température à long intervalle à l'état normal et dans les maladies*. Ce travail n'était pour ainsi dire qu'un essai, et dix ans plus tard, M. Pailhas le complétait, le parachevait par un mémoire qui lui a valu, tout dernièrement, une mention honorable de l'Académie des sciences de Toulouse ; il a pour titre : *Etude sur la périodicité chez l'homme sain et malade*.

M. Pailhas admet :

1° L'existence chez l'homme d'une loi de *Périodicité biologique*, intéressant tant les actes de la vie physiologique que les actes morbides ;

2° Certaines modalités normalement adoptées pour la périodicité physiologique dans ses révolutions : ces dernières étant, soit ordinairement mensuelles et par exceptions bimensuelles, comme le pensait Gall, soit de préférence bimensuelles, ainsi que le révéleraient un certain nombre d'observations.

M. Pailhas a encore publié plusieurs mémoires que je me contenterai d'énumérer.

1° Un cas d'obsessions survenues au cours d'une atteinte d'influenza, paru dans le numéro des *Annales médico-psychologiques* de décembre 1893 ;

2° Une épidémie d'oreillons observée à Albi, pendant l'hiver 1892-1893 (*Journal de médecine infantile*, numéro de juin 1895) ;

3° Un cas d'aphasie transitoire observée au cours d'une pneumonie grippale (*Archives de neurologie*, mai 1895) ;

4° Une observation de maladie de Landry, d'origine influençique (*Archives de neurologie*, octobre 1895) ;

5° Une étude médico-légale communiquée au Congrès de Bordeaux, ayant pour titre : *Etats monomaniaques liés à une déviation de l'instinct de conservation et de la propriété* ;

6° L'observation médico-légale *d'une grossesse nerveuse*, développée à la suite d'une *simulation de grossesse* (*Archives d'anthropologie criminelle*, 1896) ;

7° *De l'oreille au point de vue de la dégénérescence et de la relation de quelques particularités de forme et de disposition du pavillon avec certaines tendances ou aptitudes*. Ce travail, lu au Congrès d'anthropologie criminelle tenu à Genève au mois d'août dernier, a fait exulter le professeur Lombroso ;

8° *Des idées de richesse et de grandeur chez les émigrés*. Étude de pathogénie par la statistique.

Vous voyez, Messieurs, que notre confrère, M. Pailhas est un laborieux et qu'il mérite à tous égards, le titre qu'il sollicite et que vous allez certainement lui conférer.

Conformément aux conclusions de ce rapport, M. Pailhas est nommé membre correspondant à la majorité des membres présents.

Enquête médico-psychologique sur les rapports de la supériorité intellectuelle avec la névropathie.

M. TOULOUSE. — J'ai eu l'honneur de faire hommage à la Société du tome I de mon *Enquête médico-psychologique sur les rapports de la supériorité intellectuelle avec la névropathie*.

Je me propose de vous donner aujourd'hui quelques renseignements sur mon enquête. J'y tiens d'autant plus que le caractère de mon livre a été quelque peu dénaturé par le bruit qu'il a soulevé. On a été surtout frappé par l'originalité de la publication de l'observation d'un homme vivant et connu; et la plupart n'ont pas vu la portée générale de l'œuvre. Beaucoup ont jugé mon livre sans le lire; et il est même arrivé que des critiques très sérieux m'ont prêté les opinions mêmes que je combattais.

C'est le sort de toute tentative nouvelle de susciter de pareilles controverses. Je ne m'en plaindrais pas, puisque d'ailleurs elles ont suscité, en même temps que de vives attaques, des défenses et des approbations précieuses, tant et plus encore à l'étranger qu'en France. Parmi ces dernières, ce m'est un plaisir de rappeler celle du D^r Magnan, qui, en présentant mon livre à l'Académie de médecine, a approuvé pleinement ma méthode et mes conclusions relativement à la personnalité physique de M. Zola.

Mais c'est principalement pour mes contradicteurs — et je sais qu'il s'en trouve parmi mes honorables collègues — que je fais cette communication. Je veux leur donner l'occasion de présenter leurs critiques, espérant pouvoir leur donner des explications qui les satisferont. Notre honorable Président souhaitait tout à l'heure, dans son discours d'installation, que nos discussions de cette année fussent animées, passionnées même.

Je souhaite que ma communication satisfasse ce désir.

Je n'ai pas l'intention de vous donner une analyse complète de mon livre. Ce serait trop long et surtout inutile, car se serait une répétition. Je ne m'arrêterai que sur les points de mon œuvre qui prêtent à la discussion.

Vous savez tous, Messieurs, que la question des rapports du génie et de la folie est posée depuis plusieurs siècles, qu'elle a été indiquée par Aristote et que dans ce siècle elle a été étudiée par plusieurs médecins. Réveillé-Parise inclinait à penser que les grands hommes étaient, de par leur organisation, sujets à des troubles nerveux, et qu'ils en facilitaient le développement par leurs excès de travail. Moreau (de Tours) insista sur ce fait qu'une même condition organique prédisposait à la fois aux affections nerveuses et au génie. Plus récemment enfin Lombroso soutint cette théorie, tout à fait aventureuse et sans fondements cliniques, que le génie est une forme larvée de l'épilepsie.

Que valent ces théories? Elles pèchent toutes par un défaut commun qui est de ne pas s'appuyer sur des faits bien observés. C'est en effet en utilisant des mémoires, des biographies, de simples anecdotes dont quelques-unes n'ont aucune authenticité, que mes prédécesseurs ont échafaudé leurs doctrines. J'ai pensé que, pour avoir la vérité, il fallait appliquer, là comme partout ailleurs dans les sciences naturelles, la méthode de l'observation directe. Etudier des hommes de talent, comme nous étudions des malades à l'hôpital ou à l'asile, c'était pour moi la seule manière réellement scientifique de trancher la question.

Les avantages de cette méthode sautent aux yeux; et il est inutile de les énumérer. Mais dès que je commençai de l'appliquer, je me heurtai à des difficultés nombreuses. Tout d'abord je m'inquiétai du criterium avec lequel je devais choisir mes sujets. Ce terme de génie me parut d'ailleurs trop sujet à controverse; et je le remplaçai par un autre plus compréhensif et plus juste en définitive : *supériorité intellectuelle*. Du moment qu'un homme, littérateur, artiste ou savant, avait fait des œuvres nettement supérieures aux œuvres communes, je pouvais m'adresser à lui.

Mais comment déterminer la supériorité de l'œuvre? Fallait-il avoir recours au jugement des professionnels, c'est-à-dire aux gens les plus compétents? Tout de suite je compris combien il fallait me méfier de leurs opinions. La jalousie, si commune à tous, s'exaspère à mesure que le cercle des personnes se rétré-

cit. Entre gens exerçant une même profession, elle atteint à un degré tel que le jugement porté par des confrères sur un des leurs est d'ordinaire entaché en toute évidence de dénigrement. Puis les professionnels, surtout dans l'art, ont de la tendance à transformer des questions de métier en questions de doctrine générale. Toutefois je n'ai pas négligé ces jugements des professionnels, mais j'ai dû les vérifier — surtout pour la littérature et l'art — par le jugement d'un public plus grand.

En agissant ainsi, je ne crois pas m'être mis en garde contre toutes les causes d'erreur. Mais que peut-il m'arriver en définitive? Deux choses : ou bien que je néglige de prendre les observations d'hommes réellement supérieurs, mais pas connus, ou bien que je prenne les observations d'hommes moyens et même médiocres qu'une renommée trompeuse m'indiquerait. Dans le premier cas, ce seraient seulement quelques observations de perdues, et dans le second ce seraient quelques observations qu'il faudrait annuler dans mon recueil. Car — notez-le — je ne conclus pas et je ne compte conclure que lorsque j'aurais un nombre suffisant de faits. Peut-être même les conclusions sont-elles réservées à un autre observateur, qui, dans un avenir plus éloigné, utilisera mes documents en continuant mon enquête. A ce moment, le temps aura fait son œuvre de sélection, et quelques observations que j'aurais recueillies seront rejetées comme portant sur des personnalités dont les nouvelles générations n'auront pas consacré la valeur. Dans les deux cas, en quoi la science aura-t-elle à souffrir de cela? En rien.

Je me garde de conclure hâtivement, me contentant de présenter quelques hypothèses explicatives et provisoires. Les faits que je rapporte, avec le plus de conscience scientifique, peuvent être utilisés d'une toute autre manière que j'aurai de la tendance à le faire. Telle l'observation de M. Zola qui apparaît à Lombroso comme la confirmation de sa théorie du génie-épilepsie, laquelle me semble cependant très hasardée et sans fondement solide.

Quand j'eus des sujets et que je pus prendre des observations, je songeais à utiliser ces dernières. Com-

ment les publier ? Sous forme anonyme, comme nous faisons pour les sujets obscurs dont nous relatons tous les jours l'histoire pathologique ? Je ne me suis pas arrêté à ce procédé, et cela pour deux raisons. Il y avait un grand intérêt à établir un rapport entre l'œuvre et l'auteur ; or l'anonymat empêchait bien des considérations intéressantes. Mais la principale raison était que l'anonymat n'aurait pas duré deux jours. Tout de suite le masque de mes sujets aurait été arraché par les intimes qui, à des particularités physiques ou psychiques, les auraient vite reconnus. L'indication seule de la profession aurait limité la recherche à deux ou trois personnalités. Ne pas indiquer la profession, c'était cacher un renseignement de la plus haute importance. Quelle différence en effet, pour la culture intellectuelle, les idées générales et l'exercice musculaire ou sensoriel, entre un romancier et un sculpteur ! Mes observations, si tant est que je me sois résolu à les publier sous la forme de l'anonymat, seraient devenues des espèces de romans à clef, qui auraient offert au public un amusement où la science n'aurait eu aucun profit.

Dans mon esprit se fit donc cette conviction que je devais publier mes observations en nommant mes sujets. Mais ce faisant, est-ce que je violais le secret professionnel ? Nullement, car le médecin est tenu seulement de garder le secret sur les choses dont il a pu avoir connaissance à l'occasion de sa profession. Or, il est bien évident qu'en examinant mes sujets dans un but de recherches scientifiques, je n'exerce pas ma profession de médecin. D'autre part mes sujets, en se livrant à mes investigations, ne m'ont pas considéré comme un de leurs médecins. A aucun point de vue je ne pouvais donc être accusé de violer le secret professionnel.

Toutefois, je ne me suis pas fié à mes seules lumières et je me suis adressé à M. Brouardel qui m'a dit partager cette opinion. Mon cas, comme je l'ai dit dans mon livre, était en partie comparable à celui du médecin d'une compagnie d'assurances. Le malade, qui se soumet aux investigations de ce dernier, sait que le praticien mettra tout en œuvre pour découvrir les maladies dont il peut être atteint et qu'il les révélera à sa Compagnie. Mais mon cas n'est qu'en partie comparable, parce que

les intérêts en cause ne sont plus les mêmes. L'intérêt scientifique seul me guide et il ne doit pas me faire oublier que la publication de mes observations pourrait dans certains cas nuire au repos de mes sujets. Je suis avant tout un honnête homme ; je dois mettre au-dessus des intérêts scientifiques l'intérêt de mes sujets, sans pourtant sacrifier ceux-là à celui-ci. Il est d'ailleurs facile de concilier les uns et les autres en s'abstenant purement et simplement de publier l'observation.

Les renseignements héréditaires ne peuvent être tous donnés sans inconvénient. Il est clair, tout d'abord, que le sujet peut autoriser qu'on divulgue ses tares, mais il ne peut le faire pour les tares de ses ascendants qu'autant que ceux-ci sont morts et qu'il est leur seul héritier. Si ses parents vivent encore, c'est à eux à donner l'autorisation touchant les renseignements qui les concernent. Si le sujet a des frères ou des sœurs, ces derniers doivent aussi donner leur assentiment pour ce qui a trait aux parents décédés. Tout cela ne vise que l'hérédité directe, la seule qui ait une signification, et la seule que je recherche.

Pour les renseignements concernant l'hérédité collatérale, il faudrait demander dans la plupart des cas un trop grand nombre d'autorisations pour que l'utilisation de ces renseignements fût possible. Comme, d'autre part, l'hérédité collatérale n'a pas grande signification, — puisqu'elle met en scène des géniteurs trop nombreux pour que leurs influences particulières puissent être démêlés — le mieux, au point de vue scientifique, est de ne la rechercher et de ne la signaler dans aucun cas, ce qui a l'avantage de rendre équivalents tous les faits.

Enfin, on peut admettre que les difficultés soient, pour certaines observations, telles qu'on ne puisse les surmonter et qu'il soit impossible de donner les renseignements héréditaires exacts. Dans ce cas, il vaut mieux supprimer complètement le chapitre de l'hérédité et ne donner que les autres parties de l'observation, qui sera considérée comme dénuée de renseignements sur ce point. Tous les jours nous prenons à l'asile des relations pathologiques de malades qui ne peuvent nous donner aucun renseignement précis sur leurs antécédents héréditaires. Détruisons-nous pour cela les observations ? Mais

non ; nous écrivons simplement sous la rubrique hérédité : *Pas de renseignements* ; et, dans une statistique portant sur les antécédents héréditaires, cette observation est diminuée du nombre total des faits. Je me retrouve donc dans les mêmes conditions que celles où nous nous trouvons souvent dans les milieux hospitaliers.

Voilà pour l'hérédité. Pour ce qui est de l'histoire morbide du sujet, il me paraît évident que son autorisation de la divulguer me couvre à tous les points de vue. Cependant, pour qu'il n'y ait pas de malentendu possible et pour que mon sujet puisse m'autoriser en toute connaissance de cause, je me suis fait une règle de ne publier une observation que lorsque le sujet m'y aura autorisé après avoir lu la dernière épreuve.

L'autorisation de publier sa propre observation a étonné le public ; c'est cependant un bel exemple que ce dédain des grands esprits pour les préjugés de la foule. Ils manifestent ainsi hautement que pour eux les maladies ne sont pas des tares infamantes. A ce point de vue, de pareils exemples pourraient modifier peu à peu l'opinion et pousser les gens à être plus francs avec leurs médecins. D'ailleurs il est bien des choses que nous ne pouvons cacher même en public, notre taille, nos muscles, notre langage ; et cependant nous aurions souvent intérêt à tromper ceux qui nous entourent sur ces caractères personnels. Pourquoi ne s'habituerait-on pas à dévoiler d'autres parties de notre organisation physique et mentale ? C'est une évolution nouvelle qui se fera, j'en suis persuadé, et qui transformera nos idées là-dessus.

Un autre point intéressant à discuter est celui-ci : quand fallait-il publier mes observations ? Devais-je attendre d'en avoir réuni un certain nombre de manière à pouvoir les faire suivre de conclusions ? Or, je ne peux prendre qu'une observation par an ; il m'aurait donc fallu, pour pouvoir conclure, attendre quinze ou vingt ans. J'avoue que je n'aurais pas eu le courage de sacrifier une partie de ma vie à des recherches qui ne devaient être publiées que dans un avenir si lointain et j'ajouterai problématique. Car, outre que mes sujets ne se seraient probablement pas prêtés à un examen dont ils ne savaient pas s'ils pourraient voir naître la relation, je

me serais encore exposé à ce que, eux mourant, leurs héritiers s'opposassent à la publication de leurs observations. Je devais donc mettre au jour chaque document l'un après l'autre.

J'aborderai maintenant la discussion de quelques critiques que l'on m'a faites au sujet de l'utilité scientifique de mes observations. Je ne crois pas qu'il existe dans les sciences naturelles d'autre moyen que l'observation directe pour étudier sérieusement les phénomènes. C'est ainsi que procèdent les zoologistes et les pathologistes. Cependant on m'a souvent dit que je trouverais *les mêmes choses*, si mes investigations se portaient sur des individus quelconques au lieu de se porter sur des sujets supérieurs. Mais qu'entend-on par *les mêmes choses*? Il est bien clair que les hommes supérieurs doivent avoir des facultés intellectuelles ou des qualités de caractère différentes de celles que l'on observe chez les gens moyens ; car enfin il faut admettre que, puisque tout a une cause, la supériorité intellectuelle, qui s'est manifestée par de grandes œuvres, doit avoir elle aussi des raisons, c'est-à-dire des conditions physiologiques et anatomiques. Qu'il ne soit pas facile de mettre ces signes en évidence, je l'accorde volontiers ; mais encore faut-il accepter avec moi qu'ils existent et, que pour les déceler, il n'est qu'un moyen, c'est de les rechercher.

Mais je suppose que l'objection que l'on m'a faite vise plus spécialement les accidents névropathiques. « Vous trouveriez, m'a-t-on dit, des troubles nerveux tout aussi bien chez des individus quelconques, chez des épiciers inintelligents ou des artisans illettrés. » D'accord ; mais c'est comme si on déclarait : « A quoi bon prendre la température d'un typhique ! Est-ce que la fièvre n'est pas un élément banal de toutes les maladies aiguës ? Il est inutile de la chercher dans la fièvre typhoïde, puisqu'on peut l'observer tout aussi bien dans la pneumonie ou la fièvre intermittente. » Et à ce compte-là, et si l'on voulait n'étudier que les phénomènes morbides qui sont réellement spéciaux dans une maladie, on en étudierait aucun, attendu qu'il n'existe aucun symptôme pathognomonique dans aucune maladie. Cette abstention serait absurde. Pour ce qui est de la fièvre, il n'est pas niable qu'elle se présente avec des caractères bien dif-

férents dans la dothiéntérie, dans la pneumonie et dans l'accès paludéen. Et, pour en revenir aux troubles névropathiques, il est bien évident aussi qu'ils doivent présenter chez les hommes supérieurs des particularités, soit dans la forme clinique, soit plutôt dans leur évolution, soit encore dans leurs rapports avec le travail de création, qu'on ne pourra connaître qu'en prenant des observations d'hommes supérieurs. Car il est clair que des observations d'individus quelconques ne nous apprendraient rien là dessus. Beaucoup d'aliénistes croient que les hommes de talent sont souvent atteint de névropathie ; mais ce n'est et ce ne sera qu'une hypothèse tant qu'il n'y aura pas eu une étude rigoureuse de cette question. Puis cette hypothèse ne pourrait être, si elle était vérifiée qu'une première vérité, et bien grossière. Il resterait à déterminer les rapports de causalité ou de coexistence pouvant unir la supériorité intellectuelle et la névropathie. Si l'on s'arrêtait à la simple vérification de l'hypothèse ci-dessus, on serait dans les conditions d'un pathologiste qui arrêterait ses études après avoir constaté que des lésions du poumon se rencontrent fréquemment chez des gens qui toussent.

On m'a dit aussi qu'il serait nécessaire de faire porter mes investigations sur des hommes moyens pour avoir des points de comparaison. Au point de vue physique, ces observations sont faites depuis longtemps ; au point de vue mental, les psychologues américains et français, M. Binet, par exemple, sont en train de me fournir les moyennes réclamées. D'ailleurs on pourra toujours reproduire mes expériences sur des gens quelconques qui ne manqueront jamais à l'observation ; et l'on ne pourrait en dire autant des hommes supérieurs que j'étudie.

Enfin, m'a-t-on objecté : « Vous ne pouvez conclure d'une observation. » C'est d'ailleurs ce que je me suis efforcé de déclarer à maintes reprises dans mon livre. Je ne conclus pas et ne veux pas conclure ; et si je présente à propos de chaque cas des considérations générales qui essaient de rattacher provisoirement chaque fait aux idées générales, émises avant moi, ou des hypothèses qu'il m'est permis de formuler, ce ne sont point là des conclusions définitives. Remarquez que je procède absolument de la même manière que les pathologistes qui

étudient une maladie nouvellement observée. Voyez ce qui s'est passé pour l'acromégalie. M. Pierre Marie, qui l'a le premier décrite, n'a pas attendu pour le faire, d'avoir un nombre de cas permettant de présenter une théorie pathogénique et étiologique définitive. S'il avait agi ainsi, il aurait couru le risque de disparaître bien avant que la chose fût possible. Il a simplement exposé ses premiers faits ; d'autres sont venus, après lui, apporter de nouveaux documents ; des hypothèses sont nées, des théories ont été émises. Mais de nombreuses années se passeront encore avant qu'on sache bien à quel processus pathogénique est due cette maladie, car les problèmes reculent bien souvent à mesure qu'on étudie, et la maladie de Marie aura été dissociée ou au contraire réunie plusieurs fois à d'autres états morbides avant d'être rationnellement expliquée.

Des considérations analogues peuvent servir à l'étude des rapports du génie et de la folie. J'espère que des médecins s'engageront dans la même voie que la mienne, et à mesure que les faits seront rapportés par moi ou par d'autres, les théories seront, pendant longtemps, émises, contredites et remplacées par d'autres avant que l'on puisse atteindre la vérité.

Certains critiques, qui ne niaient pas l'utilité de mes observations, ont objecté qu'elles n'auraient pas toute la signification que je leur attribuais parce qu'elles contiendraient des erreurs importantes. Ces erreurs peuvent être groupées sous deux chefs : celles tenant au sujet, et celles tenant à l'observateur. Dans les premières, je classerai l'ignorance ou les fausses déclarations des personnalités examinées. Je ferai tout d'abord remarquer que je retrouve dans mon enquête les mêmes causes d'erreur possibles qu'à l'hôpital et surtout qu'à l'asile, où l'on a bien souvent affaire à des individus ignorants et incapables de vous renseigner sur leur histoire pathologique ou encore à des malades intéressés à vous tromper. Et je ne sache pas que la crainte d'obtenir des renseignements inexacts ait fait abandonner l'étude des maladies mentales où les causes d'erreur sont au maximum. L'ignorance des malades touchant leurs antécédents est chose commune ; elle est la règle à l'asile pour les paralytiques généraux, les maniaques, et, d'une façon

générale, pour tous ceux dont les facultés intellectuelles sont fortement troublées ou affaiblies. Les renseignements fournis par les parents ou les amis, quand on peut en obtenir, ne suppléent pas, notamment pour l'hérédité et pour des désordres psychiques légers antérieurs, à ceux que seraient capables de fournir les malades eux-mêmes.

Je crois qu'à ce point de vue mes sujets offrent bien plus de garanties que les malades ordinaires et surtout que les aliénés. Intelligents, instruits, plus ou moins habitués à s'observer, ils peuvent me renseigner exactement. Mais ils peuvent me tromper, il faut le reconnaître. Or, à l'hôpital aussi, il faut prendre garde aux mensonges des malades ; des tuberculeux, par exemple, cachent leurs hémoptysies, et des femmes syphilitiques leurs véroles. C'est au médecin à dépister la vérité. A l'asile, notre rôle est encore plus difficile. Nous avons affaire à des alcooliques qui nient tout excès de boissons, à des hallucinés qui n'avouent pas leurs troubles sensoriels, à des mélancoliques qui cachent leurs idées de suicide, à des persécutés surtout qui ne livrent pas leurs conceptions délirantes. Et cependant les aliénistes ne se laissent pas rebuter par ces obstacles et ils prennent tous les jours les observations de leurs malades. On voit donc que je me trouve, en faisant mon enquête, dans des conditions analogues à celles des milieux hospitaliers. Comme dans les établissements d'assistance, je suis obligé d'accepter, sans pouvoir les contrôler directement, les renseignements sur les antécédents héréditaires et personnels des malades ; dans les deux cas, il m'appartient de juger le degré de véracité que présentent ceux qui me donnent des renseignements qu'il m'est impossible de contrôler. Pourquoi exigerait-on de moi enquêteur, une plus grande sévérité que celle accordée à tous les cliniciens ? Ma conviction est qu'il m'est plus facile d'avoir la vérité avec mes sujets, qui, étant des esprits supérieurs, peuvent comprendre, plus qu'un malade ordinaire, la nécessité d'être exact.

D'ailleurs, on voit bien si le sujet est un homme de bonne foi. Quelques pièges permettent de le surprendre en flagrant délit de tromperie, et, dans ces cas là, le mieux est d'abandonner l'observation d'un sujet qui voudrait vous

tromper. Mes procédés me permettent de réduire beaucoup les erreurs volontaires du sujet, car j'expérimente le plus possible. Je ne me contente pas, par exemple, de demander au sujet s'il a bonne mémoire ; mais je lui fais subir un véritable examen où je peux déterminer assez exactement l'étendue et la force de cette faculté. C'est là l'originalité de mes observations qui sont des essais d'examen psychologique objectif. Des faits nombreux me permettent de remplacer mon impression par des chiffres comparables à d'autres, obtenus dans les mêmes conditions chez des individus quelconques. Je crois qu'un examen de ce genre est supérieur à ce qui a été fait jusqu'à présent dans ce sens et particulièrement à ce qui se fait journellement dans les asiles, où le médecin aliéniste n'a guère, pour résoudre les plus graves questions, que sa conscience. Malgré les protestations de quelques-uns de mes honorables collègues, je persiste à croire que la conscience d'un honnête homme ne suffit pas en science, et que l'on pourrait désirer des moyens d'appréciation de l'état mental d'un malade moins subjectifs que ceux dont nous disposons aujourd'hui.

Mes procédés d'investigations psychologiques me permettent d'atteindre la vérité, qu'ignore souvent le sujet lui-même. On a, dans ces derniers temps, beaucoup fait usage d'enquêtes par questionnaires qu'on envoyait chez des hommes célèbres qui devaient répondre eux-mêmes. Des médecins se sont servis de ce procédé d'investigation psychologique ; il m'est arrivé d'avoir ainsi à vérifier des réponses données à mes confrères par mes sujets sur l'état de leur mémoire ou de leurs fonctions du langage. Souvent ce que je trouvais différait beaucoup de ce que les sujets avaient cru remarquer chez eux. C'est qu'il est difficile de se connaître, et l'on peut être entraîné à se supposer des facultés autres que celles qu'on a.

Mais j'ai dit aussi que les erreurs pouvaient tenir à l'observateur. Ce dernier pouvait être incompetent, et il l'est toujours sur une grande partie de l'examen. C'est pour cela que je me suis fait assister par des confrères et des spécialistes autorisés, au nombre de quinze, pour l'observation de M. Zola. Il m'est permis, je crois, de dire que jamais une observation n'avait été prise avec de telles garanties d'exactitude.

L'observateur, a-t-on dit, peut dissimuler la vérité. A ce sujet, je donnerai quelques explications à M. Garnier qui m'avait présenté une objection à laquelle j'ai déjà répondu, mais d'une façon qui, apparemment, n'a pas été comprise. M. Garnier m'avait posé cette question : — « Si vous trouviez l'épilepsie chez un de vos sujets, le diriez-vous ? » Bien que cette maladie ne se prête pas à tous les développements d'une thèse générale, je ferai toutefois mon argumentation en la visant. De deux choses l'une, ou le malade connaît sa maladie ou il l'ignore. Dans le premier cas, il peut m'autoriser à la révéler, et je le fais en toute tranquillité. Ou, au contraire, il ne m'y autorise pas ; dans ce cas, comme la maladie sur laquelle le secret m'est demandé est importante, je m'abstiens, non seulement de divulguer la maladie, mais encore de publier l'observation. De la sorte les intérêts de la science et ceux du malade sont également sauvegardés.

Dans une autre hypothèse, le malade ignore sa maladie, mais il connaît certains symptômes, tels que des périodes d'amnésie, chutes, urination au lit, etc. ; dois-je lui apprendre, et cela dans son intérêt strict (traitement, surveillance), la nature de la maladie dont il est atteint à son insu ? C'est là une question d'espèce, qu'on ne peut trancher *a priori*.

Admettons que j'agisse dans ce sens, je suis donc ramené au premier cas, et c'est au sujet à me donner l'autorisation de révéler sa maladie, ou à moi à abandonner son observation s'il me demande le secret. Mais il peut se faire que, pour des raisons quelconques, je ne lui apprenne pas la nature de sa maladie. Puis-je cependant décrire les symptômes qu'il présente et dont la synthèse ne pourra être faite que par des médecins seuls ? C'est encore là, je le répète, une question d'espèce. Mais je peux poser cette règle de conduite que, dès que le repos moral du sujet peut-être troublé par la divulgation, il faut se taire, et abandonner l'observation.

Le plus souvent le sujet, instruit et arrivé à un certain âge, connaît les maladies dont il est atteint, non seulement les symptômes dont il souffre, mais les diagnostics, mêmes graves, qu'ont posé les médecins qui l'ont examiné. La question peut donc, en pratique, être

ramenée au premier cas : le sujet connaît sa maladie et vous permet ou ne vous permet pas de la révéler. On exagère d'ailleurs — et cependant je crois qu'il est bon d'exagérer — les précautions que l'on doit prendre pour révéler à un malade l'affection dont il est atteint. Est-ce que le médecin ne connaît pas, le plus souvent, ses propres maladies, même lorsqu'elles sont terribles, comme le cancer? Ne connaît-il pas même le pronostic, ce que je n'ai aucun intérêt à apprendre à mes sujets, et ne se résigne-t-il pas? C'est que le désir de vivre est plus fort que tout; et l'illusion qu'il entretient est une fleur bien vivace dans le cœur de l'homme.

En définitive la publication des observations de sujets vivants et connus demande un certain tact que les médecins ne sont pas habitués à employer dans leurs travaux cliniques. Mais, en définitive, on peut toujours faire œuvre de vérité. D'ailleurs le champ d'une observation est immense et quelques lacunes, qui ne peuvent fausser en rien les conclusions, sont peu de chose auprès des faits nombreux et instructifs qu'un examen approfondi permet de trouver dans l'organisation psycho-physiologique d'un homme supérieur.

Mais je vois que l'heure est avancée, et je demande à la Société de vouloir bien me permettre de renvoyer la fin de ma communication à la prochaine séance.

La séance est levée à six heures.

PAUL SOLLIER.

BIBLIOGRAPHIE

La confusion mentale primitive.— *Stupidité, démence aiguë, stupeur primitive*; par M. le D^r Ph. Chaslin, médecin adjoint de l'hospice de Bicêtre, 1 vol. in-12. Paris, Asselin et Houzeau, éditeurs, 1895.

La confusion mentale était tout à fait oubliée chez nous, elle ne figurait dans aucune de ces classifications qu'on trouve exposées et prônées au commencement de tout traité de médecine mentale, lorsqu'il y a trois ans, au Congrès de Blois, M. Chaslin appela l'attention sur cette forme psychopathique, dont on ne tenait plus compte. Il fut tout d'abord assez vivement critiqué; mais il revint sur son sujet, et la notion de la confusion mentale se répandit bientôt rapidement en France. Aujourd'hui, on n'éprouve plus de surprise quand on lit, ce qui arrive souvent, dans les écrits des aliénistes, les mots : confusion mentale, à côté des mots : manie et mélancolie. En réalité, M. Chaslin a ressuscité cette psychose complètement oubliée dans notre pays, où pourtant elle est née. Je ne veux pas dire que d'ores et déjà tous les médecins soient convertis à la doctrine de la confusion mentale, entité psychopathique; il y a des dissidents, et l'école de M. Magnan, par exemple, continue à regarder, comme faisant partie de la très nombreuse classe des folies des dégénérés, les divers, et il faut le reconnaître, les très différents états pathologiques réunis sous la dénomination commune de confusion mentale. Mais le livre de M. Chaslin est appelé sans doute à faire cesser certains malentendus, et à démontrer que les états de confusion mentale ont, pour les cliniciens, un intérêt indéniable, et qu'on peut comparer, si bien entendu on réserve toute question doctrinale, à celui que possèdent, par exemple, les états maniaques.

On prétend que les livres ont leur moment, leur heure d'opportunité; on peut dire alors que l'heure de l'histoire de la confusion mentale était arrivée. En effet, cette affection admise sans conteste autrefois, puis méconnue ensuite pendant long-

temps, et enfin acceptée à nouveau aujourd'hui, méritait bien d'être exposée dans un tableau d'ensemble, avec tous ses éléments constitutifs, et surtout avec l'énumération critique des péripéties qu'elle a subies. C'est à la vérité une œuvre qui ne va pas sans de grandes difficultés ; M. Chaslin, par ses études antérieures sur le sujet, par sa grande érudition, par sa connaissance des langues étrangères, était désigné pour l'accomplir. J'estime, pour ma part, qu'il a pleinement réussi : son livre est bien ordonné, il renferme beaucoup de choses en peu de pages. Je voudrais pouvoir, dans une rapide analyse, en donner une idée exacte et en faire, en même temps, ressortir les points les plus importants.

Un bon tiers du livre est consacré à l'historique, ce qui ne peut surprendre ; car dans une étude de la confusion mentale, la question de l'historique est la plus importante, et j'ajouterai la plus difficile. Il s'agit, avant de tenter leur classification, de rechercher d'abord tous les documents, c'est-à-dire tout ce qui a été écrit, en France et à l'étranger, sur un état mental pathologique très discuté, que les uns regardent comme une entité nosologique véritable et les autres comme une sorte de syndrome, que les uns prétendent être plus fréquent dans la pratique, alors que les autres en nient même l'existence, que les uns appellent d'un nom et les autres d'un autre ; car, en psychiatrie, la terminologie est essentiellement variable selon les écoles et les pays, elle varie même dans le même pays. Que de difficultés à surmonter pour reconnaître la nature véritable de l'affection dont on lit la description, alors que l'on manque des points de repère qui, en pathologie ordinaire, rendent un semblable problème facile ! Ces points de repère sont fournis par l'anatomie et la physiologie pathologiques. En médecine mentale, l'anatomie pathologique, malgré beaucoup d'efforts et quelques illusions, n'existe pas, et la physiologie cérébrale reste toujours très hypothétique. Ce qui complique encore cette recherche de la nature de l'affection, c'est que la classe des confusions mentales comprend, d'après certains auteurs, d'après M. Chaslin lui-même, des états mentaux absolument dissemblables objectivement, et dont les extrêmes sont représentés, d'une part, par la stupeur profonde, d'autre part, par le délire aigu ; stupeur et délire aigu étant, non des complications de l'affection, mais bien ses véritables éléments constitutifs. Que de patience et de persévérance, que d'érudition surtout, pour se reconnaître dans un pareil pêle-mêle !

Eh bien, notre savant confrère, surmontant toutes les difficultés, a réussi à présenter méthodiquement tout ce qui a trait à l'histoire de la confusion mentale, et pour éviter que le lecteur ne s'égaré dans cet exposé forcément très détaillé, il donne, dans un chapitre de quelques pages seulement, intitulé : *Résumé de l'histoire*, les points essentiels de l'histoire de l'affection et les conclusions dernières, auxquelles aboutissent toutes les études anciennes et nouvelles sur le sujet. Ces conclusions, les voici : Il existe réellement une forme de trouble mental dans laquelle le symptôme primitif et prédominant est la confusion mentale, et dans laquelle les troubles somatiques jouent un grand rôle. Cette confusion mentale semble, après que la cause qui l'a produite a agi, évoluer d'une façon indépendante. A côté d'elle il existe des confusions mentales primitives symptomatiques, qui apparaissent dans nombre de troubles organiques, comme dans l'épilepsie, le saturnisme, etc. Enfin, on observe des confusions mentales secondaires, qui ne constituent que de simples symptômes accessoires et qui apparaissent dans une série de circonstances différentes.

Nous entrons ici dans la seconde partie de cette étude. Il ne s'agit plus de rechercher les opinions des auteurs, de défendre ou de combattre une doctrine, il s'agit d'exposer fidèlement des faits cliniques, et c'est pourquoi je pense que cette seconde partie ralliera tous les observateurs et restera indiscutée. M. Chaslin donne d'abord le tableau clinique de la confusion mentale primitive idiopathique complète ; et ses descriptions, il le note lui-même à plusieurs reprises, se confondent souvent avec celles qu'a laissées un grand clinicien, Delasiauve. On sait que Delasiauve, réfutant tous les arguments adverses, défendit toute sa vie l'entité confusion mentale primitive qu'il avait, du reste, largement contribué à établir.

En quelques mots, voici l'évolution de la forme complète et moyenne de la confusion mentale primitive idiopathique. Il est nécessaire d'en indiquer les principaux caractères pour pouvoir saisir les rapports qui existent entre cette forme typique et les formes qui s'éloignent plus ou moins d'elle. Après une période prodromique et un début, très variables tous deux, l'affection se manifeste par les symptômes suivants : physionomie indifférente, hébété ; teint pâle, plombé ; aspect d'un vrai malade sale et débraillé. Le malade marmotte des paroles incohérentes, sa démarche est chancelante, ses actes sont généralement incohérents, ils n'ont pas de but visible, il manifeste parfois

des impulsions subites qui cessent aussi vite qu'elles se produisent. Alternatives de loquacité et de mutisme. Tout, on le voit, décèle une confusion mentale plus ou moins prononcée. Il est très difficile de fixer l'attention, malgré les efforts du malade, qui, contrairement au mélancolique, n'oppose jamais de résistance systématique. Il lutte même de toutes ses forces pour se mettre en relation avec le monde extérieur qu'il sent lui échapper. Il ne sait pas où il est, il ne reconnaît plus les personnes, ni les objets. Il en arrive enfin à douter de sa propre personnalité.

Les troubles somatiques ont, dans cette forme moyenne, une importance égale à celle des troubles psychiques. Ils sont caractérisés par un affaiblissement général, par l'épuisement, la dénutrition. On note parfois certains signes physiques de la paralysie générale, comme l'inégalité des pupilles et le tremblement de la langue. Il y a des troubles digestifs, le poulx est petit et fréquent; enfin, souvent, on note une fièvre plus ou moins intense. — Telle est la forme complète et moyenne de l'affection dans son complet développement. — Sa marche est très variable, souvent elle est à rechutes. Sa durée varie de quelques jours à plusieurs années. Ses différents modes de terminaison sont : 1° la guérison, et le sujet guéri a plus ou moins complètement perdu le souvenir des faits se rattachant à sa maladie. La guérison s'effectue progressivement ou à la suite d'une crise, ou après une longue confusion chronique; mais, dans ce dernier cas, l'intelligence reste affaiblie; 2° la démence, qui est tantôt apathique avec stupeur, tantôt agitée avec excitation, tantôt, et c'est le plus ordinaire, elle présente un mélange des deux états; 3° la mort, qui survient dans le marasme ou bien dans le délire aigu.

Cette forme moyenne complète est forcément un peu artificielle; elle l'est comme le sont les autres formes qu'il a fallu instituer pour l'étude, et l'on rencontre dans la pratique des cas qui se rapprochent suffisamment des unes et des autres. Ces autres formes sont basées sur les différents degrés de la confusion mentale, sur l'importance des troubles somatiques, sur les phénomènes d'excitation ou de dépression, sur le fonds du délire. C'est ainsi qu'on a la démence aiguë avec ses deux variétés : démence aiguë agitée et démence aiguë stupide, quand le trouble mental prédomine et que la confusion ou le ralentissement du fonctionnement cérébral sont à leur plus haut degré. Si c'est l'état morbide somatique qui prédomine, on a les formes

typhoïde et méningitique. Entre ces deux extrêmes il existe une forme très aiguë : le délire de collapsus, caractérisé par une excitation et une confusion extrêmes, par de la fièvre intense et même par le délire aigu. On a, d'autre part, les formes légères de Delasiauve et une forme à évolution très longue se confondant avec une partie de l'état morbide dénommé par Meynert : forme chronique de l'amentia. Enfin il faut aussi noter les formes polynévritiques qui se rattachent à des infections.

M. Chaslin décrit toutes ces différentes formes, consacrant à chacune d'elles une place en rapport avec son importance clinique, et en insistant sur ce que ces états mentaux pathologiques, malgré leur dissemblance apparente, ont toujours un même fonds pathologique qui est la caractéristique de l'affection, à savoir un état de confusion, de diminution, d'anéantissement même du fonctionnement psychique, avec l'existence constante de troubles somatiques spéciaux. Je tiens à noter que ces descriptions cliniques sont claires, bien ordonnées, complètes sans être minutieuses et qu'elles suscitent bien l'idée, l'image des malades.

Je voudrais pouvoir relever de nombreuses considérations intéressantes que l'on trouve dans les chapitres du diagnostic, du pronostic et du traitement, mais je suis obligé d'être très bref. Je signalerai seulement le diagnostic entre la mélancolie et la confusion, il est parfois difficile. On n'ignore pas, du reste, que c'est Baillarger qui, en rattachant la stupeur à la mélancolie, dans une étude restée célèbre, a fait tomber la confusion mentale dans l'oubli pour de nombreuses années. Aujourd'hui la confusion mentale renaît; mais l'étude de Baillarger ne perd rien de sa grande valeur, car la mélancolie stupide, avec son rêve terrifiant et ses hallucinations effroyables, existe réellement et telle que l'a décrite notre maître regretté.

Nous laissons maintenant la clinique, c'est-à-dire l'observation, pour la psychologie, c'est-à-dire pour la théorie. Je ne saurais trop appeler l'attention sur la psychologie de la confusion. Pour ma part, c'est la partie du livre de M. Chaslin que j'ai lue avec le plus d'intérêt. Elle a cependant peut-être exigé moins de travail que certains autres chapitres, que l'historique par exemple, mais c'est parce que son auteur était préparé d'une façon spéciale à l'écrire, par ses études psychologiques antérieures.

M. Chaslin insiste d'abord sur cette notion acquise aujourd'hui, que le fonctionnement de l'esprit repose sur la synthèse

perpétuelle et indispensable de ses éléments. Dès que cette synthèse disparaît, il y a état morbide de l'intelligence; mais cette perte de synthèse ne s'effectue pas de la même manière dans toutes les affections mentales. Comment s'effectue-t-elle dans la confusion? M. Chaslin tendrait, il me semble du moins, à admettre la théorie de Meynert sur le fonctionnement du cerveau, et il se montre séduit par l'explication que ce savant donne, d'après sa théorie, du mécanisme de la confusion mentale. Mais il est trop psychologue pour ne voir au fond, dans la théorie de Meynert, qu'une hypothèse ingénieuse et attrayante, répondant plus ou moins bien aux faits observés, et notre confrère suit une voie bien plus scientifique, en analysant méthodiquement le fonctionnement intellectuel morbide des malades. C'est ainsi qu'il démontre que le fonds de la confusion est la perte de la coordination des images et de la formation du moi. Puis il indique les conséquences logiques de cette perte de la coordination des images, et il montre, par des exemples cliniques, qu'en effet ces conséquences se réalisent chez les malades. Il résume enfin toute cette psychologie morbide en la rattachant à une lésion qui a toujours le même fonds, l'affaiblissement de la synthèse des éléments.

Je suis obligé de terminer ici cet article, tout incomplet qu'il soit, et je m'aperçois que j'ai même pas indiqué la question de sémiologie, traitée pourtant en détail par l'auteur qui ne pense pas que la confusion soit une psychose dégénérative, selon la terminologie allemande. Il importe peu, du reste, car tous nos confrères ont lu ou liront le livre de M. Chaslin, livre qui, je l'ai déjà dit, arrive bien à son heure, et qui résume l'état des connaissances actuelles sur une affection longtemps oubliée, bien commune pourtant, et qu'on observe, paraît-il, bien plus fréquemment dans le monde que dans les asiles.

CAMUSET.

L'année psychologique, publiée par H. Beaunis et A. Binet, avec la collaboration de Th. Ribot, Victor Henri, etc., première année 1894, deuxième année 1895. 2 vol. in-8°, Paris. Alcan, 1895-1896.

Ces deux volumes constituent une heureuse innovation dans notre pays. Tous ceux qui s'intéressent à la psychologie, et je

voudrais compter parmi ceux-ci plus de médecins aliénistes, accueilleront avec grand plaisir l'apparition annuelle régulière d'un répertoire aussi complet que possible, où l'on trouve analysé très longuement tout ce qui se rapporte à la science de l'esprit, même de loin. Les analyses sont faites de telle sorte, dans l'intention de M. Binet, qu'on n'ait pas besoin de recourir à l'original.

En fait, c'est un instrument de travail précieux que cette « Année psychologique », qui contient, en outre, une partie originale où sont publiés des mémoires provenant du laboratoire de psychologie expérimentale de la Sorbonne, et des revues générales des plus précises et documentées. Je n'analyserai pas ici ces deux années parues, même dans ce qu'elles ont d'analysable, dans cette partie originale : il faudrait à mon tour leur consacrer un volume. Je donnerai ici seulement la liste des mémoires et revues et le plan général de l'ouvrage.

Dans l'année 1894, il y a deux mémoires de A. Binet et O. Henri, l'un sur la mémoire des mots ; l'autre sur la mémoire des phrases ; des notes psychologiques sur les auteurs dramatiques, par A. Binet et J. Passy, sur F. de Curel, par A. Binet. Weeks expose ses recherches phonétiques, Flournoy étudie successivement l'influence du milieu sur l'idéation, un cas de personnification, les illusions de poids ; enfin, Delabarre nous apprend comment sont organisés les laboratoires de psychologie en Amérique.

Dans l'année 1895, les mémoires originaux sont ceux de Th. Ribot, sur les caractères anormaux et morbides ; de Forel, sur la psychologie comparée ; de Flournoy, sur les temps de lecture et d'omission ; de Bourdon, sur les phénomènes intellectuels ; de Gley, sur les conditions favorisant l'hypnose ; enfin de Biervliet, sur les illusions de poids.

Les travaux du laboratoire de psychologie de la Sorbonne viennent ensuite et une série de revues générales. Le plan d'ensemble des analyses est très vaste et mieux conçu dans l'année 1895 que dans la précédente ; les analyses débutent par l'histologie, l'anatomie et la physiologie du système nerveux, dont on ne peut ignorer les résultats si l'on veut comprendre les recherches modernes, quoique les hypothèses anatomiques en psychologie, jusqu'à présent, ne soient qu'un leurre ; les sensations occupent une place considérable dans ce plan d'étude ; puis les recherches psychologiques proprement dites, la psycho-physique, la psychométrie avec la description des

appareils, puis on trouve résumées les principales recherches sur le caractère, la psychologie individuelle, la psychologie enfantine, la pédagogie, la psychologie comparée ; enfin la psychologie anormale et morbide, domaine propre des médecins aliénistes, figure honorablement par l'intérêt des travaux appréciés et critiqués. Un chapitre de nécrologies et des tables bibliographiques terminent l'ouvrage.

PH. CHASLIN.

Psychologie de l'attention ; par Th. Ribot, professeur au Collège de France, 3^e édit., 1 vol. in-18 de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*. Paris, Félix Alcan, 1896.

Voilà un livre de psychologie qui, en peu d'années, est arrivé à sa troisième édition ; c'est un succès dont il faut féliciter l'auteur, mais qui prouve aussi en faveur du public, de plus en plus nombreux, qui s'intéresse aux questions de physiologie psychique, scientifiquement traitées.

Les lecteurs des *Annales* connaissent la méthode de M. Th. Ribot ; ils savent que l'éminent professeur du Collège de France a été un des premiers à appliquer l'analyse pathologique à l'étude et à la détermination des fonctions intellectuelles et morales. Aux renseignements fournis par l'observation interne, qui n'a jamais conduit à la découverte d'aucune loi scientifique, il préfère les documents fournis par la pathologie mentale, qui, soit en dissociant les phénomènes psychiques, soit en les grossissant, ou même en les détruisant, permet d'en mieux saisir le mécanisme. Ce procédé d'investigation lui a permis de jeter des lumières nouvelles sur les phénomènes de la mémoire et de la volonté, sur ceux de la personnalité. C'est à la psychologie de l'attention qu'est consacré le nouveau volume, que nous annonçons un peu tardivement à nos lecteurs et qui mérite cependant, au même titre que ses aînés, d'être médité par les médecins aliénistes.

Après une courte introduction où est indiqué le sujet de son livre et qui se termine par les deux définitions suivantes de l'attention : *C'est un monoïdéisme intellectuel avec adaptation spontanée ou artificielle de l'individu ; — l'attention consiste en un état intellectuel, exclusif ou prédominant, avec adaptation spontanée ou artificielle de l'individu ; — l'auteur étudie dans*

trois chapitres différents : 1° l'attention spontanée ou naturelle ; 2° l'attention volontaire ou artificielle ; 3° les états morbides de l'attention.

M. Ribot, abandonnant les idées de la psychologie classique, revient, en ce qui concerne l'attention, aux théories émises par Gall et, avant lui, par Helvétius : « elle n'est pas une faculté, un pouvoir spécial, mais un *état intellectuel* prédominant », qui a pour condition immédiate et nécessaire l'intérêt, c'est-à-dire des états affectifs naturels ou artificiels. Cet état s'accompagne de manifestations physiques ou organiques diverses : phénomènes vaso-moteurs, respiratoires, moteurs ou d'expression, qui sont les conditions nécessaires, les éléments constitutifs, les facteurs indispensables de l'attention. « Si l'on supprimait totalement les mouvements, conclut notre auteur, on supprimerait totalement l'attention. » Ce que Maudsley a exprimé sous une forme aphoristique : « Celui qui est incapable de gouverner ses muscles est incapable d'attention. »

Ces deux conditions — états affectifs d'une part, et éléments moteurs de l'autre — se trouvent dans le mécanisme de l'attention spontanée et dans celui de l'attention volontaire. Cette dernière, qui est un appareil de perfectionnement et un résultat de la civilisation, c'est-à-dire un produit de l'art, de l'éducation, de l'entraînement, du dressage, est d'une étude plus difficile et plus délicate que celle de l'attention spontanée sur laquelle elle est greffée et qui « trouve en elle ses conditions d'existence, comme la greffe la tient du tronc où elle a été implantée ». « Dans l'attention spontanée, ajoute M. Ribot, l'objet agit par son pouvoir intrinsèque ; dans l'attention volontaire, le sujet agit par des pouvoirs extrinsèques, c'est-à-dire surajoutés. Ici, le but n'est plus donné par le hasard ou les circonstances ; il est voulu, choisi, accepté ou du moins subi ; il s'agit de s'y adapter, de trouver les moyens propres à maintenir l'attention : aussi, cet état est-il toujours accompagné d'un sentiment quelconque d'effort. Le maximum d'attention spontanée et le maximum d'attention volontaire sont parfaitement antithétiques, l'une allant dans le sens de la plus forte attraction, l'autre dans le sens de la plus forte résistance. Ce sont les deux pôles entre lesquels il y a tous les degrés possibles, avec un point où, au moins en théorie, les deux formes se rejoignent » (p. 47).

Tout ce chapitre sur l'*attention volontaire*, le plus neuf de l'ouvrage, est d'une lecture très attachante. En le lisant, on

est frappé surtout des services que peuvent rendre les recherches purement physiologiques pour l'explication des phénomènes psychiques. Mais ce qui frappe aussi, ce sont la clarté d'exposition, la sobriété de style, qualités si rares en des sujets aussi complexes. M. Ribot résume souvent ses idées en quelques phrases nettes et précises : telles les suivantes, sur le mécanisme de l'attention volontaire, que nous croyons devoir reproduire.

« L'attention est un état momentané, provisoire, de l'esprit ; ce n'est pas un pouvoir permanent comme la sensibilité ou la mémoire. C'est une forme (la tendance au monoïdéisme) qui s'impose à une matière (le cours ordinaire des états de conscience) ; son point de départ est dans le hasard des circonstances (attention spontanée) ou dans la position d'un but déterminé d'avance (attention volontaire). Dans les deux cas, il faut que des états affectifs, des tendances soient éveillées. Là est la *direction* primitive. Si elles manquent, tout avorte ; si elles sont vacillantes, l'attention est instable ; si elles ne durent pas, l'attention s'évanouit. Un état de conscience étant devenu ainsi prépondérant, le mécanisme de l'association entre en jeu suivant sa forme multiple. Le travail de *direction* consiste à choisir les états appropriés, à les maintenir (par inhibition) dans la conscience, en sorte qu'ils puissent proliférer à leur tour, et ainsi de suite par une série de choix, d'arrêts et de renforcements. L'attention ne peut rien de plus ; elle ne crée rien, et si le cerveau est infécond, si les associations sont pauvres, elle fonctionne vainement. Diriger volontairement son attention est un travail impossible pour beaucoup de gens, aléatoire pour tous (p. 94). »

Le troisième chapitre traite des *états morbides de l'attention*. Après une courte description de la *distraction*, M. Ribot étudie successivement ce qu'il appelle l'*hypertrophie de l'attention* et l'*atrophie de l'attention*. L'idée fixe et l'extase sont, la première la forme chronique et la seconde la forme aiguë de l'hypertrophie de l'attention. L'idée fixe, l'obsession, l'extase, ce sont des sujets bien connus, mais que M. Ribot a su rendre intéressants, grâce à sa pénétrante analyse psychologique. Nous ne saurions assez recommander la lecture des pages qu'il a consacrées à la description des extases mystiques de sainte Thérèse, tirée du *Château intérieur* et de l'*Autobiographie* de la célèbre religieuse du xvi^e siècle ; on suit là, étapes par étapes, « cette concentration progressive de la conscience qui, partant de

l'état ordinaire de diffusion, revêt la forme de l'attention, la dépasse et, peu à peu, parvient à la parfaite unité de l'intuition (p. 143) ».

Est-il besoin de rappeler ici que l'attention est diminuée, affaiblie, dans la manie, chez les hystériques, chez certains mélancoliques, au commencement de l'ivresse, à l'approche du sommeil, dans l'extrême fatigue physique ou mentale, etc.? Enfin, elle est nulle ou presque nulle dans l'idiotie.

« En résumé, dit en terminant M. Ribot, l'attention est une attitude de l'esprit; je dirais un état *formel*, si l'on n'avait abusé de ce mot. On pourrait représenter graphiquement la totalité de ses manifestations normales et morbides, par une ligne droite se bifurquant à ses deux extrémités. Au centre, mettons l'attention spontanée moyenne. En suivant notre ligne imaginaire, à droite, dans le sens de l'intensité croissante, nous avons l'attention spontanée forte, puis la préoccupation, puis l'idée fixe faible; la ligne se bifurque pour représenter les deux degrés extrêmes, l'idée fixe confirmée et l'extase. Revenons à notre point de départ pour aller à gauche dans le sens de l'intensité décroissante. Nous avons l'attention volontaire, d'abord sous forme d'une habitude organisée, puis sous sa forme moyenne, puis vacillante, enfin une bifurcation répondant aux deux extrêmes: la défaillance temporaire, l'impossibilité de l'attention. Entre chaque forme et ses voisines, il y a des nuances que je néglige; mais nous saisissons ainsi la communauté d'origine de tous ces états et leur unité de composition (p. 163). »

On peut juger par cette rapide analyse — trop courte à notre gré — et par les quelques extraits que nous en avons donnés, de l'importance scientifique de la nouvelle œuvre de l'éminent professeur du Collège de France. Elle ne s'adresse pas seulement aux psychologues de profession; elle a sa place marquée dans la bibliothèque de tout médecin aliéniste qui s'intéresse aux multiples problèmes que soulève l'étude de la science de l'homme.

ANT. RITTI.

Sulla localizzazione subbiettiva delle allucinazioni verbali psicomotrici (Sur la localisation subjective des hallucinations verbales psycho-motrices); par le D^r Gaëtan Angiolella. — Naples, 1893.

L'auteur trouvant insuffisantes et inapplicables à tous les cas donnés les vues émises par Séglas en France et par

Pieracini en Italie sur l'origine des hallucinations psychomotrices, publie l'observation que nous résumons ci-après et tente, à la lumière des faits qu'elle contient, de compléter les théories sus-mentionnées.

Il s'agit d'un homme de quarante et un ans, célibataire, grand amateur du vin et des belles, sans antécédents personnels ou familiaux, mais porteur de stigmates physiques et devenu fou à la suite d'une rupture amoureuse.

Les troubles psychiques consistent essentiellement dans la croyance à une ligue formée contre lui par des coquins, ses compatriotes, dirigés par le maire et son propre frère. Il entend constamment leurs voix qui lui prodiguent des insultes, des menaces et des moqueries. Ces voix se manifestent tantôt près de ses oreilles, tantôt derrière une porte, une fenêtre, ou même au dehors, à plusieurs kilomètres. D'autres fois, il les perçoit en divers points de son corps : dans la tête, la gorge, l'estomac, la rate, le poumon, les genoux, les doigts ou les orteils. Par instants même, *ces voix, sortant de la bouche, font mouvoir sa langue, comme pour lui faire prononcer des paroles contre sa volonté.*

Elles sont produites par des animalcules en forme d'aile de papillon, qu'il nomme *vischi* (néologisme) et qui pénètrent dans toutes les parties de son corps. Le verbiage auquel il se livre presque continuellement la nuit est dû, selon lui, à ces *vischi* qui lui parlent et le font parler. Tout d'abord, simples émissaires de ses persécuteurs, ils ont fini par s'identifier avec eux, de sorte qu'il reconnaît leurs voix : c'est tantôt X, Y ou Z qui l'entretiennent. Quand les voix partent de la rate, le malade éprouve une douleur vers l'hypochondre gauche ; quand elles proviennent de l'estomac, c'est une puanteur de viande gâtée ou d'œufs pourris qui lui monte au nez ; enfin, un jour, il dit au médecin : *Cette nuit, j'ai entendu votre voix qui me rongait le poumon.* Le siège de ces sensations concomitantes aux hallucinations auditives, se localise le plus souvent aux doigts des mains et des pieds.

Il se plaint, en outre, d'être magnétisé à l'aide de l'*artificiel*, dans les genoux, les pieds, la colonne vertébrale, etc... ; quelques idées de grandeur viennent enfin compléter le tableau.

L'individu reste intelligent, lucide dans ses propos, conscient de ses actes, nullement impulsif, mais bruyant, surtout la nuit, et particulièrement animé contre son frère, le chef, selon lui, de ses persécuteurs.

L'auteur, discutant cette observation, insiste sur la simultanéité constante des troubles auditifs et périphériques ressentis par son malade; il ajoute que le « hasard ne préside pas seul à ces faits et qu'il doit exister un rapport causal entre ces deux points: l'existence simultanée de deux sensations; la localisation qu'en fait le sujet au même endroit de son corps. »

La théorie de Séglas, ajoute-t-il, n'est pas de mise ici, qui applique à ces hallucinations la loi de la projection excentrique, puisque les voix pour le patient se produisent, dans la majorité des cas, en tout autre endroit que la gorge. L'hypothèse de Pieracini n'est pas plus valable « puisque les points où M... localise les voix sont, le plus souvent, hors du chemin que parcourent les fibres nerveuses issues du centre propre aux images verbales acoustiques ou de celui dont procèdent les images verbales motrices. »

L'opinion de l'auteur est la suivante: « ... L'hallucination verbale se localise en tel point du corps où se produit, au même moment, une autre sensation anormale; lorsque cette dernière manque, le bruit de voix est rapporté en un point de l'appareil vocal périphérique, d'après la loi de Séglas... »

D^r NICOLAU.

Twelfth annual report of the Committee on Lunacy to the Board of Public charities of the commonwealth of Pennsylvania for the year ending september 30, 1894. — (Douzième rapport du Comité des aliénés du Bureau de la charité publique de l'État de Pensylvanie pour l'année finissant le 30 septembre 1894).

Outre de nombreux tableaux statistiques, ce rapport contient des considérations sur le fonctionnement des cinq Hôpitaux de l'Etat pour aliénés et sur les améliorations dont le besoin se fait sentir.

Ainsi, en septembre 1894, les cinq Établissements d'État renfermaient 5,232 aliénés pour 4,335 places, d'où un excès de population de près de 1,000 individus. L'accroissement moyen de la population, calculé sur une série d'années, est de 184. Il y a donc urgence à ouvrir de nouveaux établissements. Déjà un asile pour aliénés chroniques a été fondé; le Comité demande la création d'un second. En outre, il propose la création d'un asile

pour épileptiques aliénés et non aliénés et un asile pour aliénés-criminels. Il émet en outre le vœu que quelque chose soit fait en faveur des enfants idiots ; qu'il soit créé des écoles d'infirmiers et d'infirmières dans les hôpitaux d'État, et que les transfèrements de femmes ne soient plus opérés par des hommes, ce qui est une offense à la décence publique et un manque d'égards vis-à-vis des malades.

Enfin le rapport donne quelques détails sur le nouvel asile d'État pour 800 aliénés chroniques, fondé à Wernersville et ouvert le 5 septembre 1894. Son emplacement a été choisi de façon à ce qu'il soit à la portée des hôpitaux dont il doit recevoir le trop-plein. D'après la loi de fondation, il est destiné à recevoir pour y être séquestrés, soignés, traités et occupés, les aliénés *chroniques* indigents. La loi définit sous le nom de *chronique* « toute personne aliénée depuis un an ou plus ». Ces chroniques doivent venir exclusivement des hôpitaux d'État et des hospices des comtés et des villes. Une seule classe de *chroniques* y doit être admise, *les valides et les inoffensifs* susceptibles d'être employés à un travail utile. La loi a voulu, en stipulant pour eux un prix de pension très peu élevé (2 dollars et demi par semaine), que les malades contribuassent, dans la mesure de leurs moyens, à leur propre entretien.

Voilà une idée nouvelle qui, si elle est appliquée avec humanité, ne saurait être que favorablement accueillie par tous ceux que préoccupent le flot croissant des aliénés à assister et le fardeau de plus en plus lourd des charges publiques.

Il sera intéressant de connaître le fonctionnement de cette institution.

A. CULLERRE.

Thirty-seventh annual report of the general board of Commissioners in lunacy for Scotland (Trente-septième rapport annuel du Bureau général des « Commissioners in lunacy » pour l'Écosse, 1895).

Le 1^{er} janvier 1895, les asiles d'Écosse contenaient 13,852 aliénés dont 2,138 à la charge de leurs familles, 11,660 à la charge des paroisses et 54 au compte de l'État. Ces mêmes aliénés étaient répartis de la façon suivante :

7,957 dans les asiles royaux ou de district ;

- 152 dans les asiles privés ;
- 1,726 dans les asiles de paroisses ;
- 864 dans les quartiers de maisons des pauvres ;
- 2,790 dans des maisons particulières ;
- 54 dans le quartier d'aliénés de la prison générale ;
- 309 dans les établissements d'éducation pour imbéciles.

La proportion des guérisons comparées aux admissions a été de 37 à 40 p. 100 dans les établissements publics et de 50 p. 100 dans les établissements privés.

Les décès par rapport à la population traitée ont été de 8 à 8 et demie p. 100 dans les asiles publics et seulement de 5,2 p. 100 dans les asiles privés.

Il y a eu, dans le courant de l'année 1894, 236 évasions et 112 accidents dont 3 suicides.

Suivent des notices détaillées concernant chaque établissement en particulier ; notons, à propos des aliénés placés chez les particuliers, un éloge chaleureux de ce genre d'assistance dû à la plume du D^r Fraser, qui proclame que les résultats obtenus sont supérieurs à ceux que pourrait fournir tout autre mode de traitement.

A. CULLERRE.

Thirty-fifth annual report of the medical superintendent of the Matteawan State hospital, N. Y. (Trente-cinquième rapport annuel du directeur-médecin de l'asile d'État de Matteawan (New-York, 1895).

L'intéressant article du D^r Pons, publié par les *Annales*, en mai 1896, sous ce titre : *Deux Asiles d'Aliénés criminels*, a fait connaître à nos lecteurs l'asile de Matteawan, consacré par l'État de New-York aux condamnés aliénés depuis 1855, et nous dispense de décrire cet établissement. Le rapport médico-administratif dont nous avons à rendre compte est afférent à l'année financière se terminant le 30 septembre 1894. La population s'accroît rapidement (la moyenne de 1892 était de 277 ; celle de 1894 est de 431) ; ce qui est dû en grande partie à ce que leur peine finie les aliénés criminels sont conservés dans l'établissement au lieu d'être, comme auparavant, remis aux autorités des comtés auxquels ils appartiennent.

Les admissions ont été au nombre de 110 (98 hommes et 12 femmes). Comme d'habitude, beaucoup de ces condamnés

présentaient des signes évidents d'un état mental défectueux ou de folie véritable ayant existé au moment de leur arrestation et de leur procès.

Les crimes commis par les individus admis sont de ceux qui ne procurent aucun avantage au coupable et s'attaquent à la personne ou aux propriétés dans un but de destruction (incendie, agressions, assassinat, vagabondage, etc.).

Les guérisons ont été au nombre de 32 (31 hommes, 1 femme). Elles sont presque exclusivement fournies par les condamnés devenus aliénés après leur condamnation. Dans le nombre se trouvent quelques récidivistes ; ce sont des dégénérés ou des imbéciles qu'il vaudrait mieux ne pas poursuivre et qui devraient être l'objet de mesures spéciales.

Suit l'exposé des opérations financières complété par de nombreux tableaux de statistique. A. CULLERRE.

Alleged increating prevalence of Insanity in Scotland (De l'accroissement prétendu du nombre des aliénés en Ecosse) Supplément au 36^e rapport du bureau général des « Commissioners in lunacy » d'Ecosse.

En Ecosse, le nombre des aliénés ne s'accroît que dans les Asiles ; dans la société, il reste stationnaire. Cette augmentation du nombre des aliénés traités est due à un concours de causes diverses : mesures législatives, défaut d'équilibre entre les admissions et les extinctions, changements de l'opinion publique relativement à la folie, familiarisation plus grande du corps médical avec les maladies mentales. C'est l'opinion du D^r Sibbald et des commissaires expérimentés. Suivent de nombreux documents statistiques aboutissant tous à cette conclusion. A. CULLERRE.

Thermo-estesia crurali. Kauma-estesia et psicro-estesia (Thermo-esthésies crurales. Sensation de chaud et de froid) ; par le professeur Silvio Venturi. Extrait de la *Riforma medica*, n^{os} 39, 40, février 1896.

M. Silvio Venturi a observé un cas tout à fait pareil à ceux décrits par Roth, Escat, Naeke, Freud, Bernhardt sous le nom

de *Méralgie paresthésique*, paresthésie du fémoro-cutané externe. Le symptôme principal est une sensation de chaleur dans le territoire de ce nerf quand le corps est droit. Mais tout à l'opposé, l'auteur a pu observer aussi un cas où il y avait une sensation de froid, la jambe fléchie, dans la position assise. M. Venturi conclut de la comparaison de ces deux observations que le nom donné par Roth est mauvais et que le trouble est une hallucination périphérique par compression, comme dans les phosphènes.

PH. CHASLIN.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Compte général de l'Administration de la justice criminelle en France et en Algérie, pendant l'année 1893, présenté au Président de la République par le Garde des Sceaux, ministre de la justice. 174 pages in-4°. Paris, Imprimerie nationale, 1896.

— La psychologie criminelle; par le D^r P. Näcke. 28 pages in-8°. Extrait du *Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, 1896.

— La sensation douloureuse. Etude psychologique; par le D^r Joanny Roux. 23 pages in-8°. Extrait de la *Province médicale*. Lyon, 1896.

— Des principales méthodes appliquées en ophtalmologie au diagnostic des maladies nerveuses; par Charles A. Oliver, chirurgien au « Wills Eye Hospital ». Traduit de l'anglais, par le D^r S. Baudry, professeur à la Faculté de médecine de Lille. 33 pages in-8°. Extrait des *Annales de la polyclinique de Lille*, 1896.

— Considerazioni et notizie statistiche sui pazzi pellagrosi della provincia di Bergamo (Considérations et renseignements statistiques sur les aliénés pellagres de la province de Bergame); par le D^r G. Antonini, 14 pages in-8°. Extrait du *Bolletino della Società medica provinciale di Bergamo*, juillet-août 1896.

— Les irresponsables devant la loi; par le D^r Henri Lemesle, avocat à la Cour de Paris. 75 pages in-8°. Paris, Octave Doin, 1896.

— Note sur un cas de pachyméningite hémorragique prise pour une paralysie générale; par le D^r F. Boissier, ancien

interne des asiles d'aliénés de la Seine. 9 pages in-8°. Extrait des *Archives de neurologie*, 1896, n° 8.

— Le régime des aliénés et la liberté individuelle. Discours prononcé à l'audience solennelle de rentrée de la Cour de Bourges, le 16 octobre 1896, par M. Pain, procureur général, 44 pages in-8°, Bourges, 1896.

— La cura del morbo di Basedow con la galvanizzazione e con l'alimentazione di timo fresco (Le traitement de la maladie de Basedow par la galvanisation et par l'alimentation par le thymus frais); par le D^r Domenico Ventra. 18 pages in-8°. Extrait d'*Il Manicomio moderno*. Nocera Inferiore, 1896.

— Traité de médecine légale; par les D^{rs} Tourdes et Metzquer. 1 vol. in-8° de VIII-950 pages, cart. à l'anglaise. Paris, Asselin et Houzeau, 1896.

— Enquête médico-psychologique sur les rapports de la supériorité intellectuelle avec la névropathie. Tome I. Emile Zola; par le D^r Edouard Toulouse. 1 vol. in-12. Paris, Société d'éditions scientifiques, 1896.

— Nouvelles ésotériques; par M. A. B. (M^{me} Ernest Bosc). Avec préface, notes et postfaces de J. Marcus de Vèze. Première série. 1 vol. in-12 de 349 pages. Paris, Librairie des sciences physiques, 1897.

— Des variétés cliniques du délire de persécution. Discours prononcés à la Société médico-psychologique dans les séances du 1^{er} et du 29 juin 1896, par le D^r Jules Falret. 40 pages in-4°. Paris, Masson et C^{ie}, 1896.

— Asile de Maréville. Rapport médical sur la division des hommes pour l'année 1895; par le D^r Vernet, médecin en chef. 25 pages in-8°. Nancy, 1896.

— L'aliénation mentale chez les Arabes. Etudes de nosologie comparée; par le D^r Meilhon. 108 pages in-8°. Paris, Masson et C^{ie}, 1896.

— Les asiles pour la guérison des buveurs; par le D^r Châtelain, avec un avant-propos de M. E. Lambert, président du Comité cantonal neuchâtelois de la Ligue patriotique suisse contre l'alcoolisme. 43 pages in-8°. Neuchâtel, Attinger frères, 1896.

— Folie et tabes; par le D^r Elie Naggar, interne des Asiles de la Seine. 131 pages in-8°. Paris, Henri Jouve, 1896.

— Le Tabes dorsalis dégénérescence du protoneurone centripète; par le D^r Ernest de Massary, ancien interne des hôpitaux de Paris. 132 pages in-8°. Paris, Georges Carré, 1896.

— L'Epilepsie; par le D^r J. Voisin, médecin de la Salpêtrière. 1 vol. in-8° de 420 pages. Paris, Félix Alcan, 1897.

— Third annual report of the Board of Managers of Craig Colony to the state Board of Charities for the fiscal year ending

September 30, 1896. Adopted at the annual meeting, October 13, 1896 (Troisième rapport annuel du Comité d'administration de la colonie de Craig à la commission de charité de l'Etat, pour l'année fiscale finissant le 30 septembre 1896. Adopté à l'Assemblée générale du 13 octobre 1896). 70 pages in-8° avec planches. Buffalo, N. Y., 1896.

— La Foi qui guérit; par le professeur J.-M. Charcot. 38 pages in-8° de la *Bibliothèque diabolique* (collection Bourneville). Paris, aux bureaux du *Progrès médical*, 1897.

— The effect of early optic atrophy upon the course of locomotor ataxia (Effet de l'atrophie précoce du nerf optique sur la marche de l'ataxia locomotrice); par le D^r Pearce Bailey, 8 pages in-12, s. l. n. d.

— Rapports de l'alcoolisme et de la folie. Prophylaxie et traitement des alcooliques; par le D^r Henry Darin. 121 pages in-8°. Paris, J.-B.- Baillière et fils, 1896.

— State of New-York. State Commission in Lunacy. Seventh Annual Report, October 1, 1894, to September 30, 1895. Transmitted to the Legislature April 11, 1896 (Etat de New-York. Septième rapport annuel de la Commission des aliénés de l'Etat, du 1^{er} octobre 1894 au 30 septembre 1895. Envoyé à la Chambre législative le 11 avril 1896). 1 vol. in-8° de 377 pages, cart. à l'anglaise. Albany et New-York, 1896.

— Névropathie et malformation fraternelles. — Dysgraphie émotionnelle. — Note sur un cas d'épilepsie affectant principalement le système nerveux de la vie organique. — Note sur les sensations subjectives de l'odorat chez un épileptique, etc.; par le D^r Ch. Feré. 14 pages in-8°. Extrait des *Comptes rendus de la Société de Biologie*, 1896.

— I limiti della psicologia (Les limites de la psychologie); par le professeur Eugenio Tanzi. Extrait du discours inaugural de l'année académique 1896-1897, 19 pages in-8°, s. l. n. d.

— Considérations médicales sur les sciences dites occultes; par le D^r Pierre Hospital, 20 pages in-8°, Clermont-Ferrand, 1887.

— Cause e profilassi dei disturbi cerebrali del puerperio (Causes et prophylaxie des troubles cérébraux de l'accouchement); par le professeur Guglielmo Cantarino. 8 pages in-8°. Extrait de la *Rassegna d'ostetricia et ginecologia*, 1897.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

— *Arrêté du 17 novembre 1896* : M. le D^r BOUBILA, médecin en chef de l'asile de Marseille, est promu à la classe exceptionnelle de son grade (8,000 fr.).

— *Arrêté du 28 novembre 1896* : M. le D^r BELLETRUD, médecin en chef de l'asile du Mans, est nommé directeur-médecin de l'asile de Pierrefeu (Var);

M. le D^r JOURNIAC, directeur-médecin de l'asile de Pierrefeu (Var), est nommé médecin en chef de l'asile du Mans.

— *Arrêté du 1^{er} décembre 1896* : M. le D^r TRENEL, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Yon (Seine-Inférieure), est promu à la 1^{re} classe de son grade (3,000 fr.).

— *Arrêté du 16 décembre 1896* : M. le D^r GUILLEMIN, médecin en chef de l'asile de Montdevergues (Vaucluse), est promu à la 2^e classe de son grade (6,000 fr.).

— *Arrêté du 24 décembre 1896* : M. le D^r BOUDRIE, médecin en chef de l'asile de Vaucluse (Seine), est promu à la classe exceptionnelle de son grade (8,000 fr.).

— *Arrêté du 1^{er} janvier 1897* : M. le D^r VIGOUROUX, médecin-adjoint de l'asile d'Evreux, est promu à la classe exceptionnelle de son grade (4,000 fr.).

— *Arrêté du 7 janvier 1897* : M. JALABERT, ancien sous-préfet de Bayonne, est nommé directeur de l'asile de Clermont (Oise), en remplacement de M. BRANSOULIÉ, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

— *Arrêté du 18 janvier 1897* : M. le D^r ANGLADE, médecin-adjoint de l'asile de Braqueville (Haute-Garonne), est promu à la classe exceptionnelle de son grade (4,000 fr.).

NÉCROLOGIE

D^r CH. LOISEAU. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de notre excellent collègue, le D^r Ch. Loiseau, décédé à Paris le 4 février 1897, dans sa soixante-treizième année.

Né à Limay (Seine-et-Oise), le 4 novembre 1824, Ch. Loiseau fit ses études médicales à la Faculté de Paris. Nommé

interne de la maison nationale de Charenton, le 12 juin 1851, il entra dans le service du D^r Archambault, dont il devint l'élève préféré. Lorsque cet aliéniste distingué quitta Charenton pour prendre la direction de la maison de santé du D^r Belhomme, à Paris, Loiseau continua d'entretenir avec lui d'excellentes relations; il fit sous sa direction sa thèse sur les *folies sympathiques* qu'il soutint en 1855: il avait abandonné l'internat de Charenton le 27 avril 1854. Cette thèse fut très goûtée, et pour l'étendue de l'érudition et pour le grand sens clinique. Encore aujourd'hui, après plus de quarante ans, après les progrès de la science, on ne la consulte pas sans profit.

Ce début, ses relations dans le monde des aliénistes, l'intérêt qu'il prenait aux études médico-psychologiques, tout semblait diriger Loiseau dans la voie de la médecine mentale. Il n'en fut rien. Il s'installa à Paris, où il ne tarda pas à se créer une belle situation de clientèle. Il n'abandonna cependant pas ses premières études; ayant contribué à la fondation de la Société médico-psychologique, en 1852, il fut un de ses membres les plus assidus pendant près d'un quart de siècle: après avoir été le secrétaire de ses séances durant dix années, il en devint le secrétaire général et la présida en 1874.

Pendant plusieurs années, Ch. Loiseau représenta le IV^e arrondissement au Conseil municipal de Paris et au Conseil général de la Seine; il fut même élu vice-président de cette dernière assemblée. Dans ces diverses fonctions électives, il eut l'occasion de rendre des services signalés à une cause qui lui était chère, celle des aliénés; il contribua à faire prendre dans les asiles de la Seine quelques mesures utiles, qui ont amélioré l'assistance de ces malheureux malades.

Les obsèques de notre regretté collègue ont eu lieu le samedi 6 janvier, au milieu d'un grand concours de confrères et d'amis. De nombreux discours ont été prononcés sur sa tombe; M. le D^r Ritti, parlant au nom de la Société médico-psychologique, s'est exprimé ainsi qu'il suit:

Messieurs,

Il y a quarante-cinq ans, un certain nombre d'hommes distingués, médecins, philosophes et jurisconsultes, s'intéressant aux questions si délicates de la psychologie normale et morbide, décidèrent, sous l'inspiration d'un de nos maîtres les plus éminents, le D^r Baillarger, de mettre en commun leur travail, leurs efforts, pour faire progresser l'objet de leurs études. La Société médico-psychologique de Paris était fondée. Dès le premier jour elle compta au nombre de ses adhérents des penseurs et des psychologues comme Buchez, Cerise, Gerdy, Alfred Maury; des écrivains comme Déchambre, Brochin,

Peisse ; des cliniciens tels que Baillarger, Calmeil, Delasiauve, Falret, Moreau (de Tours) ; des administrateurs comme Ferrus et Parchappe.

Le plus jeune des membres fondateurs de cette nouvelle Société était un étudiant en médecine, à peine âgé de vingt-sept ans, que son maître, le D^r Archambault, dont il avait été l'interne à la maison nationale de Charenton, introduisit dans ce cénacle de savants connus, dont quelques uns même avaient déjà acquis une juste célébrité.

Ce jeune homme à qui les maîtres de la science faisaient l'insigne honneur de le recevoir au milieu d'eux, alors qu'il ne donnait encore que des espérances, était notre regretté collègue Ch. Loiseau, qu'une mort cruelle vient d'enlever à notre amitié.

Il ne tarda pas à prouver qu'il était digne de la faveur dont on l'honorait. Peu d'années après, il soutint devant la Faculté de médecine de Paris sa thèse si remarquable sur les *folies sympathiques*. Le sujet n'était pas neuf ; mais il n'avait pas encore été traité avec une telle originalité, un tel luxe de documents. Aussi, lorsque le jeune docteur vint présenter son travail à la Société médico-psychologique, une discussion des plus intéressantes s'engagea ; elle dura cinq longues séances et presque tous les membres y prirent part. Certes, malgré la thèse, si complète pour l'époque, de notre collègue, malgré la discussion si vive, si instructive de notre Société, et qui a permis de produire tant de faits nouveaux, la question des folies sympathiques n'est pas épuisée ; bien des problèmes difficiles et délicats les concernant, se posent encore à notre esprit. Mais n'est-ce donc rien de nous avoir indiqué la voie, d'avoir posé de sérieux jalons sur la route du progrès ? C'est bien la double tâche qu'ont accomplie, et Ch. Loiseau en traitant dans sa thèse inaugurale d'une des questions les plus controversées de la médecine mentale, et nos maîtres en la discutant, en apportant, en faveur des idées de leur jeune collègue, le poids de leur science et de leur expérience, ou en montrant les points faibles et discutables.

Ce premier succès, son titre de membre de notre Société, désignaient Loiseau pour être placé à la tête d'un de nos services d'aliénés. Les circonstances en décidèrent autrement. Obligé de faire de la clientèle à Paris, il ne se désintéressa cependant pas des études qui lui étaient chères ; il resta assidu à nos séances, prenant part aux travaux, aux discussions ; pendant plus de dix ans, il rédigea les procès-verbaux en qualité de secrétaire et apporta dans cette tâche délicate un grand souci d'exactitude et de probité scientifique. La Société médico-psychologique, reconnaissante, l'élut secrétaire général dans sa séance du 24 décembre 1866. Il succédait à des hommes émi-

nents par le caractère et par l'esprit, à Dechambre, à Cerise, à Brière de Boismont, à Brochin ; mais on peut dire qu'il était leur égal, qu'il sut conserver aux fonctions dont on l'honora, les nobles traditions de dignité et de dévouement que lui avaient transmises ses prédécesseurs.

C'est pendant son secrétariat général que, sur la proposition du D^r Constans, président de l'année 1870, la Société médico-psychologique inaugura cette belle et touchante habitude de prononcer, à la séance solennelle de l'année, l'éloge des membres décédés, offrant ainsi un dernier et public hommage à leurs mérites, un témoignage de reconnaissance pour les services signalés qu'ils ont rendus à la science et à l'humanité.

Ch. Loiseau eut ainsi l'honneur de faire l'éloge de trois de nos plus éminents collègues : Cerise, Mitivié et Falret père. On ne relit pas sans émotion ces pages de notre regretté collègue, où il raconte avec une simplicité touchante la vie si digne et si modeste, en même temps que très bien remplie, de ces savants, dont les qualités et les vertus professionnelles méritent, au même titre que leurs travaux scientifiques, notre respectueuse admiration.

Mais d'autres soucis allaient absorber toute son activité, l'éloigner des calmes discussions de notre Société scientifique. Il fut élu, par le IV^e arrondissement de Paris, conseiller municipal et, par suite, conseiller général de la Seine. Son savoir étendu, ses connaissances pratiques ne tardèrent pas à lui acquérir une grande autorité dans l'une et l'autre de ces deux assemblées. Il s'intéressa surtout aux questions d'assistance publique, qui tiennent — et avec raison — une si grande place dans les préoccupations des philosophes comme des hommes politiques ; il fut un des membres les plus actifs de la commission des asiles d'aliénés, y prit l'initiative de mesures utiles et importantes et fut assez heureux pour les faire exécuter.

En récompense des services qu'il avait rendus à leur Compagnie et, aussi, à la cause des aliénés, les membres de la Société médico-psychologique choisirent Ch. Loiseau pour la présider en 1874. C'est un honneur dont il sentit tout le prix. Lorsque, à la fin de l'année, il descendit du fauteuil de la présidence, il exprima sa reconnaissance avec une émotion communicative : quelque chose d'intime, de cher, semblait se détacher de lui. Depuis vingt-deux ans, il venait au milieu de nous, qu'il considérait comme sa famille intellectuelle ; il y trouvait satisfaction et reconfort, souvenir aussi des luttes passées ; et maintenant qu'avec le temps étaient venus et les soucis de la clientèle et les fonctions électives si absorbantes, il sentait bien qu'il ne pourrait plus être des nôtres, aussi intimement qu'autrefois. Nous fûmes les premiers à regretter

l'absence de ce collègue à l'abord si franc et si ouvert, qui apportait à nos réunions comme une tradition de cordialité et de bonne humeur. Dans les rares apparitions qu'il faisait au milieu de nous, dans ces dernières années, nous suivions avec une douloureuse émotion sur son visage les progrès du mal contre lequel il luttait avec une stoïque énergie, mais qui finit par terrasser cette nature si vigoureuse.

La Société médico-psychologique perd en Ch. Loiseau un des travailleurs de la première heure, le dernier de ses membres fondateurs ; je suis l'interprète des sentiments de tous nos collègues en lui exprimant au bord de cette tombe nos profonds sentiments de douloureux regret et de vive reconnaissance.

Adieu, cher collègue, adieu.

MARTYROLOGE DE LA PSYCHIATRIE (*suite*)

Tentative d'assassinat commis par un persécuté. — Nous avons à enregistrer une nouvelle tentative d'assassinat commise par un aliéné persécuté sur un médecin aliéniste. Notre collègue et ami, le D^r Charpentier, de Bicêtre, a reçu un coup de revolver d'un de ses anciens malades ; hâtons-nous de dire que s'il a été atteint par la balle, il n'a été que légèrement blessé, et adressons-lui nos vives et affectueuses félicitations d'avoir échappé à un grand danger, comme le prouve le récit suivant de l'événement, que nous empruntons au *Progrès médical* (numéro du 30 janvier 1897) :

« Notre collègue et ami, M. le D^r Charpentier, médecin de Bicêtre, a failli être assassiné le 26 janvier, dans son cabinet de consultation. Parmi les premières personnes venues du dehors et admises ensemble dans son cabinet, un homme s'est avancé jusqu'à sa table et, debout en face de notre collègue resté assis, lui a dit : Bonjour, Docteur, est-ce que vous me reconnaissez ? — Oui, répondit aussitôt M. Charpentier, vous êtes Recq, un ancien... Sans le laisser achever, l'ancien malade éleva sa main droite qu'il avait gardée jusque-là dans sa poche, allongea un revolver dont la baguette de sûreté avait été préalablement relevée et tira une balle sur M. Charpentier, en pleine poitrine, presque à bout portant. Le surveillant, M. Siegel, se jeta aussitôt sur le malfaiteur et l'empêcha de tirer un second coup.

« Fort heureusement, la balle a frappé le sternum, contre lequel elle s'est aplatie déterminant une plaie contuse avec hémorragie modérée.

« Pendant qu'on procédait au pansement, l'auteur de la tentative d'assassinat était conduit dans une cellule à la Sûreté, où les agents de police du Kremlin sont venus le prendre.

« Le meurtrier se nomme Recq (Jean-Marie); il est né à Fleu-

rines (Oise), le 24 mars 1852. C'est un ancien aliéné de Bicêtre, où il a été soigné par le D^r Charpentier, du 8 octobre 1888 au 23 janvier 1890. Lorsqu'il a été amené à Bicêtre, il venait de l'asile d'Evreux, où il avait été transféré de la maison centrale de Gaillon.

« Les idées de persécution sont constatées par tous les médecins, qui l'ont examiné. Lorsque le directeur de Bicêtre, M. Pinon, lui a demandé la raison qui l'avait poussé à commettre son attentat, il a répondu qu'il avait été séquestré injustement pendant une partie de son existence, soit dans les prisons, soit dans les asiles, qu'on avait toujours refusé de lui rendre justice, et qu'il avait voulu, en tuant ou blessant un de ses anciens geôliers, attirer l'attention sur lui, passer en Cour d'assises, obtenir une réparation. Il disait cela d'un ton très calme, avec une figure reposée.

« Le dernier certificat rédigé par le D^r Charpentier, à la date du 20 janvier 1890, et qui a déterminé la sortie de Recq, est ainsi conçu : « Aliéné persécuté persécutant, qui, sous l'influence de la séquestration prolongée, est devenu calme, « travailleur, soumis et a abandonné ses idées délirantes. Il « paraît avoir de bonnes intentions et nous paraît pouvoir être « mis en liberté. Mais nous ne pouvons affirmer qu'il sera à « l'abri de rechute et qu'il ne sera pas de nouveau dangereux. »

« L'accident n'a pas eu de suite. M. Charpentier a pu continuer son service et nous sommes heureux de lui renouveler, à cette occasion, l'expression de notre vieille amitié. — B. »

PRIX DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

L'Académie des sciences a tenu sa séance publique annuelle, le lundi 21 décembre 1896, sous la présidence de M. Cornu. 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. Un prix de 2,500 francs est décerné à M. le D^r LEGRAIN, médecin à l'asile d'aliénés de Ville-Evrard, pour ses travaux sur l'alcoolisme.

Une mention honorable est accordée à MM. les D^{rs} BROCA, chirurgien des hôpitaux de Paris, et MAUBRAC, de Paris, pour leur ouvrage sur la *Chirurgie cérébrale*.

Prix Lallemand. — 1,800 francs. — Le prix est décerné à M. RAPHAEL DUBOIS, professeur à la Faculté des sciences de Lyon, pour son *Etude sur le mécanisme de la thermogenèse et du sommeil chez les mammifères; physiologie de la marmotte*.

ÉPIDÉMIE DE FOLIE RELIGIEUSE AU BRÉSIL

La région intérieure de l'Etat de Bahia, autour de Joazeiro, est depuis quelque temps le théâtre des sanglants exploits d'une armée de fanatiques s'élevant à trois ou quatre mille hommes, femmes et enfants.

Elle a à sa tête un individu nommé Antonio Conselheiro, natif de Ceara, qui se fait passer pour le Christ, laisse croître ses cheveux, s'affuble d'une tunique bleue et se fait appeler le « bon Jésus » par la foule de métis et de nègres ignorants qui le suivent. Cet illuminé a des extases où il prétend recevoir des inspirations de Dieu ; il est entouré de douze lieutenants qu'il appelle ses apôtres et dont le principal est un certain João Abbade, qui mène les troupes au combat. Il prêche la guerre sainte pour la religion et la monarchie et déclare qu'il ira jusqu'à Rio-Janeiro.

Les agissements de cette armée de fanatiques et de bandits ont pris un tel caractère de gravité que le gouvernement de Bahia, qui jusqu'à présent avait toléré Conselheiro et ses sectaires, a envoyé contre lui des forces de police qui ont déjà eu plusieurs engagements avec les agitateurs. Mais le « bon Jésus » a inspiré à ses fidèles un dévouement tellement aveugle qu'ils se battent comme des lions, et que ceux qui ne sont pas armés de carabines, se précipitent sous les balles, armés d'un simple coutelas, de croix et d'images saintes, au-devant des soldats. Ils sont convaincus, par les prédications de leur chef, que ceux qui tomberont dans les combats ressusciteront au bout de quinze jours, que des légions d'anges combattent pour eux et que le ciel les attend.

Cent cinquante d'entre eux sont ainsi tombés dans un engagement qui a eu lieu à Aua et où, d'ailleurs, les forces de police ont été très éprouvées. Des renforts sont envoyés, avec un canon Krupp, pour déloger et disperser cette bande qui s'est retranchée dans les gorges des montagnes à Canudos, et mettre fin à un mouvement qui pourrait être plus grave qu'il ne paraît au premier abord, car on a saisi deux caisses d'armes envoyées d'Alagoinhas à ces fanatiques.

Bien que décimée dans les engagements, l'armée de Conselheiro voit affluer de nouvelles recrues et, d'autre part, aucun de ses sectateurs n'ose l'abandonner. Récemment, l'un d'eux ayant voulu se retirer avec sa famille a été massacré. Par ces procédés terroristes joints à l'imposture, le chef conserve sur sa bande un ascendant tout-puissant qui rappelle assez celui du Vieux de la Montagne sur les *haschischins* fanatisés ou du « Maître de Hongrie » sur les Pastoureaux du moyen âge. (*Le Temps*, numéro du mardi 5 janvier 1897.)

CAS DE FOLIE RELIGIEUSE A DEUX

Quel petit roman digne de la plume d'un Tolstoï ou d'un Tourguenef que celui de ces deux jeunes filles russes qui viennent d'être enfermées pour monomanie religieuse à l'hospice des aliénés de Rome, en attendant qu'on s'occupe de leur rapatriement.

Madeleine Kundorf et Agathe Ostszewska partaient, au mois de mars dernier, de leur village situé aux confins de la Pologne russe, pour accomplir à pied un double pèlerinage expiatoire : celui de Notre-Dame de Lourdes et celui de Rome. Elles arrivèrent à Rome il y a quelques jours.

Agée de vingt-trois ans, Madeleine, fille d'un sellier, est d'une taille un peu au-dessous de la moyenne; forte et grasse, malgré la vie de privations qu'elle a dû s'imposer dans ces derniers temps; ses traits, encadrés d'abondants cheveux châtain clair, n'ont rien de déplaisant.

Agathe, beaucoup plus grande que sa compagne, a un an de moins que celle-ci. Bien que fille d'un bouvier, elle a des traits délicats, la taille fine; c'est une blonde aux yeux bleus et vifs, à la carnation rosée, mais l'expression dominante de la physiologie est celle d'un mysticisme austère.

Parties toutes deux sans argent, n'ayant chacune pour tout bagage que leur grossier costume à tournure monastique, un livre de prières rempli d'images de dévotion, des scapulaires, des médailles, des reliques autour du cou, à la main un long bâton, surmonté d'une croix, un simple voile noir sur la tête en guise de coiffure, elles ont fait leur longue route à pied, ne vivant absolument que d'aumônes en nature. Arrivées enfin à Saint-Pierre, la force quasi surhumaine qui les avait soutenues jusque-là sembla tout à coup les abandonner. Agenouillées devant la balustrade qui entoure le tombeau des Apôtres, elles furent prises de défaillance et restèrent étendues sur le marbre du pavé, immobiles, inanimées.

Les gardiens de la basilique s'empressèrent autour d'elles et les portèrent à la sacristie où un peu de vin les fit revenir à elles. Ce qu'elles savaient d'italien leur permit de faire comprendre qu'elles venaient de la Russie. Un prêtre polonais, desservant de la petite église de Saint-Michel in Borgo, fut aussitôt appelé. Après les avoir interrogées, il s'occupa de leur procurer auprès d'une de ses ouailles l'abri et les soins dont elles avaient le plus pressant besoin.

La dame voulut bien donner l'hospitalité aux protégées du curé, mais elle ne tarda guère à regretter ce bon mouvement. Nos deux pèlerines, en effet, ne laissaient plus de repos pendant

la nuit, ni à la charitable femme, ni aux voisins. Elles ne faisaient que chanter d'interminables litanies dans leur langue maternelle et s'administraient réciproquement des coups de discipline pour conjurer Dieu, la Vierge et les saints de les délivrer des tentations du démon. Fort heureusement que tout ce bruit cessait avant l'aube, le moment étant alors venu pour les jeunes filles de recommencer leurs visites et leurs longues stations de prières aux églises de Rome. Quand elles rentraient, à la nuit tombante, elles se contentaient, pour réparer leurs forces, de quelques croûtes de pain trempées dans l'eau, et après un court repos, elles reprenaient leurs matines de pénitentes.

Un tel régime ne pouvait que faire sentir son influence désastreuse sur le cerveau déjà passablement déséquilibré des pauvres filles. Un soir, Madeleine, au lieu de se coucher, voulut sortir de nouveau pour aller prier dans les églises. La dame hospitalière s'y opposa ; mais devant une excitation insolite de sa pensionnaire qui menaçait de se jeter par la fenêtre, elle crut bon, pour éviter ce malheur, de lui ouvrir la porte et de la laisser aller, tandis que sa compagne, qui durant tout ce temps, n'avait cessé de prier devant une Madone en se frappant la poitrine et la tête, continuait imperturbablement ses oraisons.

Madeleine, libre de ses mouvements, descendit rapidement l'escalier et se dirigea vers Saint-Pierre. Ayant trouvé la grille de l'église fermée, elle se suspendit aux énormes barreaux de fer qu'elle essaya de secouer en jetant des cris inarticulés de folle furieuse. Attirés par le tapage, des agents de la sûreté eurent beaucoup de peine à lui faire lâcher prise et à la conduire au poste de police voisin situé derrière la colonnade. L'accès de fureur de la jeune fille ne paraissant pas près de se calmer, un médecin fut mandé, qui ordonna d'urgence son transfert à l'hospice des aliénés.

Deux jours se passèrent pendant lesquels Agathe, restée à la maison, ne fit que prier et pleurer, demandant sans cesse qu'on lui rendît « sa sœur ». Enfin, ne la voyant pas revenir, elle sortit le matin, résignée, fort calme en apparence, pour se rendre à la petite église de Saint-Michel. Là, elle se mit à genoux devant la porte de la sacristie et parut s'absorber bientôt dans ses prières. Tirée enfin de son recueillement par le sacristain qui voulait dégager le passage devant un prêtre qui allait dire sa messe, Agathe se releva soudain, furieuse, en brandissant son crucifix de cuivre contre le pauvre homme tout surpris par cette attaque inattendue. La scène qui s'ensuivit et dont les péripéties se déroulèrent jusqu'au pied du maître-autel, serait trop longue à raconter dans ses détails.

Qu'il suffise de dire qu'après une lutte énergique, Agathe,

désarmée par les personnes présentes, était remise entre les mains des agents et conduite à son tour au Manicomio, pendant que le sacristain allait faire soigner à l'hôpital de San Spirito une blessure assez grave à la tête.

Cette blessure ayant entraîné effusion de sang dans le lieu saint, l'église dut être immédiatement fermée, et ce n'est qu'après l'accomplissement des cérémonies rituelles usitées en pareil cas que les portes en ont été rouvertes le lendemain.

Le consulat de Russie a été saisi de l'affaire. (*Le Petit Temps*, numéro du samedi 12 décembre 1896.)

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ

Mélancolie suicide et homicide. — On écrit de Boulogne-sur-Mer au *Journal des Débats* (numéro du 12 décembre 1896) :

Ce matin, à cinq heures et demie, un drame épouvantable a jeté la consternation dans la commune d'Hydrequent.

Un tailleur de pierres, nommé Auguste Baclet, en proie vraisemblablement à un accès de folie, a déchargé son revolver sur sa fille et son fils, âgés de huit ans et de neuf ans, et sur une petite nièce orpheline qu'il avait recueillie. Après quoi Baclet s'est tué.

Au bruit des détonations, une fille d'un premier lit de la dame Baclet, que le meurtrier avait enfermée dans sa chambre, a sauté par la fenêtre et a couru chez les voisins.

Quand ceux-ci pénétrèrent dans la maison, Baclet était mort, sa nièce aussi. Quant à Augusta Baclet et au petit Paul, ils gisaient inanimés dans le lit de leur père, frappés l'une d'une balle à la tempe, l'autre le cou troué.

Ces pauvres enfants, transportés à la gare de Marquise dans de petites petites voitures, ont été dirigés en chemin de fer sur Boulogne et admis d'urgence à l'hospice de cette ville. Leur état est grave. On ne pourra tenter que demain l'extraction des projectiles.

La femme de Baclet, en ce moment en journée à Beuvrequent, avait couché dans la maison où elle travaillait. La nouvelle de ce drame l'a rendue folle.

Baclet, ouvrier rangé, sobre, économe, donnait des signes de dérangement d'esprit depuis qu'il avait acquis la maison où s'est passée cette sanglante tragédie.

Il prétendait avoir fait une mauvaise affaire et compromis l'avenir de ses enfants.

Un aliéné escroc. — Un ancien maître d'armes, Georges Léger, était, il y a quelques jours, interné comme fou, à l'hospice de la Ville-Evrard. Hier, il parvenait à s'échapper. Aussitôt libre, il se rendit à Clamart et, dans un estaminet de cette

localité, il faisait la connaissance de deux personnes qu'il invitait à déjeuner. Quand on lui présenta l'addition s'élevant à cent cinquante-deux francs, il déclara qu'il n'avait pas d'argent, mais que la note serait payée rue de Rennes, chez M^{me} de V... Le restaurateur accompagna Georges Léger, dont il paya le voyage, à cette adresse ; mais là M^{me} de V... était inconnue. Il fit arrêter Georges Léger qui a été réintégré à l'hospice de la Ville-Evrard. (Le *Temps*, numéro du mardi, 5 janvier 1897.)

Triple assassinat, suicide et incendie commis par un aliéné. — On écrit de Laon au *Temps* (numéro du dimanche, 10 janvier 1897) :

« Un épouvantable drame a eu hier pour théâtre le pittoresque petit village de Merlieux-et-Fouquerolles, à quelques kilomètres d'Anizy-le-Château.

« Le sieur Chedeville, un petit cultivateur, a tué sa femme et ses deux enfants, âgés l'un de dix et l'autre de six ans, puis, s'enfermant dans sa maison, il y a mis le feu.

« Préalablement, il avait empilé derrière les portes des sacs de farine, coupé les instruments pour empêcher le sauvetage ; il avait même rentré les ruches d'abeilles qui furent brûlées. On croit (car les corps sont tellement carbonisés qu'il est impossible de reconnaître les traces de coups) que Chedeville a étranglé sa femme et ses enfants, puis les a portés au grenier où, après avoir mis le feu, il s'est pendu.

« Les corps ont été retrouvés dans la pièce du bas, en tas, tombés en même temps que le plafond.

« Tous les bestiaux (vaches, cheval) sont brûlés avec la maison.

« Chedeville avait trente-neuf ans ; il avait servi au Tonkin. On croit à un accès de folie. »

Aliénée abandonnant son enfant. — On lit dans le *Temps* (numéro du lundi, 18 janvier 1897) :

« Dans la matinée de jeudi, un adjudant de dragons trouvait sur une route, à Compiègne, une petite fille de cinq ans, pieds nus, transie de froid, qu'il s'empressa de transporter à la police, puis à l'hôpital, où elle ne tardait pas à succomber.

« La publicité donnée à cet événement fit accourir à l'hôpital un sieur Paul Cézille, ancien militaire, demeurant à Haramont près de Villers-Cotterets, qui reconnut aussitôt sa fille. Sa femme, folle depuis le mois de septembre, était partie avec l'enfant qu'elle avait abandonnée, tandis qu'il les cherchait dans la forêt de Villers-Cotterets.

« La folle a été arrêtée dans la forêt de Laigue. »

Un aliéné parricide. — On télégraphie de Brest au *Figaro* (numéro de samedi, 16 janvier 1897) :

« Dans un moment de folie, un jeune homme de dix-huit ans, Allain Servais, qui habitait avec ses parents la ferme de Labon, commune de Bourg-Blanc, a tué sa mère à coups de hache.

« Sa sœur Augustine, âgée de vingt et un ans, s'étant portée au secours de sa mère, reçut un coup de hache sur le poignet. La blessure est grave.

« Servais s'est enfoui dans les bois où la gendarmerie le recherche. » — Il a été arrêté le lendemain.

TRIBUNAUX

L'ivresse et le divorce. — L'ivresse est-elle une cause de divorce ? Telle a été la question que les juges ont eu à résoudre, sur la demande d'une femme mariée. Après enquête et contre-enquête, le tribunal (4^e chambre présidée par M. Bidault de l'Isle) a jugé que, « si le mari se laissait aller parfois à boire un peu plus que de raison, cette intempérance n'a pas revêtu un caractère habituel et scandaleux qui permette de la considérer comme une injure grave au regard de la femme ».

« En conséquence, la demanderesse a été déboutée de sa demande en divorce et condamnée aux dépens. (*Le Temps*, numéro du 1^{er} janvier 1897.)

Le divorce des aliénés. Un mari infidèle à sa femme internée dans une maison de fous. — Sous ce titre, le *Matin* publie, dans son numéro de lundi, 4 janvier 1897, l'article suivant :

« On sait qu'en France, à la différence de ce qui se passe dans certaines législations étrangères, l'aliénation mentale n'est pas une cause de divorce.

« La loi du 20 septembre 1792 admettait la démence comme cause de divorce, mais les législateurs du Code civil l'avaient déjà éliminée. En 1882, la question se posa de nouveau devant la Chambre des députés par un amendement de M. Guillot, qui envisageait la folie comme une cause de mort morale, et en concluait « qu'il était contraire à toute vérité de maintenir un lien rattachant un être vivant et libre à un corps sans âme ». La commission, se plaçant sur ce terrain, fit appel à la science des docteurs Blanche, Charcot et Magnan. Ces trois spécialistes émirent l'avis que l'amendement proposé par M. Guillot devait être rejeté. La Chambre accueillit les conclusions des docteurs Blanche, Charcot et Magnan.

« Aujourd'hui, la jurisprudence assimile à l'aliénation mentale l'épilepsie et toutes autres maladies ou infirmités de cet ordre.

« On ne peut donc, pour cause de démence, obtenir le divorce contre un aliéné. Mais un aliéné peut-il, lui, pour l'un des quatre cas prévus par la loi, faire prononcer à son profit, contre son conjoint, le divorce ou la séparation de corps ?

« Le législateur de 1882 a répondu affirmativement à la question et fixé la procédure à suivre, par le tuteur de l'aliéné, judiciairement interdit, pour arriver au but désiré. Pour que l'instance en divorce soit valablement engagée, il suffit que le tuteur se soit, au préalable, muni de l'autorisation du conseil de famille de l'aliéné. Cette seule autorisation suffit. L'aliéné, dont la volonté n'est pas libre, n'est même pas consulté.

« Les cas de divorce ou de séparation de corps prononcés dans de semblables conditions sont extrêmement rares. Aussi, empressons-nous de signaler un jugement de la troisième chambre du tribunal civil de la Seine qui, sur la demande du tuteur de M^{me} X..., internée dans une maison d'aliénés, vient, pour cause d'adultère du mari, de prononcer le divorce à l'encontre de M. X...

« Et si M^{me} X... revenait jamais à la raison, pardonnerait-elle à son tuteur de ne pas s'être montré plus miséricordieux ? »

Irresponsabilité pénale du personnel d'un asile pour un crime commis dans l'établissement. — On écrit de Rome au *Temps* (numéro du mercredi 10 février 1897) :

« Après bien des aléas, des renvois et des tergiversations, résultats d'avis contradictoires entre le ministère public et le juge d'instruction, l'affaire de l'assassinat du marquis Berardi, administrateur en chef de l'hospice des aliénés de Rome, à la Lungara, — assassinat commis dans cet établissement, par un des pensionnaires, il y a plus d'un an, — est enfin venue devant la septième chambre du tribunal « pénal ».

« Un infirmier (vingt et un ans), un chef surveillant (trente-cinq ans), un médecin et le directeur du Manicomio y ont seuls comparu, sous l'inculpation d'avoir, en leurs qualités respectives, « par négligence, impéritie et inobservance des règlements », occasionné, ou laissé se produire la mort de l'administrateur Berardi, tué par un aliéné de la surveillance et du traitement duquel ils avaient la responsabilité.

« La figure la plus caractéristique est celle qui ne *figure* pas personnellement au procès, celle de l'assassin : l'aliéné Bruno Natale. Le dossier, toutefois, est passablement fourni de ses écrits autographes et d'études médicales sur son compte.

« Cet individu, qui est âgé d'une trentaine d'années et qui était considéré comme tranquille, a été enfermé à la Lungara (lisez : Charenton), comme sujet au délire de la persécution, manie qui, chez lui, offre pourtant plus d'un point de dissem-

blance notable avec les caractéristiques habituelles d'une telle affection. Pourvu d'une certaine culture, puisée un peu à tort et à travers dans toutes sortes de livres, Bruno a partagé la société en deux simples classes : exploités et exploités. Jusqu'ici rien de bien neuf, n'est-ce pas ? Mais où perce d'une façon sinistre l'oreille du dément, c'est dans le « Code de mort » (*Codice mortale*) qu'il a élucubré et écrit dans ses moments de loisirs, et où l'énumération des crimes des humains est accompagnée de celle des peines qui doivent, selon lui, y correspondre ; car, se considérant comme supérieur de cent coudées au « nommé Dieu », Bruno Noël (*Natale*) a édicté lui aussi sa Loi, la Loi, la seule juste, bien entendu.

« Rien d'étonnant, dès lors, à ce qu'il se considère comme un grand justicier, comme le Justicier suprême. Et, en effet, il fut assez difficile, après qu'il eût commis son meurtre, de tirer de lui quelque explication sur le mobile de son acte. Il ne condescendit à parler qu'après avoir fait dûment reconnaître, *a priori*, au représentant de la justice italienne, — combien inférieure et mesquine à ses yeux ! — qu'il « avait bien fait de faire ce qu'il avait fait ». Cette prémisses admise, Bruno raconta alors qu'un jour, harrassé de travail, tout ruisselant de sueur (il était occupé avec d'autres compagnons d'hôpital à construire un séchoir près la buanderie du Manicomio), ayant entendu l'administrateur se plaindre ouvertement que l'on travaillait avec trop de mollesse, il l'avait, dès cet instant, lui, Bruno Natale, condamné à mort ! Pas plus tard que le lendemain, juge et exécuteur à la fois, le terrible fou étendait le marquis à ses pieds d'un formidable coup de levier en fer appliqué sur la nuque.

« Outre son *Code de mort*, l'assassin a encore écrit des *Dialogues* non moins funèbres, où il fait intervenir sa malheureuse victime pour la convaincre, à force de *raisonnements* abracadabrants, qu'elle avait bien mérité ce qui lui est arrivé, et l'amener, en fin de compte, à remercier son meurtrier pour la « petite leçon » qu'il lui a donnée !

« Le tribunal a acquitté tous les prévenus comme irresponsables de l'assassinat commis par le fou. »

FAITS DIVERS

Folie consécutive à l'abus du cyclisme. — *Le Temps* (numéro du mardi 15 décembre 1876) raconte qu'à la suite d'une grande course de bicyclettes de six jours, organisée à New-York et dans laquelle les deux champions Hale et Rice, qui ont obtenu les deux premiers prix, ont fourni une course de près de 2000 milles,

ont éclaté, chez ceux-ci et chez d'autres coureurs, des troubles mentaux très sérieux.

« Les champions, ajoute notre confrère, étaient parvenus à un tel état d'excitation nerveuse que la plupart donnaient des signes caractéristiques d'aliénation mentale. Taylor, un coureur nègre, après avoir couru deux jours, a refusé de prendre aucune nourriture, en accusant ceux qui l'entouraient de vouloir l'empoisonner. Hale et Rice divaguaient comme des fous.

« Des médecins présents ont déclaré que cette folie était purement passagère, mais pourrait devenir chronique si un pareil surmenage se prolongeait longtemps. »

Incendie à l'asile d'aliénés de Bégard. — On télégraphie de Saint-Brieuc, 22 décembre 1896, à l'Agence Havas :

Cette nuit, un violent incendie a détruit en partie l'important asile d'aliénées-femmes de Bégard, dirigé par les religieuses du Bon-Sauveur et occupé par 800 folles, la plupart appartenant au département de la Seine.

Le feu s'est déclaré à sept heures du soir dans l'église communale à la suite d'une imprudence d'un sacristain. Il a gagné la communauté contiguë et a détruit une grande partie du bâtiment central. L'église est complètement brûlée.

Les folles ont pu être éloignées à temps.

Les secours ont été apportés de Guingamp, distant de 15 kilomètres par les pompiers et le 48^e régiment d'infanterie.

On ne signale aucun accident de personne.

La folie du jeûneur Succi. — Succi, le célèbre jeûneur, est subitement devenu fou chez lui, 10, rue Caumartin. Il venait de rentrer cette nuit, lorsque, pris subitement d'une crise furieuse, il saisit un porte-parapluie en fonte et se mit à briser tout dans les deux petites pièces qu'il avait louées toutes meublées. Au bruit, les voisins accoururent, suivis du concierge, et des gardiens de la paix. Succi leur jeta à la tête tout ce qui lui tomba sous la main : flambeaux, bouteilles vides, bijoux, etc. On dut le ligoter pour l'emporter au poste de l'Opéra.

Là, le malheureux jeûneur se calma un peu et resta trois quarts d'heure dans le corps de garde, riant et chantant, puis vint une nouvelle crise, après laquelle on le conduisit à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

Succi avait commencé, le 3 décembre à l'Olympia, un jeûne qui devait durer quarante jours, mais qu'il dut interrompre au bout de deux semaines. Depuis lors, il était sombre et pourtant chaque soir il se rendait dans cette salle de spectacle où semblaient s'aviver continuellement ses regrets de n'avoir pu remplir ses engagements. (*Le Temps*, numéro du vendredi 25 novembre 1896.)

Brutalités d'un infirmier d'aliénés. — On télégraphie de Toulon au *Petit Journal* (numéro du samedi 26 décembre 1896) :

Ces jours derniers, au cours des travaux manuels de l'asile de Pierrefeu (Var), un gardien trouvant qu'un pensionnaire n'allait pas assez vite en besogne, se mit à le rudoyer. A un moment donné ce gardien, entrant dans une véritable fureur, porta, dit-on, un si violent coup de pied au fou que le malheureux tomba sans connaissance.

Son état était si grave qu'on le transféra à l'hôpital de Toulon, où on constata des lésions de la vessie produites par le coup de pied. L'aliéné Queirel, né à Cuers en 1847, dut subir une cruelle opération qui réussit parfaitement.

Mais quelques jours plus tard une aggravation se produisit et le blessé succombait à la suite d'une infiltration. Le gardien a été arrêté et transféré à la prison de Toulon où le parquet procède à une instruction.

Un cas d'hallucination visuelle collective. — On télégraphie de Perpignan au *Temps* (numéro du mardi 12 janvier 1897) :

« Une vieille marchande de pommes de terre, demeurant dans un misérable logement de la rue Voltaire, attire en ce moment dans son taudis la population perpignanaise. Elle prétend que la Vierge lui apparaît dans une bouteille.

« Cette bouteille, mise sous un globe de verre, a été placée sur une commode où la pauvre vieille a dressé une sorte de chapelle qu'elle a ornée de fleurs et de rubans.

« Elle est remplie d'eau de Lourdes et, par une étrange bizarrerie, cette eau, en déposant ses impuretés, a formé sur les parois du verre une sorte de concrétion rocailleuse, d'une couleur brun foncé, ayant à l'aspect une vague ressemblance avec la grotte de Lourdes. C'est dans un creux de cette simili-grotte que la bonne vieille croit voir lui apparaître la figure de la Vierge.

« La vieille marchande de pommes de terre espère que, dans une quinzaine de jours, la Vierge (dont elle ne voit à présent que le visage et le rosaire), apparaîtra tout entière et sortira complètement de la grotte pour opérer de grands miracles.

« En attendant, c'est une procession ininterrompue de visiteurs chez la bonne femme. Beaucoup d'entre eux prétendent voir la Madone et tombent en prières devant la mystérieuse bouteille. »

La folie du marcheur Grandin. — On a annoncé, ces jours derniers, que le fameux Grandin avait formé le projet de couronner sa longue carrière de marcheur, en se rendant, toujours à pied, dans l'Afrique orientale et en Abyssinie. Or, paraît-il, Grandin vient de devenir subitement fou.

Depuis son retour de Jérusalem, il y a deux mois environ,

l'infatigable marcheur se reposait. Installé dans une petite villa dans les environs des Mureaux (Seine-et-Oise), il mettait à profit la maxime du fabuliste :

Quiconque a beaucoup vu
Doit avoir beaucoup retenu,

... et il écrivait ses « Mémoires ».

L'avant-dernière nuit, un fusil sur une épaule et sur l'autre un aviron, il se mit à parcourir à grands pas les rues du village des Mureaux, chantant et hurlant ; il brisa à coups de pierres les vitres des fenêtres du bureau de poste et de la mairie, et se livra à mille excentricités. Le matin venu, il se dirigea vers la petite rivière qui traverse la commune, et s'y baigna, tout habillé. Il ne se déshabilla qu'au sortir de l'eau ; il se rendit alors, complètement nu, à la mairie : « Je viens me faire inscrire sur la liste électorale, » déclara-t-il gravement aux passants accourus.

Les gendarmes de Meulan furent prévenus et emmenèrent Grandin. La famille de celui-ci habite Saint-Germain, où le fameux marcheur, qui s'est un moment laissé séduire par les attraites de la vie publique, a été conseiller municipal (*Le Temps*, numéro du vendredi 22 janvier 1897).

Cet accès n'a duré que peu de temps ; car, si l'on en croit les journaux, Grandin, après quelques jours de traitement, a pu reprendre la suite de ses pérégrinations.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Prix proposé pour l'année 1897.

PRIX AUBANEL. — 2,400 francs. — *Les auto-intoxications dans leurs rapports avec les délires.*

Nota. — Les mémoires manuscrits, doivent être déposés le 31 décembre 1897, chez M. le D^r Ant. Ritti, médecin de la Maison centrale de Charenton, secrétaire général de la Société. Ils devront être inédits et pourront être signés ; ceux qui ne seront pas signés seront accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les nom et adresse des auteurs.

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Pathologie

UNE

FORME DE DÉLIRE SYSTÉMATISÉ

DES PERSÉCUTÉS PERSÉCUTEURS

LE DÉLIRE DE REVENDICATION

Par le Dr **A. CULLERRE**

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

Les mémoires de MM. Pailhas et Régis (1) sur un trouble mental ayant pour point de départ une déviation de l'instinct de propriété m'engagent à présenter ici deux cas très analogues, quant à la matière du délire, à ceux qu'ils ont publiés, mais différents quant aux circonstances de fait qui ont motivé les enquêtes judi-

(1) B. Pailhas. Etats monomaniaques liés à une déviation de l'instinct de propriété (*Comptes rendus du Congrès des aliénistes et neurologistes de Bordeaux*, 1895). — E. Régis. Un cas de délire raisonnant de dépossession (*Annales méd.-psych.*, 1896).

ciaires dont les individus que je vais présenter au lecteur ont été l'objet. Il ne s'agit plus, en effet, de gens refusant de s'incliner devant les décisions de la justice et de sortir de biens dont un jugement les a dépossédés, mais de persécutés se croyant indûment frustrés de biens à la possession desquels ils se prétendent des droits imaginaires ; qui, envers et contre tous, s'en emparent en vertu de ces prétendus droits et s'y maintiennent par la force. C'est pourquoi l'on me pardonnera l'expression nouvelle de *délire de revendication* (1) que j'emploie pour désigner le trouble mental de ces malades ; expression à laquelle je n'attache d'autre importance que celle de désigner d'une façon précise le genre d'idées qui sert de pivot à leurs conceptions délirantes.

Mes observations diffèrent de celles des auteurs précédents, surtout en ce que le trouble mental y est plus complexe, la désorganisation des idées plus avancée et en ce que, par certains symptômes, le tableau clinique se rapproche du délire de persécution ordinaire. Et pourtant, que de ressemblances si l'on envisage la nature des conceptions délirantes, l'attitude des malades vis-à-vis de la justice, la façon dont ils interprètent ses décisions, leur conception unilatérale si bizarre du droit et la façon dont ils justifient et défendent leurs prétentions ! Il y a là tout un coin peu connu de la folie systématisée qu'il serait bien intéressant d'explorer à la lumière de nombreuses observations nouvelles.

OBSERVATION I. — D... (François), quarante-huit ans, admis le 5 avril 1887, appartient à une famille de petits cul-

(1) Revendication : terme de jurisprudence, action de revendiquer. La revendication d'un terrain. Revendiquer : réclamer une chose qui nous appartient et qui est entre les mains d'un autre (*Grand Dictionnaire de Littré*).

tivateurs qui, au moment de la conscription, ont voulu le racheter du service militaire pour conserver ses bras à leur petite exploitation agricole. Son père s'associa avec quatre autres pères de famille en une sorte d'assurance mutuelle, moyennant la somme de 600 francs ; mais, tombé au sort, D... préféra partir au service, de sorte que son père, au lieu de lui acheter un remplaçant, encaissa la part qui lui revenait dans l'association, soit 1,000 francs. Ce fait est important à connaître, car il est le point de départ du délire qui se manifestera plus tard, chez D... Il se persuada, en effet, que cette somme de 1,000 francs lui appartenait et que son père devrait lui en tenir compte un jour.

Revenu en 1865, au bout de sept ans de service, avec le grade de sergent de deuxième classe, D..., qui ne s'entend pas avec son frère, ne reste pas à la maison paternelle et obtient une place de facteur au chemin de fer. Il donne sa démission au bout de deux ans, parce qu'on lui faisait des injustices, qu'on ne tenait pas les promesses qu'on lui avait faites et qu'il craignait de succomber à l'excès de travail.

Alors il prend un nouvel engagement militaire de cinq ans en 1869. Il fait la guerre de 1870, est prisonnier en Prusse, où il tombe gravement malade d'une sorte de gastrite dont il ne guérit qu'au bout de plusieurs mois de régime lacté, et est enfin libéré en 1874, avec le grade de sergent.

Revenu au pays, il travaille de côté et d'autre comme ouvrier jardinier jusqu'en 1876, époque de la mort de son père. Au moment du règlement de la succession, il se déclare lésé parce qu'on devrait lui tenir compte de l'argent qui a été versé à son père lors de son départ sous les drapeaux et qui, selon lui, doit constituer à son profit un avantage considérable grâce au jeu des intérêts. Il refuse en conséquence de signer les actes préparés par le notaire. Sa mère étant morte en 1879, D..., qui a cessé toutes relations avec sa famille, et qui n'en est avisé que par les lettres du notaire le mettant en demeure de venir régler la succession, refuse de nouveau de participer à tout arrangement. Il prend néanmoins possession d'une partie du bien laissé par ses parents, se contentant provisoirement, nous dit-il, de la part qui lui est assignée par le notaire, mais réservant tous ses droits.

Il enclôt son terrain de barrières cadenassées, mais englobe une part des terrains appartenant aux voisins, sous prétexte que ces terrains constituaient, au temps de son grand-père, un

passage commun qui, au bout de trente ans, doit rentrer dans la famille. Il coupe les ceps de vigne plantés sur les terrains anticipés qu'il défriche.

Arrêté et incarcéré, il est condamné par le tribunal à six mois de prison. Il fait appel à la Cour de Poitiers, qui confirme, et en cassation sans plus de succès. Sa peine purgée, il revient chez lui en 1881. Nouveau délit, nouvelle condamnation à un mois.

Comme il ne paie pas les frais qui lui incombent du fait de ces condamnations, son bien est vendu par autorité de justice et acheté par son frère. D... ignore tout, considère la vente comme non avenue et continue à jouir en propriétaire légitime et à anticiper sur le terrain des autres. Plusieurs années se passent ainsi. En 1887, cependant, les propriétaires dépouillés et lésés veulent en finir. Repoussés par D... qui les menace, ils reviennent avec deux gendarmes. D... reçoit ces derniers à coups de pioche et c'est à grand'peine qu'ils parvinrent à le ligotter et à le déposer en lieu sûr. C'est alors que je fus chargé avec deux confrères de La Roche-sur-Yon, les D^{rs} Bouriau et Blé, d'examiner son état mental.

Ce qui va suivre est extrait du rapport que j'ai rédigé à cette occasion : « D... est un homme de taille moyenne, n'offrant dans son extérieur aucune particularité digne d'être notée. Il n'est pas maladif, et à part des accidents gastriques pendant sa captivité en Prusse, n'a fait aucune maladie grave dans sa vie. Il ne compte aucun aliéné parmi ses parents; toutefois sa mère est morte paralysée. Son visage maigre et creusé de rides semble figé dans une sorte de tristesse concentrée. A nos premières visites il répond avec complaisance à nos questions, puis elles paraissent l'ennuyer, surtout quand nous lui avons fait connaître la mission dont nous sommes chargés. L'idée qu'on peut le prendre pour un fou le mortifie et l'irrite d'une façon évidente. Interrogé au point de vue de l'état mental, il nous répète à diverses reprises, sans variantes notables, les particularités suivantes :

Avant la conscription, son père l'associa avec quelques autres jeunes gens de sa classe, afin de l'exempter du service et versa une somme de 600 francs. Etant tombé au sort, il préféra aller au service et bénéficier de la somme qui lui revenait dans l'association, soit 1,000 francs, qu'il laissa à son père. Il fit un premier congé de sept ans; plus tard, s'étant vendu, il en fit un second; quand il fut revenu du service, ses parents mouru-

rent et le déshéritèrent sans même lui tenir compte de la somme de 1,000 francs qu'il leur avait laissée. Cependant, d'après ses calculs, cette somme, avec les intérêts accumulés et composés depuis 1859, arrive à un chiffre qui dépasse de beaucoup la valeur même de l'héritage paternel. Se trouvant lésé, il refusa de participer à aucun acte concernant la succession et de donner la moindre signature. Tout ce qu'on a fait n'a aucune valeur, ce ne sont que des brouillons d'actes. Le notaire ayant refusé d'écouter ses réclamations, le juge de paix l'ayant éconduit, il fit ses *rappports* aux autorités militaires, et averti qu'ils étaient écoutés, il *releva*, sans autre formalité, les biens qui avaient été attribués à son frère, qu'il ne désigne jamais que par cette expression : le nommé *D...* (*François*), et qu'il a cultivés depuis. Son droit s'étendant au delà de l'héritage paternel, il se crut autorisé à *relever* certaines parcelles qui dépendaient autrefois de ce qu'avaient possédé ses aïeux, entre autres un passage conduisant au clos de vignes dont la sienne faisait partie.

Cela souleva contre lui tous les parcellistes voisins. Ils formèrent des *réunions civiles* qui complotèrent contre son terrain. Ils détruisirent ses clôtures et le menacèrent. Pour lui, il n'a jamais exercé de violences contre personne et n'a jamais, par vengeance, ravagé leurs propriétés, comme on l'en a accusé ; il se contentait de faire ses *rappports*, soit en s'adressant à la *partie civile*, soit de préférence à l'autorité militaire, car il est toujours militaire et les autorités militaires lui doivent protection. Invité à s'expliquer sur les expressions bizarres dont il émaille son langage, voici comment il les commente. Les *associations civiles* sont formées de gens qui se liguent contre lui. Il y en a une, par exemple, composée de trois individus qui sont riverains de son terrain. L'un *représente la noblesse*, l'autre le *clergé* et le troisième la *bourgeoisie*. En effet, le premier est garde des propriétés d'un noble, le second est sacristain, le troisième représente le notaire qui fait partie de la bourgeoisie.

Relever un terrain, c'est le prendre en gage, s'en emparer, faire acte de propriétaire. Chaque fois qu'il a *relevé* un terrain, c'est qu'il avait été averti que ses *rappports* avaient été écoutés et qu'il était autorisé à le faire.

Ce mot de *rappports* qui revient sans cesse dans les propos de l'accusé nécessite aussi des éclaircissements qu'il nous fournit de la façon suivante : bien qu'il n'ait plus de livret et que depuis de nombreuses années il n'ait jamais été recherché pour le ser-

vice militaire, D... se considère comme faisant toujours partie de l'armée française. A quel titre? Comment? Il n'en sait rien et cette invraisemblance ne le préoccupe pas plus que bien d'autres encore plus étranges. Or, étant militaire, l'autorité militaire lui doit protection. A chaque fois donc qu'il a eu à se plaindre de quelqu'un, il a adressé aux *autorités militaires* un rapport écrit pour porter plainte et réclamer assistance. Ces rapports ont été très nombreux; il a commencé à les adresser en 1880 et ne les a cessés que le 10 de ce mois. Il prétend les avoir jetés à la poste. A peine avait-il envoyé ses rapports, qu'il se sentait comme soulagé, débarrassé d'un poids, d'une sorte d'angoisse. Bientôt, il était averti par des sensations particulières que ses plaintes étaient écoutées en haut lieu. Il recevait des sortes de *charges sur les oreilles* par lesquelles il sentait qu'on lui rendait justice et que ses ennemis, les anticipateurs de son terrain, étaient eux-mêmes avertis. En effet, il les entendait ensuite dire dans les champs : « Faisons attention à nous, car nous serions expédiés bien loin; qui sait où on nous transporterait? » Les *charges* qu'il éprouvait dans les oreilles, n'étaient pas des paroles parlées, mais des intuitions, des *actions à distance*, des *influences*, peut-être bien par le moyen de l'électricité : tout son être s'en ressentait de telle sorte, qu'ayant, il y a quelques années, perdu son procès en appel à Poitiers, *l'effet de la pression de la question de F... (un de ses voisins) l'accablait au point qu'il étouffait, privé de forces et qu'il faillit tomber malade.*

Si on lui demande pourquoi, se croyant lésé, il ne s'est pas adressé aux tribunaux, D... dit que c'était bien inutile puisque le notaire et le juge de paix de Chantonay refusaient d'accueillir ses réclamations. Si on lui fait observer que personne n'a le droit de se faire justice soi-même, il répond que ce n'est pas se faire justice soi-même que de cultiver et d'enclorre le terrain qu'on possède. Si, enfin, on lui dit qu'au lieu d'être dépouillé, c'était lui qui dépossédait les autres en empiétant sur leurs vignes, en s'emparant d'un passage commun, il répond qu'il s'est contenté de *relever* ce qui était à ses parents ou à ses aïeux, et nous retombons ainsi dans les étrangetés précédentes.

En ce qui concerne l'agression contre les gendarmes pour laquelle il est détenu, il déclare n'avoir pas frappé le premier : voyant le maréchal des logis foncer sur lui sabre au clair et revolver au poing, il a eu peur, et c'est en voulant parer un coup de sabre qu'il a blessé le représentant de la force publique. De

même pour son frère et les autres personnes qu'il a menacées : il avait relevé le terrain et avait fait ses rapports ; ils n'avaient pas le droit d'y pénétrer. Il est impossible de le faire sortir de là et aucune objection ne l'embarrasse ni ne le touche.

Si maintenant, nous consultons les renseignements que nous possédons sur les antécédents de D..., nous voyons que jusqu'à une certaine époque, sa vie a été correcte. Remarquons notamment qu'il a fait deux congés militaires et qu'il a quitté l'armée avec le grade de sergent de première classe. Il vient, après quelques années passées à travailler de droite et de gauche à son métier de jardinier, se fixer au pays natal et là cet homme, jusque-là correct, ce vieux soldat chevronné et gradé devient, selon la propre expression du maire de Chantonay, « une espèce de *sauvage*, craint et redouté de tous, ne parlant que par monosyllabes et qui, de l'opinion unanime, fera un mauvais coup ». Et le fait est exact, cet individu devient d'une méchanceté extrême ; il a pris en haine son frère et ses voisins ; exerce contre eux des sévices qui lui attirent des condamnations ; ravage leurs propriétés, détruit leurs récoltes, s'empare du bien d'autrui sans se préoccuper, ni des réclamations qu'on lui fait, ni des décisions de la justice.

Pour payer les frais des poursuites et des condamnations qu'il a encourues, son bien est vendu judiciairement. Il n'en tient aucun compte et continue à vivre hors la loi, hors la société, en intrus inconscient qui ne se doute d'aucun obstacle : on dirait un homme qui vit un rêve absurde et dangereux.

Pendant cet homme n'est pas un malfaiteur ordinaire, sa conduite est régulière ; il ne se livre pas à la boisson, il est bon travailleur ; il ne fréquente pas les mauvaises compagnies. Autre particularité digne d'être notée : D... vit dans un isolement absolu ; il ne fréquente personne, ne parle à personne.

Suivons enfin cet homme à la prison ; là encore nous ne retrouvons pas les dehors d'un délinquant. Il s'isole d'une façon absolue, n'adresse jamais la parole à personne, mais il *parle seul du matin au soir*, le plus souvent la face tournée vers la muraille...

L'exposé que nous venons de faire des particularités que nous révèle l'examen psychologique de D... est suffisamment complet pour que nous puissions désormais nous faire une opinion sur la nature de son état mental. Nous avons affaire à un homme qui offre deux périodes bien tranchées dans son existence : l'une régulière et correcte, car remarquons qu'il a

fait deux congés militaires, qu'il a même conquis un grade important, ce qui est une preuve certaine qu'il a fait, pendant toute cette période, montre d'un esprit discipliné et soumis à la règle; l'autre agitée, violente, en révolte ouverte contre l'autorité et la loi. Que s'est-il donc produit qui soit de nature à expliquer une pareille transformation? D... a-t-il cessé d'être un homme sobre, travailleur, de mœurs irréprochables? Nullement; il a cessé de sentir, de penser et de juger comme tout le monde, il est devenu malade sous l'influence d'un chagrin, d'une déception, d'un caractère trop concentré, trop porté à la solitude et à l'hypocondrie; il a éprouvé des troubles de la sensibilité générale, des illusions et des hallucinations de l'ouïe; alors lentement, insidieusement, il est devenu le jouet d'un délire actuellement en pleine voie d'évolution et dont le début remonte vraisemblablement à plusieurs années. Telle est l'explication réelle de ses bizarreries de langage et de ses partis pris de violence, et des actes reprehensibles qui l'ont conduit devant la justice.

En conséquence, nous arrivons aux conclusions suivantes :

1° D... est atteint de la forme d'aliénation mentale désignée sous le nom de *délire de persécution*.

2° Il n'est pas responsable de ses actes.

3° Il doit être considéré comme dangereux pour la société et séquestré dans un asile d'aliénés.

Fait à La Roche-sur-Yon, le 28 mars 1887. »

A la suite de ce rapport, D... fut relaxé et remis entre les mains de l'autorité administrative qui l'a placé à l'asile d'aliénés où il est encore.

Depuis cette époque, le délire de ce malade ne s'est pas sensiblement modifié. Actuellement encore, son système d'interprétations maladives n'a pas varié. Le côté taciturne et hypocondriaque de son caractère s'est accentué; il se plaint de troubles neurasthéniques multiples, surtout dans la tête, attribuant ses souffrances aux coups qu'il a reçus, il y a neuf ans, dans sa lutte avec les gendarmes.

Dans les premiers temps de son séjour il adressait parfois des *rappports* à l'autorité militaire, soit qu'il se plaignît des injustices qu'il a subies avant sa séquestration, soit qu'il dénonçât les mauvais procédés des gardiens ou des autres malades à son égard, la mauvaise qualité des vivres et même leurs propriétés *empoisonnantes*. Ces nombreux écrits sont conçus dans un style énigmatique et bizarre dont son langage parlé ne

peut donner une idée. Ils sont tous adressés au général Février, demandant « saisies et arrêts forcés » contre ses ennemis et réclamant des indemnités s'élevant, au 27 décembre 1889, à la somme de 180,000 francs. Peut-être serait-on en droit de voir dans ce chiffre l'expression d'un délire de grandeur encore dans la période initiale. Quoi qu'il en soit, depuis plusieurs années, D... a cessé d'écrire et rien ne permet, dans les symptômes actuellement observés, d'affirmer que ce délire s'est développé.

J'attire tout particulièrement l'attention sur le point de départ du délire de ce malade, car nous allons en retrouver un presque exactement semblable dans la seconde observation. Malgré ses douze ans de service militaire et les grades conquis, D..., en somme, est un insociable, que domine un instinct de jalousie, de défiance et d'avarice. Il m'a, en effet, raconté qu'il avait quitté la maison paternelle, même avant la conscription, pour gagner de l'argent qui fût à lui et ne profitât pas à l'intérêt commun. Cet appétit de l'argent se montre encore dans son rengagement qui fut une spéculation destinée à lui procurer un certain capital. Son frère, qui s'est consacré à la prospérité du bien paternel, reçoit, ce qui paraît juste, un léger avantage dans l'héritage. De là, un ressentiment profond et tenace. Défiance, amour de l'argent, jalousie, tout cela explique dans une certaine mesure que le sacrifice que voulait s'imposer son père pour l'exempter du service et auquel il a volontairement renoncé pût se transformer dans son esprit en une obligation pécuniaire envers lui.

Mais, autre point important à considérer, le délire de D... évolue. La floraison en est un peu maigre, mais elle est réelle. Il ne s'agit pas d'une pure idée monomaniaque, comme chez les raisonnants purs, mais d'un système délirant complet avec illusions et hallucinations de l'ouïe, bien que ces dernières soient peu fréquentes, à peine ébauchées, et ne dirigent pas le délire. Enfin,

ses revendications, qui depuis la séquestration ont dû se modifier, se présentent maintenant sous forme de réclamations pécuniaires, dont l'exagération permet de soupçonner que l'évolution du délire continue et tend à la phase mégalomaniaque.

A partir du moment où ses biens ont été vendus par autorité de justice, D... se maintenant de force dans ses biens dont il a été dépossédé pourrait être considéré comme atteint de la forme délirante décrite par MM. Pailhas et Régis, si la phase qui a précédé et celle qui a suivi cet événement ne donnaient à l'affection mentale une physionomie différente et absolument originale. En réalité, l'épisode de la vente judiciaire ne paraît avoir joué aucun rôle dans l'éclosion et la marche des idées morbides. Le délire systématisé existait en entier, dès cette époque, et avec tous les caractères relevés plus tard dans l'expertise médico-légale. D... prétend même n'avoir pas su que ses biens eussent été vendus, et son parti pris de vouloir tout ignorer des réclamations qui pleuvaient sur lui permet, dans une certaine mesure, de penser qu'il peut être sincère sur ce point.

OBSERVATION II. — G..., trente et un ans, est admis d'office le 13 juillet 1892. Après la mort de son père, tisserand de campagne et en même temps cultivateur, il vient habiter avec sa mère, comptant pour vivre sur sa part d'héritage. Mais il n'est pas satisfait des partages opérés par le notaire. Il s'imagine devoir recevoir une part plus forte que les autres enfants parce qu'il avait laissé à ses parents une partie de ses gages de domestique. Pour se dédommager, il s'empara d'un terrain faisant partie de l'héritage de sa sœur et vendu par elle à un tiers, s'y maintint par la force, malgré les protestations du légitime propriétaire, le cultiva et en recueillit les récoltes. Attaqué devant le tribunal, il refuse de se rendre aux assignations, et prétend ne pas tenir compte des décisions judiciaires. Les choses traînent en longueur; il terrifie ses adversaires par ses menaces et sa mère elle-même, qui est obligée de cesser avec lui

la vie commune et qui, tout en étant sa première victime, puisqu'il ne lui paie pas la rente que lui doit chacun de ses enfants, n'en partage pas moins tous ses griefs et approuve ses revendications (folie communiquée).

Sur la demande du légitime propriétaire, le tribunal nous commet enfin, le D^r Blé, de La Roche-sur-Yon, et moi, pour examiner l'état mental de G... Voici le rapport que j'ai fait à cette occasion :

« Nous soussignés, E. Blé et A. Cullerre, docteurs en médecine de la Faculté de Paris, domiciliés à La Roche-sur-Yon, agissant en vertu d'un jugement du tribunal de cette ville par lequel nous avons été chargés d'examiner l'état mental du sieur G... (Constant), cultivateur, demeurant commune de Saint-Hilaire-de-Loulay, après avoir prêté serment en cette qualité, avons consigné dans le présent rapport le résultat de nos investigations et de notre observation directe relativement au sus-nommé.

Une première fois, nous nous sommes rendus au village de la M..., où, nous étant adressés à la mère du sieur G..., nous apprîmes qu'il était dans les champs à travailler. Sur notre demande, elle consentit à nous conduire auprès de lui. Nous arrivâmes au champ du sieur L... où son fils, disait-elle, était à sarcler des haricots ; mais il s'était éloigné à notre approche, laissant sur le terrain ses vêtements et ses instruments de travail. La dame veuve G... émit alors l'avis que son fils était allé couper de l'herbe dans un pré situé à peu de distance, et se chargea de nous l'amener. Elle revint quelque temps après en nous disant que son fils lui avait déclaré n'avoir affaire à personne, et ne pas vouloir se rendre auprès de nous. Nous l'invitâmes alors à nous conduire auprès de lui, ce à quoi elle consentit ; mais, quand nous arrivâmes au pré en question, G... avait de nouveau disparu.

Nous retournâmes alors au village ; à plusieurs reprises, la dame G... revint nous prévenir de la présence de son fils dans quelque champ peu éloigné ; mais c'est en vain que nous nous y rendîmes dans l'espoir de l'aborder, il s'était caché à notre approche.

Revenus un autre jour à la M..., nous apprîmes que G... était absent de son domicile, mais qu'il rentrerait sans doute bientôt. Nous avons pu, en l'attendant sur la route, le surprendre avant qu'il ait été prévenu de notre présence dans le village, et c'est grâce à cette particularité que nous avons eu avec lui un

entretien qui nous a amplement fourni les moyens de nous faire une opinion bien arrêtée sur son état mental.

Les renseignements que nous avons pu recueillir sur les antécédents de famille, le caractère, les mœurs et la manière de vivre du sieur G... ne manquent pas d'intérêt. Son père est mort en état de *démence sénile*. Sa mère paraît avoir l'esprit faible : elle partage tous ses griefs et croit qu'il a été réellement spolié par ses frères, tout en reconnaissant qu'elle a été elle-même victime de ses persécutions et qu'il est le seul de ses enfants qui ne lui ait jamais payé sa rente.

Il a toujours été entêté, bizarre, et, nous a-t-on dit, d'un caractère *imbridable*. Étant plus jeune, il avait fréquemment de fortes névralgies dans la tête. Domestique, il ne s'entendait jamais avec ses patrons, avait des différends à propos de tout, et les citait devant le juge de paix pour le règlement de ses gages. Il a accompli deux périodes militaires de vingt-huit jours ; mais récemment, n'ayant pas répondu à un appel, il a dû faire deux jours de prison. Après la mort de son père, il vint vivre avec sa mère, mais il s'emparait de tout son revenu et finit par lui inspirer une telle crainte qu'elle dut se séparer de lui et vivre à part. Depuis ce temps, il vit seul, ne fréquente à peu près personne ; et sous le prétexte d'un droit imaginaire, cultive la propriété des autres et s'en approprie les produits.

G... est grand, d'aspect assez robuste, sans infirmités apparentes. Il a les oreilles mal ourlées et à peu près privées de lobules. Son regard est fuyant, soupçonneux et méchant ; quand il parle, son front se plisse et ses sourcils froncés accumulent un paquet de grosses rides à la racine du nez. Il nous répond tout d'abord avec défiance, disant qu'il n'a pas affaire à nous, qu'il a toujours refusé de *procéder*, qu'il ne veut pas reconnaître ce qui a été fait et que, quant à lui, il s'en tient à son *droit de justice*. Le notaire a fait de faux actes, il s'entend avec l'expert et ses frères pour le tromper et lui faire manger son bien. Il y a eu dans le partage des *caches* ; tout s'est fait par *fourberies* ; on a fait en dessous de *faux écrits* ; ils sont sept qui doivent se partager les bénéfices de ces opérations ; ils sont soutenus par la protection de *messieurs* qui ne sont pas d'ici. Il le sait bien, on le lui a bien fait entendre. Son père l'avait avantagé, parce qu'étant domestique, il apportait tous ses gages dans la maison. Cela n'a pas été mis sur les actes, mais son père le lui a bien fait comprendre et la terre qui a

été censément vendue à L... est précisément ce qui lui revient pour son *droit de justice*.

En vain cherche-t-on à faire expliquer à G... sur quelles bases il se fonde pour appuyer ses prétentions, il ne sort pas de ses réponses vagues et inconsistantes. Son droit n'est pas inscrit dans les actes, mais les actes n'ont pas été bien faits. Il y a eu de *faux écrits*, des *cachés*, des *fourberies*; il ne veut pas abandonner son *droit de justice*; les notaires s'entendent avec ses frères et d'autres *messieurs* pour le dépouiller et partager les bénéfices. On en voit bien d'autres, et il en connaît bien, dans le village, qui vivent de *fourberies* et de vols.

De même, si on insiste pour savoir comment il sait qu'un complot existe pour s'emparer de son bien, qui le lui a dit, qui l'a mis sur ses gardes, il ne répond que par des paroles vagues; *il le sait bien; il l'a bien entendu dire*; on le lui a bien donné à entendre; et il ajoute : « Je le sais bien, quoique je sois un peu sourd d'une oreille. »

Si on essaye de faire comprendre à G... que son attitude est nuisible à ses intérêts puisqu'il refuse de se rendre devant le tribunal, de recevoir les personnes qu'il lui envoie, et de défendre ses prétentions, il répond invariablement que ça ne le regarde pas, qu'il refuse de reconnaître ce qui a été fait, qu'il n'a pas signé les faux actes, qu'il ne veut *procéder* contre personne et que puisqu'il laisse les autres tranquilles (1), il veut jouir paisiblement de son *droit de justice*. Ce droit de justice, ce n'est pas seulement le champ dont il s'est emparé de force, mais d'autres encore et un en particulier, qu'on dit affermé, mais qu'il soupçonne lui appartenir. Un de ces jours, il y conduira une brouette de fumier pour en prendre possession.

De l'exposé qui précède, il résulte que G... qui, par son père, est prédisposé aux affections cérébrales et qui présente lui-même quelques stigmates de dégénérescence, a toujours eu un caractère difficile, bizarre, et porté à la défiance; que, sous l'influence des contrariétés qu'il a éprouvées, sa part d'héritage ne lui semblant pas avantageuse, ces dispositions se sont insensiblement exagérées au point de constituer un véritable délire de persécution à évolution progressive.

D'abord mis en défiance, G... peu à peu s'est cru l'objet d'un complot; les notaires et son frère, à qui il en veut, en sont l'âme; des *messieurs inconnus* en font aussi partie. Après la période prédélirante des doutes et des soupçons, est venue la période délirante proprement dite. Comme tous ses pareils, il

n'a jamais cherché à vérifier ses soupçons ; c'est une intuition : il devine, on lui fait comprendre, on lui donne à entendre ; il sait que cela est, et voilà tout. Déjà des *hallucinations de l'ouïe* sont venues très probablement appuyer de toute leur puissance ses convictions malades ; particularité digne d'être notée, en effet, parce qu'elle est habituelle chez les hallucinés, G... remarque lui-même qu'il est sourd d'une oreille, et que, pourtant, on lui fait entendre les éléments de son délire.

G... ne doute plus, il est sûr, et par conséquent, il va réagir et protester à sa manière contre ses persécuteurs ; il commence par leurs biens, en attendant qu'il finisse par leurs personnes. Il est, en effet, nous a-t-il dit, prêt à défendre par la force ses usurpations et a déjà fait des menaces de mort contre son frère qu'il considère comme le principal auteur du complot organisé contre lui.

Enfin, remarquons le langage si spécial de G..., à la fois équivoque, impropre et parsemé de néologismes. C'est un des signes les plus constants de la maladie mentale dont il présente les symptômes.

En résumé :

1° G... est atteint d'une forme de folie systématisée à évolution progressive, le délire de persécution.

2° Ses actes sont la conséquence directe de son délire et par conséquent échappent à toute imputabilité.

3° Il deviendra, selon toute probabilité, de plus en plus dangereux contre les personnes que son délire lui désigne comme étant ses ennemis.

Fait à La Roche-sur-Yon le 21 juin 1892. »

Ce rapport ayant été transmis à l'autorité administrative, G... fut, ainsi que nous l'avons dit au début de l'observation, placé d'office à l'asile où il succomba à une tuberculose pulmonaire à évolution rapide, le 31 mai 1893.

L'idée qui forme l'assise de l'édifice délirant de G... est, ainsi qu'on peut le constater, très analogue à celle qui sert de point de départ aux conceptions malades du précédent. Tous deux s'imaginent avoir des droits supérieurs à ceux de leurs cohéritiers pour des raisons un peu différentes mais aussi peu fondées. L'analogie ne se borne pas là ; tous deux manifestent dès l'âge

d'homme une véritable folie de caractère et une insociabilité malade, ce qui paraît devoir les classer dans le cadre de la folie raisonnante. Mais tous les deux s'en éloignent cependant, et par l'évolution du délire, et par l'apparition d'hallucination de l'ouïe, et enfin par l'écllosion de conceptions délirantes qu'il semble assez légitime de rattacher au délire ambitieux secondaire des délirants systématiques. G..., en effet, à la fin, ne se contente plus de ce qu'il a usurpé de l'héritage paternel et il manifeste nettement des prétentions à la possession de terres qui n'en ont jamais fait partie et qu'il *souçonne* lui appartenir.

S'il n'est pas possible de rattacher exclusivement ces deux observations à la folie raisonnante proprement dite, il ne serait pas beaucoup plus rationnel de les considérer comme des cas de délire systématisé à évolution progressive de forme typique. Persécuteurs raisonnants au début, persécutés hallucinés par la suite, ces malades paraissent hésiter au seuil de la phase mégalomaniaque sans oser le franchir tout à fait. Au fond, par la nature de leurs conceptions délirantes qui sont presque exclusivement d'ordre moral, ils relèvent surtout de la folie raisonnante. L'étude de leurs antécédents personnels, à défaut d'antécédents héréditaires suffisamment caractéristiques, vient, comme nous l'avons dit précédemment, confirmer cette manière de voir. Le grief qui sert de point de départ à leurs revendications n'est pas sensiblement plus déraisonnable que ceux que l'on voit invoquer couramment par des gens sains d'esprit mais absurdes. En matière d'intérêt il est de pratique habituelle de manifester les prétentions les plus extravagantes. Les droits les plus contraires à la loi et au bon sens sont revendiqués journallement par des gens qui ne sont pas fous, qui ne sont que passionnés. Mais ces revendications viennent expirer dans l'enceinte du tri-

bunal ; devant l'autorité de la chose jugée, la passion cède au bon sens qui reprend ses droits. Il n'appartient qu'au délire de ne céder devant aucune considération de raison ou de force majeure.

Disons-nous davantage qu'il s'agit du délire de la chicane, ou *paranoïa quærulens*? Non, si le délire de la chicane relève exclusivement de la folie raisonnante ou morale ; oui, si, comme certains auteurs allemands, on considère la *paranoïa quærulens* comme à cheval sur la folie des dégénérés et la folie systématisée à évolution progressive. Mais nous n'insisterons pas sur cette question de nosographie qui, à nos yeux, n'a qu'une importance purement spéculative, bonne à servir de thème à une discussion académique, mais oisive au point de vue pratique et surtout médico-légal. Les observations que nous venons de rapporter sont de ces cas mixtes que l'on rencontre si fréquemment en clinique. Si, comme psychologue, j'ai été surtout frappé de la nature purement morale des conceptions délirantes de ces aliénés et du peu d'importance des troubles sensoriels observés chez eux, comme expert, je n'ai pas hésité et je n'hésiterais pas davantage en semblable occurrence, à porter le diagnostic ferme de délire systématisé de persécution qui est pleinement justifié par la relation clinique des symptômes et qui est accepté sans discussion par tous les magistrats.

DES VARIÉTÉS CLINIQUES
DU
DÉLIRE DE PERSÉCUTION

Par les D^{rs} Th. TATY et J. TOY

Chefs de clinique des maladies mentales à la Faculté
de médecine de Lyon.

Suite (1).

L'apparition des idées de grandeur n'est pas fatale dans l'évolution du délire de persécution systématique. Les observations suivantes en font la preuve ; elles sont assez nombreuses ; nous relevons en effet vingt-six cas dans lesquels l'affaiblissement intellectuel se montre sans être précédé, ni même accompagné de mégalomanie et va cependant, dans la première catégorie, jusqu'à la démence complète.

Première catégorie. — Démence complète.

OBS. LVI. — S... (Claude), quarante et un ans, passementier. Entré à l'asile le 1^{er} avril 1876.

Antécédents héréditaires. — Nuls d'après les renseignements.

A son entrée : délire de persécution systématisé avec hallucinations de l'ouïe. Le malade est nerveux et frappe la table convulsivement avec les doigts pendant l'interrogatoire. Il a des hallucinations de la sensibilité générale.

La nuit on lui dit des injures ; les spirites lui parlent ; sans voir on entend, dit-il.

Parle de métaphysique, de magnétisme.

(1) Voir les *Annales* de janvier-février et mars-avril 1897.

Plus tard apparaissent quelques hallucinations de la vue ; le malade voit des revenants, les entend surtout. Il a peur d'être empoisonné, et semble dissimuler des idées méchantes. Pas de troubles moteurs.

En 1889 : verbiage incohérent sur la métaphysique, le magnétisme, le spiritisme. Hallucinations multiples.

A la fin de 1889 : démence marquée ; quelques phrases de persécution débitées automatiquement et représentant son ancien délire.

Actuellement : démence. — Durée : dix-neuf ans.

Obs. LVII. — B... (Claudine), couturière, quarante-quatre ans, entrée à l'asile de l'Antiquaille en 1865, pour délire de persécution avec hallucinations de l'ouïe, de la vue et du toucher.

L'affaiblissement intellectuel marche progressivement.

En 1876, on ne constate plus que des idées de persécution vagues. Les hallucinations persistent, surtout celles de la vue. Elle voit après ses mains des morceaux de chair et des fils qu'elle passe des heures à détacher.

Hypertrophie notable du lobe droit du corps thyroïde. L'affaiblissement mental et physique marche progressivement et aboutit à la cachexie, qui amène la mort le 23 septembre 1887.

Durée : vingt-deux ans.

Obs. LVIII. — M... (Charlotte), veuve G..., cinquante-deux ans, ouvrière sur cristaux, entrée le 26 octobre 1878, sans antécédents connus. Depuis cinq ans persécutée ; envoie des plaintes au commissaire de police de son quartier ; on l'insulte, hallucinations de l'ouïe, troubles de la sensibilité générale.

Se plaint surtout de son beau-frère et supplie qu'on ne l'abandonne pas dans sa lutte contre lui.

Etat actuel. — Démence complète. — Durée : vingt-deux ans.

Obs. LIX. — D... (Léonide), femme B..., rentière, cinquante-deux ans, entrée le 20 mai 1887. Chagrins après la mort de son mari et de ses enfants.

Début il y a six ans. Refuse de manger et de parler.

1889 : les idées de persécution sont toujours très intenses et, sous leur influence, la malade se montre irritable et méchante.

1890 : démence, incohérence.

Etat actuel. — Démence complète, incohérence. Durée : quatorze ans.

Obs. LX. — D... (Eugénie), veuve B..., couturière, trente-cinq ans, entrée le 28 avril 1885.

Antécédents inconnus. — Très nerveuse, prend des crises à la moindre contrariété; depuis la mort de son mari, il y a deux ans, fuit la société; on la persécute, on l'électrise. Hallucinations de la vue et de l'ouïe; prend pour elle toutes les histoires de crimes racontées par les journaux. Refuse de manger et menace de se jeter par la fenêtre.

1888, février : incohérence des idées et des actes avec persistance des idées de persécution.

Etat actuel. — Démence complète. — Durée : treize ans.

Obs. LXI. — C..., femme D..., couturière, trente-six ans, entrée le 16 février 1884.

Menstruation irrégulière; ni enfants, ni fausses couches.

Depuis quatre mois, s'entend appeler voleuse (à la suite d'un vol de linge dans sa maison). A voulu aller demander réparation au commissaire de police et au procureur de la République.

Devient triste et soupçonneuse; écoute aux portes des voisins pour savoir si on l'accuse. Traitée à l'opium, a accusé son mari d'avoir voulu l'empoisonner.

Dissimule avec soin ses persécutions, affecte de s'en moquer. On lui a emporté son nom.

Etat actuel. — Démence complète. — Durée : douze ans.

Obs. LXII. — J... (Marie), femme R..., trente-sept ans, dévideuse, entrée le 25 mai 1883, a eu six enfants, tous morts jeunes ou en nourrice.

Air mystérieux. Croyait qu'on voulait l'empoisonner.

Erotique. Pas de mégalomanie.

Décembre 1883 : il lui semble qu'on lui laboure la tête, puis cela passe dans le haut du bras. Ses cheveux tombent : « Il faut bien qu'il y ait quelque chose. » Prétend que chaque soir des hommes viennent se coucher dans son lit.

Etat actuel. — N'a jamais eu d'idées de grandeur. Parle seule et à voix basse. Démence complète. — Durée : douze ans.

Obs. LXIII. — D... (Jeanne), femme V..., cultivatrice, quarante-six ans, entrée le 13 septembre 1884. Migraineuse et rhumatisante; sans antécédents héréditaires connus. Rien au cœur.

Délire des persécutions amené par des mauvais propos qu'elle entendait. Déménagements successifs. Voit devant ses yeux sa famille qui vient à elle.

1887 : état mental stationnaire.

1893 : hallucinations des sens. Délire des persécutions, sans idées de grandeur. Loquace, excitable.

Etat actuel. — Démence, incohérence. — Durée : onze ans.

OBS. LXIV. — M... (Marie), femme G..., sans parents, cinquante et un ans, entrée le 6 août 1885.

Ménopause, il y a dix-huit mois.

Début, il y a quatre mois : inappétence, insomnie, transpiration nocturne abondante. Hallucinations de l'ouïe brusques.

Pas d'hallucinations de la vue. A peur de ses fils et d'un voisin. Méfiante. Pas de mégalomanie.

Etat actuel. — Entend des voix et leur répond. Interjections. Démence. — Durée : onze ans.

OBS. LXV. — R... (Eugénie), quarante-cinq ans, dévotieuse, entrée le 27 février 1885.

Rhumatisante. Aurait eu des enfants, mais l'avoue difficilement. On attribue comme cause à sa maladie le remords de son inconduite. Apparition des idées de persécution quinze jours avant son entrée.

A l'entrée : hallucinations de l'ouïe toujours du côté droit, bruits, bourdonnements et voix de ce côté. Hallucinations de l'odorat. On lui parle intérieurement ; on la grossit et on la diminue à volonté ; on répète sa pensée, on parle dans son estomac.

Etat actuel. — Bavardage incohérent et à voix basse, démence. — Durée : onze ans.

OBS. LXVI. — N... (Amélie), lingère, quarante ans, entrée le 27 mars 1885.

A été religieuse ; n'a pu rester au couvent ; y pleurait tout le temps.

Persécutée : on la brûle, on lui parle de dynamite, d'homéopathie, on lui donne tous les noms, on la détient sous tous les noms. On lui dit qu'elles sont toutes des rosiers dans le dortoir. Mal réglée.

Etat actuel. — Démence, incohérence ; impossible de saisir une idée. — Durée : dix ans.

OBS. LXVII. — B... (Marie), femme D..., quarante ans, ménagère, entrée le 13 décembre 1890.

Pas de renseignements. Agitée, idées de persécution alternant avec des idées religieuses.

Avril 1892. — Hallucinations terrifiantes de la vue ; voit quarante à cinquante bandits qui viennent la chercher. Répond aussi à des invisibles. Méchante.

Etat actuel : Démence, incohérence. — Durée : cinq ans.

Obs. LXVIII. — J... (Louise), dévideuse, trente-neuf ans, entrée le 11 octobre 1892.

Une sœur internée à l'asile. Reconnaît avoir frappé certaines personnes parce qu'elles lui faisaient des gestes qui l'agaçaient. Toutes ses voisines lui en faisaient autant quand elles la voyaient passer.

Dort assez bien, refuse de manger.

Amaigrissement, muqueuses décolorées.

Janvier 1893. — Hallucinations des sens. Parle seule. Croit qu'on veut l'empoisonner ; dit qu'il lui est entré quelque chose par les parties génitales.

Etat actuel. — Incohérence, démence ; méchante. — Durée : trois ans.

Obs. LXIX. — B..., femme V..., quarante-quatre ans, ménagère, entrée le 17 novembre 1893.

Alcoolisme. Depuis quatre ans, troubles digestifs.

Physionomie triste ; tout le monde se tourne contre elle, on lui veut du mal, on la poursuit.

Estomac dilaté ; foie gros et douloureux, pas d'ictère.

Etat actuel. — Démence, incohérence, érotique.

Deuxième catégorie. — Démence incomplète.

Les malades précédentes sont arrivées à une démence assez avancée pour que l'on puisse affirmer dès maintenant qu'elles ne seront jamais mégalomaniaques.

Pour les malades qui suivent, cette affirmation ne peut être aussi nettement formulée. Les trois premières sont hors de cause ; elles sont mortes sans avoir présenté de mégalomanie. Chez les autres, l'apparition des idées de grandeur reste problématique.

On peut nous objecter, il est vrai, que la mégalomanie est souvent très peu apparente et qu'il faut la chercher avec soin. Nous n'avons cependant pas été trop exigeants, car nous avons rangé parmi les mégalomanes des malades chez lesquels les idées de grandeur étaient véritablement peu accentuées.

M. Falret a dit, du reste, que la mégalomanie ne se rencontrait que dans un tiers des cas.

Obs. LXX. — D... (Marie), cinquante-quatre ans, dévotieuse, entrée le 29 avril 1884.

Pas d'antécédents héréditaires vésaniques connus.

A dix-huit mois, convulsions et paralysie infantile. Maux de tête violents pendant sa jeunesse. La force musculaire et la sensibilité ne sont jamais revenues complètement; l'anesthésie est plus marquée à gauche et au membre inférieur.

La famille est très affirmative: les premiers symptômes d'aliénation sont survenus vers quarante-cinq ans, à l'époque de la ménopause; la malade s'est mise à parler la nuit, à croire qu'on s'occupait d'elle, qu'on l'insultait.

Le médecin qui l'a soignée au dehors dit qu'elle a présenté en 1882 des accidents hystéroides avec hallucinations de l'ouïe et de la vue, surtout nocturnes.

En janvier 1884, le délire s'accroît: la malade vit dans les membres de sa famille des persécuteurs acharnés, soit pour la livrer aux gendarmes, soit pour la diffamer par la voie de la presse. Elle frappa même un de ses frères qu'elle accusait de l'avoir fait mettre dans les journaux.

A son entrée: délire de persécution avec hallucinations de l'ouïe et quelques hallucinations de la vue, et de la faiblesse intellectuelle.

Cet état se maintient pendant toute la durée du séjour à l'asile: persistance des mêmes idées de persécution sans augmentation de la faiblesse intellectuelle. Souffre souvent de maux de tête, soulagés seulement par la prière. — Elle est très méfiante.

Elle meurt le 16 juillet 1894 par suite de ramollissement cérébral, à soixante-quatre ans. — Durée: dix-neuf ans.

Obs. LXXI. — D... (Marie), domestique, cinquante et un ans, entrée à l'asile de l'Antiquaille, le 11 mars 1873, se croyant en butte aux entreprises des électriciens qui lui font passer des courants dans tout le corps et dans les oreilles, au travers des murs. Début à quarante-huit ans.

En octobre 1883, ayant été prise de pharyngite avec inflammation de la trompe, les bruits et bourdonnements qu'elle percevait dans ses oreilles, notamment à gauche, se sont accentués, et elle demande avec insistance à être débarrassée des hommes

qui lui appliquent un courant électrique dans l'oreille. Quand l'affection intercurrente diminua, elle déclara qu'on commençait à la laisser tranquille.

L'état mental se maintint tel pendant toute la vie de la malade ; la démence apparut vers 1889 et elle mourut le 20 décembre 1893, de bronchite avec asystolie à soixante et onze ans. — Durée de la maladie : vingt-trois ans.

OBS. LXXII. — R..., femme D..., lingère, cinquante-trois ans, entrée à l'asile de l'Antiquaille, le 17 novembre 1871.

Délire des persécutions avec agitation nocturne, hallucinations de l'ouïe et illusions viscérales. L'affaiblissement intellectuel se montre en 1877, mais le délire persiste très intense. En 1881, conjonctivite purulente double ; la malade dit qu'on vient lui planter une pointe dans les yeux. L'affaiblissement intellectuel augmente progressivement ; la malade se dispute avec des gens qu'elle voit ou entend, parle seule et crie toute la nuit. Morte d'entérite chronique, le 22 juin 1886. — Durée : quinze ans.

OBS. LXXIII. — D... (Jeanne), veuve V..., cinquante-sept ans, journalière, entrée le 26 janvier 1893.

Pas d'antécédents. Début il y a quatre mois.

A l'entrée : idées de persécution avec hallucinations de l'ouïe ; entend des personnes dans le plafond de la salle.

Etat actuel. — On lui dit des malhonnêtetés ; ne sait pas pourquoi on lui a jeté un sort.

Incohérence, léger affaiblissement intellectuel.

Pas d'idées de grandeur. — Durée : trois ans.

OBS. LXXIV. — F... (Lucie), femme P..., ménagère, trente-cinq ans, entrée à l'asile le 22 juin 1892.

Une sœur aliénée. Un enfant mort de convulsions à un an.

Début il y a un mois : croyait que son mari la trompait. Entendait du bruit dans la maison. Est allée porter plainte au curé et au commissaire. Se croyait empoisonnée.

Juillet 1892 : illusions des sens : son mari étant venu la voir elle l'a pris pour un curé et injurié.

Décembre 1892 : érotique. Son mari vient coucher avec elle.

Etat actuel. — Agitée, méchante, crie, chante.

Toujours persécutée et hallucinée. Pas de mégalomanie.

Incohérence et affaiblissement intellectuel.

OBS. LXXV. — F... (Benoîte), femme C..., modiste, quarante-neuf ans, entrée à l'asile le 11 octobre 1892 ; très misérable, serait restée huit jours sans pain.

Chez elle des personnes font du bruit la nuit ; elle ne les voit pas, mais les entend. Elles lui disent des grossièretés.

Plusieurs déménagements pour se dérober aux poursuites.

Incohérence. Affaiblissement des facultés, sans mégalomanie.

Surdité à gauche. Parole un peu traînante.

Etat actuel. — Asymétrie expressive. S'entend toujours injurier. Dort peu ; on lui fait des farces la nuit ; ne sait pourquoi on la taquine. Pas d'idées de grandeur : incohérence et affaiblissement intellectuel. — Durée : trois ans.

OBS. LXXVI. — B... (Marie), femme C..., mercière, cinquante-deux ans, entrée à l'asile le 19 juillet 1888. Frère aliéné.

Caractère capricieux ; mauvaises affaires. Crises d'angine de poitrine et maux de tête.

Un incendie ayant éclaté près de chez elle, elle en fut très effrayée, et laissa voir des idées de persécution ; une voisine avait des allures bizarres... On voulait l'empoisonner.

Etat actuel. — Démence, avec idées nettes de persécution sans mégalomanie : on m'empoisonne, on me détraque la matrice, on me prend mon sommeil. — Durée : sept ans.

OBS. LXXVII. — D... (Jeanne), femme R..., quarante-quatre ans, cultivatrice, entrée le 18 août 1891.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Très nerveuse. Une fille très nerveuse. Une autre morte de méningite.

Ménopause il y a trois ans : depuis lors, persécutée par des ennemis qu'elle ne peut nommer et qui l'empêchent de dormir. Hallucinations de l'ouïe. Léger affaiblissement intellectuel, sans mégalomanie.

Pas de lésions viscérales. Tic particulier : occlusion brusque et fréquente de l'œil droit quand elle parle.

Etat actuel. — Affaiblissement de la mémoire ; ne sait pas exactement son âge. Dissimule son délire ; dit n'avoir jamais eu d'ennemis et ne pas savoir pourquoi on l'a internée.

Pas de mégalomanie. Incohérence. — Durée : sept ans.

OBS. LXXVIII. — R... (Marie), quarante et un ans, ouvrière sur parapluies, entrée le 18 février 1887.

Début en 1886. Se plaignait de tous ses voisins ; accusait son régisseur et son concierge de vouloir l'assassiner. A tenté de tuer sa tante, entendait du bruit la nuit, croyait son matelas plein de rats, se cachait chez les voisins pour fuir ses assassins.

A l'entrée : délire des persécutions, avec hallucinations ; a

été idiotisée avec de l'eau des montagnes rocheuses qu'on lui faisait avaler dans de la bière. Pas de mégalomanie.

Etat actuel. — Affaiblissement intellectuel; parle sur un ton uniforme; on lui dit des injures; pas de mégalomanie. — Durée: neuf ans.

OBS. LXXIX. — B... (Marie), femme R..., sans profession, quarante-six ans, entrée le 26 mai 1888.

Tempérament nerveux. Depuis six ans, accès d'agitation, insomnie, idées de persécution; ses voisins veulent lui faire du mal, aussi se livre-t-elle contre eux à des voies de fait.

A son entrée: hallucinations de l'ouïe, menstruation irrégulière, pas d'idées de grandeur.

1892. Tendance à la démence.

Etat actuel. — On l'injurie toujours; diminution de l'ouïe; pas d'idées de grandeur; affaiblissement intellectuel. — Durée: treize ans.

OBS. LXXX. — B... (Françoise), tisseuse, quarante-six ans, entrée le 25 mai 1880.

Pas d'alcoolisme, pas d'antécédents héréditaires. Persécutée par un vicaire de sa paroisse, elle alla casser des vitres à la cure.

Etat actuel. — Très persécutée, mais ne veut pas l'avouer. Hallucinations de l'ouïe; léger affaiblissement intellectuel. — Durée: quinze ans.

OBS. LXXXI. — P... (Marie), ving-neuf ans, couturière, entrée le 4 mai 1884.

Début il y a quatre ans: la malade passe son temps à changer d'atelier parce que ses camarades l'insultent et la volent.

Depuis deux ans, accentuation du délire. Insomnie.

Hallucinations de l'ouïe et de la vue: ses voisins changent d'âge et de figure pour la mieux tourmenter.

Un jour, prétendant que sa sœur voulait battre sa mère, elle frappe celle-là d'un coup de couteau à la poitrine.

Etat actuel. — Cette malade, qui n'a jamais été mégalomane, présente des hallucinations de l'ouïe auxquelles elle répond elle-même à voix basse. Devenue méfiante, dit qu'elle ne s'occupe pas de toutes celles qui parlent de loin, affaiblissement intellectuel. — Durée: quinze ans.

III

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE PRÉCÉDENTE
ESSAI DE STATISTIQUE

Il résulte de l'exposé des faits qui précèdent que sur 189 observations de délire de persécution, 81 se rapportent à des cas de délire à évolution systématique complète.

Sur ces 81 cas, 37 ont présenté l'évolution classique et passé par les phases de persécution, de mégalomanie et de démence plus ou moins complète.

18 sont parvenus à la mégalomanie, ne présentent pas de démence, et peuvent rentrer dans le cadre du délire complet, en raison du doute qui subsiste sur la possibilité d'un acheminement ultérieur à la démence.

26 cas au contraire appartiennent au cadre des délires systématiques irréguliers, les malades étant arrivés à la démence plus ou moins avancée sans présenter de mégalomanie.

Nous sommes donc en mesure de répondre dès maintenant, avec preuves à l'appui, à quelques-uns des problèmes énoncés au début de cette première partie.

Ainsi, nous pourrions affirmer que, si la démence n'est pas l'aboutissant nécessaire du délire à évolution systématique, elle se montre du moins bien souvent, puisque sur 81 cas, 63 y sont arrivés ; elle semble donc être la terminaison habituelle.

Nous pouvons établir encore que cette démence est souvent absolue ; que si la plupart du temps le délire se laisse deviner jusqu'au bout, si les malades présentent bien l'aspect clinique savamment décrit par M. Falret, il n'en est pas moins vrai qu'elle arrive aussi à être complète et que, dans tous les cas, on peut la reconnaître aux lacunes que présente l'état mental, notamment aux

troubles profonds de la mémoire et à l'incohérence réelle des malades.

Nous pouvons dire aussi, toujours avec M. Falret, que la phase de mégalomanie n'est pas obligée ; nous l'avons vue manquer 26 fois.

Si maintenant nous essayons de traduire par une statistique ces quelques résultats, nous devons défalquer du total 81 les 12 observations des malades mortes, et celles des 4 hommes que nous y avons jointes dans le seul but d'élargir le champ de nos investigations, et n'établir nos chiffres que sur le nombre des femmes vivantes le jour où les observations ont été classées, soit le 1^{er} octobre 1895. Ce jour-là, la population féminine de l'asile s'élevait à 842 ; les délires de persécution à évolution systématique étaient au nombre de 65, soit 7.8 p. 100.

Sur ces 65 cas :

29 sont arrivés à la démence, soit 4.5 p. 100.

15 sont restés à la période mégalomaniaque, soit 2.3 p. 100.

21 sont arrivés à la démence sans mégalomanie, soit 3.2 p. 100, c'est-à-dire que la mégalomanie s'est montrée dans les deux tiers des cas (d'évolution complète, bien entendu, et abstraction faite des délires de persécution arrêtés à la période d'état et négligés jusqu'à présent).

Le procédé que nous avons employé était le seul qui nous permit d'arriver à établir ces résultats ; mais nous ne saurions lui demander davantage. Aussi ne peut-il nous fournir dès maintenant la solution définitive d'une autre question, celle de savoir s'il y a des délires de persécution qui ne dépassent pas la période d'état, et, s'il y en a, quelle est leur proportion relativement à ceux qui dépassent cette période.

En effet, lorsque d'un ensemble de cas de délire de

persécution, ramassés au hasard de la clinique sans idée préconçue, on a retiré tous ceux dans lesquels l'évolution s'est accomplie entièrement, ou du moins est allée assez loin pour qu'il ne puisse guère y avoir doute sur le développement des phases ultérieures, on s'aperçoit qu'il en reste un nombre assez considérable, ne rentrant dans aucun des groupes précédents, et qu'on ne sait où ranger pour plusieurs motifs :

1° Parce que l'évolution n'est pas terminée ou n'a pas dépassé la période d'état ;

2° Parce que les malades entrées sans renseignements à la phase mégalo-maniaque présentent à la fois des idées de persécution et de grandeur si mélangées qu'on ne saurait dire lesquelles ont ouvert la scène ;

3° Parce que le mode classique d'évolution y est inversé, la mégalo-manie s'étant montrée la première, et le délire de persécution ne paraissant s'être développé que postérieurement ;

4° Parce que le délire a été transitoire, a disparu ou s'est transformé ;

5° Parce que le délire y revêt une allure toute spéciale.

Pour toutes ces raisons, nous avons dû négliger 108 observations, dans lesquelles, ou bien le délire a revêtu des allures spéciales, ou bien l'évolution n'a pas dépassé la période d'état, ou encore son mode d'évolution a été inversé, ou enfin le délire a été transitoire, a disparu ou s'est transformé ; enfin dans lesquelles, faute de renseignements, on ne peut établir si la mégalo-manie est antérieure ou postérieure au délire de persécution.

Certains malades, en effet, entrent à l'asile en pleine phase mégalo-maniaque ; on constate chez eux l'existence ou l'absence d'idées de persécution. Dans ce dernier cas, faute de renseignements suffisants et sérieux, on ne peut pas dire que ces idées n'ont jamais existé

auparavant; ce que nous savons de la force de dissimulation des persécutés nous incite plutôt à penser le contraire. Dans le premier cas, même si les idées de persécution paraissent découler par déduction logique des idées mégalomaniaques, on n'est pas autorisé davantage à conclure qu'il n'a pas existé antérieurement un délire de persécution autrement conçu; *a fortiori* la conclusion est-elle plus difficile, si les idées de persécution ne se déduisent pas de la mégalomanie.

Nous sommes ainsi amenés à exclure des groupes précédents, huit malades dont l'état, pendant la période soumise à notre examen, peut se résumer ainsi :

OBS. LXXXII. — G... (Péronne-Marie), trente-cinq ans, domestique, entrée le 22 novembre 1878.

A l'entrée, délire mégalomaniaque intense. Possède trois millions. Idées de persécution sans lien sensible avec le délire mégalomaniaque. Est enceinte et accouche six mois après l'entrée. Le délire persiste et aboutit à la démence complète après un séjour de dix-sept ans à l'asile.

OBS. LXXXIII. — B... (Félicie), liseuse, soixante ans.

A l'entrée, délire mégalomaniaque très franc; est vicomtesse d'Artois, montre des idées de persécution.

Actuellement est encore très mégalomaniaque, hallucinée de tous les sens et présente des idées de persécution qui semblent s'atténuer. Incohérence. Affaiblissement intellectuel.

OBS. LXXXIV. — J... (Eugénie), veuve Ch., cinquante-trois ans, entrée le 6 juillet 1888.

Aurait parlé de ses richesses depuis longtemps. Ne s'avoue persécutée que depuis six mois. A l'asile, très mégalomaniaque. Incohérence, affaiblissement intellectuel. — Observée : sept ans.

OBS. LXXXV. — J... (Louise), veuve S..., soixante-huit ans, lingère, entrée le 27 avril 1892.

Entrée en plein délire mégalomaniaque. Son père était comte de Galles, sa mère, duchesse de Padoue. Elle est persécutée par Orsini.

Actuellement, persistance du même délire, mais affaiblissement intellectuel très évident. — Observée : trois ans.

OBS. LXXXVI. — L... (Thérèse), rempailleuse de chaises, cinquante-huit ans, entrée le 9 septembre 1881.

Malade méfiante et goguenarde. Délire mélangé d'idées mégalomaniaques et d'idées de persécution sans lien apparent.

Perd actuellement la mémoire et devient incohérente. — Observée : quatorze ans.

Obs. LXXXVII. — G... (Antoinette), veuve R..., cinquante-quatre ans, entrée le 8 janvier 1889.

S'appelle veuve R..., fille du schah de Perse, petite-fille du sultan, a tous les titres et tous les hauts droits. A l'observation, laisse voir tantôt des idées de persécution, tantôt des idées de grandeur.

Idées de persécution. Hallucinations de l'ouïe persistantes. Incohérence, affaiblissement des facultés. — Observée : sept ans.

Obs. LXXXVIII. — D... (Claudine), femme M..., tisseuse, cinquante et un ans, entrée le 27 avril 1882.

Une cousine germaine du côté maternel, morte aliénée.

A l'entrée : délire de persécution et de mégalomanie, formant un mélange parallèlement incohérent. Etat actuel : même état avec un peu d'affaiblissement intellectuel. Elle se défend, du reste, d'être folle et a double cerveau. — Observée : treize ans.

Obs. LXXXIX. — S... (Anne), femme M..., cinquante-sept ans, veloutière, entrée le 2 avril 1889.

A l'entrée, mélange du délire des grandeurs et des persécutions. Croit descendre d'une impératrice autrichienne. Appartient à la police comme détective. Idées de persécution paraissant se déduire des précédentes. Ainsi elle se dit persécutée parce qu'on sait qu'elle est de la police. A côté de ces idées, elle en a d'autres fondées sur des hallucinations de l'ouïe. On l'injurie, on lui parle par « porte-voix ». Même état actuellement après six ans d'observation, sans affaiblissement intellectuel apparent.

En négligeant donc ces huit cas qu'on pourrait à la rigueur, si l'on ne voulait pas être trop difficile, ranger dans les délires à évolution complète (ce qui porterait à 89 le chiffre total de ces cas et ne modifierait en somme que fort peu le résultat que nous considérons dorénavant comme acquis, c'est-à-dire que le délire de persécution systématique aboutit le plus souvent à la démence), nous

restons en présence de 100 cas difficiles à englober sans critique dans une étude de l'évolution, ce qui conduit seulement à dire que sur 170 malades, groupe des séniles déduit, il y en a 81 dont l'évolution à un moment donné n'a pas dépassé la période d'état, tandis que 89 autres l'ont dépassée.

Ce résultat est cependant bon à consigner, car si nous refaisions le même travail dix ans plus tard, certaines de nos démentes complètes seraient mortes, tandis que d'autres, sorties du groupe inclassé, seraient venues, par suite d'événements ultérieurs, prendre place soit dans le groupe mégalomanie, soit dans le groupe démence, ce pendant qu'elles auraient été remplacées à leur tour par de nouveaux cas de délire à la période d'état, et il est probable que ces changements simultanés ne modifieraient pas sensiblement les rapports numériques de ces groupes entre eux.

(*A suivre.*)

Législation

LA LOI FÉDÉRALE SUISSE

POUR LA PROTECTION DES ALIÉNÉS

Par le D^r Paul LADAME.

La Société des médecins aliénistes suisses, réunie à la Rosegg (asile de Soleure) les 25 et 26 mai 1896, avait chargé son bureau de demander au Conseil fédéral et aux gouvernements cantonaux de bien vouloir se faire représenter à une assemblée extraordinaire de la Société, dans laquelle on discuterait la question d'une application pratique des « principes » adoptés récemment par la Société comme base d'une loi fédérale, ou pour servir de modèle aux législations cantonales (1). Le Conseil fédéral répondit favorablement à cette demande, ainsi que les cantons d'Argovie, Appenzell (Rh. ext.), Bâle-Campagne, Bâle-Ville, Saint-Gall, Genève, Glaris, Lucerne, Schaffouse, Soleure, Thurgovie et Zurich. Au dernier moment le gouvernement de Genève se retira, mais ceux de Berne et des Grisons envoyèrent leur adhésion. Tous les autres cantons, sauf le Tessin et Unterwald, sans se faire représenter directement à la conférence convoquée à Zurich les 4 et 5 mars 1897,

(1) Une traduction française de ces « principes », faite par M. le D^r J. Martin, directeur de l'asile cantonal de Genève, a été publiée dans le numéro de mai-juin 1896 des *Annales médico-psychologiques*, 8^e série, t. III, p. 402.

exprimèrent toutefois le désir d'être renseignés sur les décisions qui seraient prises éventuellement dans cette réunion.

Avant d'exposer les résultats qui ont été obtenus dans cette importante assemblée, il ne sera pas inutile de rappeler brièvement par quelles phases a passé le projet de loi fédérale pour la protection des aliénés en Suisse. Ce résumé historique est indispensable pour saisir la véritable portée des résolutions votées à Zurich.

Le premier projet de loi fédérale a été présenté à la Société des médecins aliénistes suisses réunis à Baden (Argovie) les 25 et 26 avril 1871 par le professeur Brenner, comme je l'ai mentionné dans les notes sur la législation relative aux aliénés en Suisse, que M. le Dr Th. Roussel avait bien voulu me demander pour son grand rapport au Sénat en 1884 (1). Le projet Brenner, en vingt-huit articles, posait les principes qui devaient servir de base à une législation fédérale sur la protection des aliénés, spécialement au point de vue de leur situation à l'égard du droit civil et du droit pénal. Il demandait déjà un inspectorat fédéral. Nous trouvons dans l'exposé des motifs dont le professeur Brenner avait accompagné son projet, des exemples frappants de la négligence et des mauvais traitements dont les aliénés étaient encore victimes, il y a peu d'années, dans certains cantons suisses. Depuis l'époque où le professeur Brenner présentait son projet, un grand nombre de nouveaux établissements ont été construits en Suisse pour le traitement des aliénés et de grands progrès ont été réalisés, comme on pourra s'en convain-

(1) *Législation relative aux aliénés en Suisse*, par le Dr Ladame. Notes et documents concernant la législation française et les législations étrangères sur les aliénés. Annexe au rapport de M. Th. Roussel, numéro 157, t. II, p. 565. Sénat, séance du 20 mai 1884.

vaincre en prenant connaissance du rapport de M. le D^r Giraud au Congrès de La Rochelle (1).

Après la mort du D^r Brenner, le professeur Wille fut chargé de revoir son travail et le transforma en un nouveau projet qu'il présenta à la réunion de Genève en 1875, et dont le manuscrit m'a été confié par son auteur avec les documents annexes. Mais les circonstances étaient peu favorables à l'élaboration d'une loi fédérale.

Le projet ne fut pas admis par la Société, et M. Wille se réserva de le reprendre dans un moment plus opportun.

Sur ces entrefaites le mouvement partit de la Société zuricoise de secours aux aliénés. En 1878, le D^r Moor, qui était alors directeur de l'asile de Rheinau, présenta à cette Société un rapport « sur l'assistance des aliénés et sa réorganisation dans le canton de Zurich ». Dans cet important mémoire le rapporteur demande avant tout une statistique exacte des aliénés du canton, sur le modèle de ce qui se fait en Écosse, afin que l'on puisse prendre en connaissance de cause les mesures législatives nécessaires de protection et de surveillance des aliénés.

Peu d'années après, en 1881, le professeur Forel reprit la question et ne l'abandonna plus dès lors. Il présenta d'abord un rapport à la Société zuricoise de secours aux aliénés « sur l'organisation de l'assistance des aliénés, spécialement en Écosse et chez nous à Zurich », puis il porta la discussion à la Société des médecins aliénistes suisses, en élargissant son programme, qui tendait primitivement à l'élaboration d'une loi cantonale, et en préparant un projet de loi fédérale qui devait s'appliquer à la Confédération tout entière.

(1) *Des Sociétés de patronage des aliénés*, par le D^r A. Giraud. *Les Sociétés de secours aux aliénés en Suisse*, par le D^r P. Ladame. Congrès des médecins aliénistes des pays de langue française. Session de La Rochelle, 1893, p. 102.

Ce fut seulement dans la session de Schaffouse, le 20 juin 1892, que le professeur Forel fut appelé à présenter son rapport et ses propositions. Il insista sur la nécessité d'une loi fédérale et formula un projet en quelques paragraphes qui traitaient uniquement le côté administratif de la protection des aliénés, sans s'occuper du tout, comme l'avait fait Brenner, des questions de droit civil et criminel, qui doivent être traitées à part. Forel prend pour modèle la loi écossaise et demande formellement que toute l'organisation de la protection et de la surveillance des aliénés soit enlevée aux cantons pour être exclusivement attribuée au pouvoir fédéral.

Le D^r Châtelain, tout en se déclarant d'accord avec les principes du projet, critiqua cependant la façon de les mettre en pratique et s'éleva en particulier contre l'idée d'élaborer une loi fédérale, les cantons ayant avant tout le devoir de faire régner l'ordre chez eux.

A Coire, l'année suivante, les D^{rs} Burkhardt, de Préfargier (Neuchâtel), et Ladame (Genève) firent la même opposition et s'efforcèrent de démontrer les inconvénients qu'il y aurait à appliquer une loi fédérale qui rencontrerait une puissante opposition dans les cantons romands en particulier. En 1894, la Société réunie au Burghölzli (Zurich), adopta un projet de loi qui lui fut soumis par le professeur Forel.

Le 4 juin 1895, à Königsfelden (Argovie), la Société nomma une commission pour préparer une rédaction définitive du projet Forel, qui fut soumis à une sérieuse discussion le 27 octobre suivant, dans une séance extraordinaire convoquée dans ce but à Olten. Tous les projets ayant été jusqu'alors rédigés en langue allemande, je proposai de charger le D^r J. Martin, de Genève, de les traduire en français, afin que cette traduction, faite par un homme compétent, ne fût pas

défigurée par les barbarismes ordinaires du « français fédéral ». C'est ce travail qui a été publié récemment dans les *Annales*, avec les modifications qui furent apportées à Olten au texte primitif. En effet, l'opposition au projet Forel, qui voulait remettre toute l'organisation de la protection et de la surveillance des aliénés entre les mains de la Confédération, s'accrut et réussit à atténuer certaines dispositions par trop centralisatrices de ce projet. D'abord, au lieu d'un véritable projet de loi construit de toutes pièces, on se contenta de formuler des « principes » pouvant servir de base à une loi fédérale et éventuellement aux législations cantonales. Puis, à propos de la commission fédérale, on ajouta que la surveillance et l'inspection des aliénés auraient lieu « avec la coopération des cantons ». Plusieurs membres firent du reste leurs réserves formelles sur l'opportunité d'une loi fédérale.

L'article 1^{er} restreignant le nombre des aliénés placés sous la protection de la loi à ceux qui sont internés dans les asiles publics ou privés, je fis remarquer que la loi de Genève du 25 mai 1895 sur le régime des aliénés allait beaucoup plus loin, puisqu'elle soumettait à ses dispositions tous les aliénés domiciliés dans le canton, ainsi que les aliénés genevois domiciliés à l'étranger. Jamais on n'accepterait à Genève une loi fédérale qui apporterait déjà une restriction importante à cette prescription. On fit observer aussi qu'il y aurait des conflits inévitables entre les inspecteurs fédéraux et les commissions de surveillance cantonales. M. Burckhardt rappela le sort malheureux du fameux « bailli scolaire », c'est-à-dire de l'inspecteur fédéral des écoles dont on voulait doter les cantons ; le « bailli des fous » serait certainement moins populaire encore ! Bref, ces critiques furent entendues et exercèrent sans aucun doute une influence favorable qui eut pour effet de rendre plus pra-

tiques et plus acceptables les desiderata des médecins aliénistes.

La Confédération suisse n'est pas l'Écosse ; en voulant copier l'organisation écossaise, qui est excellente pour ce pays, et l'appliquer telle quelle chez nous, on ferait assurément fausse route. Qu'on s'inspire de la création du service des aliénés de l'Écosse, nous sommes pleinement d'accord, mais qu'on ait soin dans ses applications à un autre pays de tenir compte des traditions historiques et des circonstances particulières de ce pays, c'est ce qui nous paraît indispensable. C'est même là une condition élémentaire pour réussir. Or, en Suisse, les traditions cantonales sont toujours très fortes ; les différences si profondes de race, de langue, de religion, de mœurs et de coutumes, qui s'observent entre les différents cantons, opposeront longtemps encore une résistance invincible à la centralisation dans une foule de domaines qui relèvent de la souveraineté cantonale. Depuis bien des années, presque tous les projets venus de Berne, à tendances plus ou moins centralisatrices, ont été régulièrement repoussés par la grande majorité du peuple suisse et des cantons.

D'autre part, il est évident que les cantons isolés et réduits à leurs propres forces sont impuissants à assurer un service convenable de protection des aliénés, bien que la plupart d'entre eux aient fait dans ce sens des efforts considérables, qui ont déjà produit d'excellents résultats. Devant l'impossibilité constatée d'arriver à l'élaboration d'une loi fédérale, il ne restait donc à la Société des psychiatres suisses d'autre alternative que celle de tenter la création d'un concordat, c'est-à-dire la réunion d'un certain nombre de cantons se confédérant ensemble dans le but spécial d'une bonne organisation du régime des aliénés.

Ce but sera-t-il atteint ? C'est ce que l'avenir nous

apprendra. L'assemblée de Zurich en fait, toutefois, bien augurer. On y comptait, en effet, dix-sept délégués officiels, représentant dix cantons (Argovie, Berne, Saint-Gall, Glaris, Grisons, Lucerne, Schaffhouse, Soleure, Thurgovie et Zurich), et trois demi-cantons (Appenzel, Rhodes-Extérieures, Bâle-Ville et Bâle-Campagne). Le délégué du Conseil fédéral, le docteur Schmid, directeur du bureau sanitaire fédéral, étant à la conférence de Venise, n'avait pu se rendre à Zurich.

Dans une séance préliminaire, la Société des médecins aliénistes adopta le programme suivant, en cinq articles, qui fut distribué à tous les délégués, ainsi qu'un exposé des motifs, très bien ordonné, publié par M. le professeur Dr von Speyer dans le *Correspondenz Blatt für Schweizer Aerzte* (1).

ESQUISSE D'UN CONCORDAT INTERCANTONAL POUR
LA PROTECTION DES ALIÉNÉS (2).

I. — Sont placés sous la protection et la surveillance de l'inspectorat intercantonal, les aliénés :

- a) Qui sont internés dans les asiles publics ou privés;
- b) Qui sont sortis « non guéris » de ces asiles, et mis en traitement chez les particuliers (jusqu'à leur guérison);
- c) Qui sont interdits ou assistés;
- d) Qui demandent eux-mêmes à être placés sous la protection de l'inspecteur.

II. — Les cantons concordataires nomment dans ce but un inspecteur, médecin-aliéniste expérimenté et

(1) Grundsätze für ein Bundesgesetz zum Schutze der Geisteskranken, besprochen von prof. v. Speyer, directeur de la *Waldau*. *Correspondenz Blatt für Schweizer Aerzte*, nos 22 et 23, p. 713 et 743. 1896.

(2) Traduit de l'allemand.

compétent, en lui adjoignant le personnel nécessaire et un conseil ayant les connaissances juridiques requises. L'inspecteur ne peut exercer aucune autre profession ; il doit visiter en temps déterminés tous les aliénés énumérés au § I, et il présentera aux autorités cantonales des rapports réguliers ou extraordinaires, dans les cas spéciaux, ainsi que des propositions. L'inspecteur s'inspirera pour son activité des « principes » qui ont été adoptés par la Société des médecins aliénistes suisses pour le projet de loi fédérale sur la protection des aliénés.

III. — Pour faciliter la tâche de l'inspecteur, les directions de tous les asiles publics ou privés qui traitent des aliénés, ainsi que toutes les administrations des orphelinats et des institutions de bienfaisance, sont invitées à lui notifier régulièrement tous les aliénés qui entrent dans les asiles et ceux qui sont interdits ou assistés. En outre, l'inspecteur sera avisé de la sortie des asiles suivant la prescription du § I, lettre *b*.

IV. — La surveillance immédiate des aliénés et leur traitement auront lieu du reste, comme cela s'est fait jusqu'ici, par les organes ordinaires du gouvernement, les commissions de surveillance et les autres autorités administratives des divers cantons. Il en est de même pour les directions médicales des asiles, ainsi que pour les dispositions législatives cantonales qui restent en dehors de l'activité de l'inspection.

Par contre, l'inspecteur a le devoir de signaler sans ménagement aux gouvernements cantonaux tous les vices qu'il aurait découverts, et de leur présenter ses propositions sur les réformes et les améliorations qu'il estimerait nécessaires pour le traitement et la protection des aliénés, aussi bien que pour les modifications à introduire dans les règlements législatifs du régime des aliénés.

V. — Tous les aliénés, ainsi que leurs parents, ont le

droit de s'adresser à l'inspecteur et de lui soumettre leurs griefs sur les soins, les traitements ou les jugements dont ils auraient à se plaindre.

On remarquera la différence fondamentale qu'il y a entre cette esquisse et les principes adoptés auparavant pour le projet de loi fédérale. D'après celui-ci l'inspecteur avait les pleins pouvoirs pour agir, améliorer et modifier, tandis que maintenant on ne lui donne plus ce pouvoir, et il devra se borner à observer et à faire rapport : ce sont les administrations cantonales qui agiront et modifieront. Et même, réduite à ces modestes proportions, l'institution d'un inspectorat intercantonal a été le point le plus critiqué du projet de concordat par les représentants des cantons.

Avant d'être définitivement acceptée, cette institution sera sans doute encore modifiée, spécialement pour ce qui concerne les attributions de l'inspection et les conditions qu'elle devra remplir. Nous ferons remarquer, en particulier, que le projet Forel, en exigeant que l'inspecteur ne soit choisi que parmi les médecins aliénistes qui auront été pendant dix ans, au moins, directeurs-médecins dans un asile, restreint beaucoup trop le choix des autorités appelées à faire cette nomination. En voulant prendre toutes ses précautions pour avoir un inspecteur trié sur le volet, parmi les plus compétents, on risque ainsi d'être forcé d'appeler à ces fonctions, un homme qui aura passé sans doute un grand nombre d'années dans les asiles, mais qui fera peut-être un inspecteur exécrationnable, parce qu'il aura de la routine au lieu d'expérience, ou parce que son caractère ne conviendra pas à ces délicates fonctions. Les qualités qui font un bon directeur ne sont pas les mêmes que celles qui sont nécessaires pour être un bon inspecteur. Enfin l'inspectorat ne doit pas

devenir une retraite pour les directeurs invalides ou découragés. En outre, de son expérience psychiatrique et de son caractère conciliant, l'inspecteur devrait avoir avant tout des qualités actives, de l'initiative, du dévouement et de la persévérance.

Mais revenons à l'assemblée de Zurich du 5 mars 1897, présidée par M. le professeur Forel, qui ouvrit la séance en souhaitant la bienvenue aux représentants des cantons, et en rappelant que les questions soulevées par l'aliénation mentale étaient à l'ordre du jour dans tous les pays. Partout les médecins aliénistes sont attaqués et accusés de se rendre coupables de séquestrations arbitraires. C'est à leur initiative cependant que l'on doit toutes les améliorations du traitement des aliénés et les abus ne sont pas où les politiciens et les journalistes les dénoncent, mais bien dans les mauvais traitements auxquels sont exposés les aliénés en dehors des asiles. Forel cite plusieurs exemples révoltants qu'il a observés dans le canton de Zurich, dont les conditions ne sont certainement pas plus mauvaises qu'ailleurs. Chacun demande des réformes à sa manière ; mais si nous ne travaillons pas à faire accepter les nôtres, c'est contre les médecins aliénistes et les asiles que ces réformes se feront.

Le professeur von Speyer, de Berne, avait été chargé de développer les motifs de l'« esquisse », et il le fit d'une façon vraiment magistrale. Il montra d'abord que l'on ne s'inquiétait nullement de l'intérêt du malade, mais qu'on se plaçait uniquement au point de vue social, lorsqu'il s'agissait de prendre des mesures contre l'aliéné. On le prive de ses droits civils, on le prive de sa liberté et on le déclare irresponsable. Souvent l'aliéné proteste contre sa séquestration et ses conséquences. L'Etat enlève à l'aliéné une foule de droits et que lui offre-t-il en compensation ?

Le devoir de l'État serait de remplacer ce qu'il prend à l'aliéné en s'occupant activement de sa personne. La tutelle ou plutôt la curatelle ne vise en réalité que la fortune du malade ; on ne s'inquiète guère de ceux qui n'en ont pas. Ah ! sans doute on prend toute espèce de précautions pour le testament de l'aliéné, mais on ne se soucie pas de le placer dans les conditions les plus favorables à sa guérison. Un très grand nombre de malades sont traités hors des asiles. Il faut que l'État puisse aussi les protéger et les surveiller. Tous les aliénés doivent être placés sous sa protection, comme le prescrit la loi de Genève. C'est là un principe fondamental qu'on ne saurait assez proclamer. Le D^r von Speyer cite un certain nombre de cas propres à en démontrer la nécessité. On éviterait ainsi bien des malheurs, des crimes et des suicides. L'orateur critique en passant la composition de la Commission de surveillance des aliénés dans le canton de Genève, le point faible de cette loi, dit-il, qui est excellente du reste, mais qui ouvre ici la porte à la nomination d'hommes politiques et de personnes incompetentes. La composition de cette commission est contraire à nos principes. Il ne faut pas qu'une commission de surveillance des aliénés puisse être composée n'importe comment ! Le point le plus important de la protection des aliénés n'est-il pas précisément d'en confier la surveillance aux personnes compétentes ?

Il va sans dire que les commissions de surveillance ne doivent pas avoir un trop grand pouvoir et former un État dans l'État. Jamais les gouvernements cantonaux n'accepteraient une semblable institution. Nous savons que nous devons faire des concessions dans l'application pratique de nos principes, et nous attendons les observations des représentants des cantons. Certaines idées théoriques seront impossibles à réaliser ; nous sommes semblables à celui qui demanderait le petit doigt, non

pas pour avoir le bras, mais bien la personne tout entière, et si un canton seulement adoptait nos principes comme base de ses mesures législatives pour la protection des aliénés, nous sommes assurés que d'autres suivraient bientôt son exemple et que la Suisse finirait par y passer.

Le conseiller d'État Fahrländer, d'Argovie, prend le premier la parole ; il rend hommage à l'initiative de la Société des médecins aliénistes suisses et dit qu'en effet il y a des réformes nécessaires, que la Confédération pourrait seule entreprendre. Mais ce n'est pas le moment d'y penser. Il faut qu'un certain nombre de cantons s'unissent dans ce but. Plus tard, si l'affaire est bien organisée, d'autres cantons viendront s'y joindre. A la sortie d'un aliéné de l'asile, le directeur et le Conseil d'État encourent une grande responsabilité. Il serait nécessaire qu'un homme compétent puisse intervenir à ce moment-là et en porter la responsabilité.

M. Schmidt, conseiller d'État des Grisons, dit que l'inspectorat fédéral ou extra-cantonal ne serait pas facilement accepté dans son canton. La question financière jouera aussi son rôle et le canton des Grisons a en perspective de grosses dépenses pour agrandir son établissement de Waldhaus.

Le conseiller Iselin, de Bâle-Ville, est gagné à l'inspectorat, qui lui paraît nécessaire, tandis que M. Glaser, représentant de Bâle-Campagne, où il n'y a point d'asile de curables, voit de grandes difficultés à l'application des principes des médecins-aliénistes. La question ne lui paraît pas mûre. Il repousse l'inspectorat et n'est pas favorable à un concordat. M. Kreiss (de Thurgovie) ne trouve pas les demandes des aliénistes exagérées. Une loi fédérale n'est pas possible. En tout cas l'inspectorat des cantons concordataires devrait être institué par des mesures législatives pour avoir quelque autorité, et le

conseiller thurgovien voit ici de grandes difficultés. Ce sera difficile de faire voter la chose au peuple, car la liberté personnelle des citoyens est en jeu dans cette question. Avant de faire un concordat il faut étudier avec soin ce qui existe déjà dans les cantons.

M. Hänggi, conseiller d'État à Soleure, parle aussi contre la centralisation. Il pense qu'on peut accepter les principes pour un concordat. Mais il faudra un crédit prévu au budget de chaque canton concordataire.

A Saint-Gall, dit M. Ruckstuhl, il faudra s'attendre à une grande résistance dans le peuple contre l'inspectorat, tandis que dans le canton de Berne, d'après M. Klay, le peuple sera plutôt favorable. Si l'État a le droit d'inspecter les fabriques, ajoute le conseiller bernois, il doit à plus forte raison avoir aussi le droit et le devoir de protéger et de surveiller les aliénés. Mais les difficultés dans la pratique sont grandes. Comment faire? Une loi fédérale est impossible. Le concordat exige une législation cantonale, car il s'agit d'entraver la liberté personnelle.

Le D^r Keller, secrétaire de la Direction sanitaire du canton de Zurich, dit que les asiles de ce canton ne sont pas inspectés, mais que les lois actuelles suffisent pour assurer ce service, car elles s'occupent soigneusement des indigents et de leur hygiène. Nous avouons n'avoir pas très bien compris cette argumentation. Pour conclure, M. Keller annonce qu'en tout cas le canton de Zurich ne s'opposera pas à la création d'un nouveau rouage, l'inspectorat des aliénés.

A Schaffhouse, le Conseil d'État n'a pas encore examiné la question. M. Hug, qui représente ce canton, dit qu'il est difficile de savoir ce qu'en pensera le Grand Conseil.

M. Schindler, de Glaris, annonce que son canton a déjà recueilli une somme de plus de 450,000 fr. pour la

construction d'un asile d'aliénés. Le délégué glaronais n'a point d'instructions, pas plus que ses collègues, le gouvernement se réservant d'examiner les décisions qui auront été prises à Zurich. Toutefois il n'est pas probable que Glaris entrera dans le concordat, au moins tant qu'il n'aura pas d'asile cantonal. Il n'y a du reste point d'asiles privés ni d'aliénés placés dans le canton.

Le représentant de Lucerne, le conseiller Vogel, n'a pas non plus d'instructions, il est venu *ad audiendum et referendum*. A Lucerne le régime des aliénés est bien organisé. Grâce à la Société de secours, le peuple est bien éduqué et les malades sont placés rapidement à l'asile de Saint-Urbain, dans lequel le peuple lucernois a pleine confiance. Les « buveurs » ne sont pas considérés comme appartenant à l'asile. Ce sont les plus difficiles à placer. Une loi sur les aliénés est en préparation dans ce canton. La présente réunion sera un encouragement pour les cantons qui ont à cœur de s'occuper de l'amélioration des aliénés.

M. Lutz, conseiller d'État d'Appenzell (Rhodes-Ext.), fait les mêmes réserves que ses collègues, en disant que dans son canton on s'intéresse beaucoup à tout ce qui sera fait à l'assemblée de Zurich, et qu'on s'apprête à en tirer profit pour l'organisation du régime des aliénés.

M. von Speyer remercie les représentants des gouvernements cantonaux pour les observations qu'ils ont bien voulu faire. Il dit que l'inspection des malades est aussi nécessaire dans les cantons qui n'ont point d'asile que dans les autres. A Berne aussi on a projeté une loi, mais on craint le verdict du peuple. Il faut préparer l'opinion, et sous ce rapport nul n'est mieux placé que les sociétés cantonales de secours aux aliénés, qui ont déjà tant fait de bien en Suisse pour leur protection.

C'est une pétition de cette Société qui a forcé le Grand Conseil bernois de s'occuper de cette question.

Une commission de sept membres (1), dont cinq conseillers d'État et deux médecins-aliénistes, est nommée séance tenante, et chargée de faire un travail préparatoire en se basant sur les principes adoptés par la Société des aliénistes suisses. Les membres de l'assemblée se sont séparés avec la certitude que cette commission trouvera un terrain commun d'entente pour la formation d'un concordat, qui sera peut-être le point de départ d'une organisation générale de la protection des aliénés dans toute l'étendue de la Confédération.

(1) MM. Fahrländer (Argovie), président, Klay (Berne), Vogel (Lucerne), Schmidt (Grisons), Ruckstuhl (Saint-Gall), les prof. Forel et von Speyer.

Revue critique.

LES MYOCLONIES

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

Par Jules SOURY

Directeur-adjoint de l'École des Hautes-Études.

Dans son étude sur l'état des mouvements que présentent les épileptiques pendant les intervalles qui séparent les accès, Russel Reynold, après avoir signalé du tremblement, des convulsions, des spasmes toniques et cloniques, tous symptômes qui peuvent coexister chez un même individu, trouve qu'« à peu près les *trois quarts* des épileptiques souffrent, sous une forme quelconque, dans les périodes interparoxystiques, de troubles moteurs ». Le spasme *clonique* est le phénomène de cette nature qui, selon lui, se présenterait le plus souvent, entendant par là aussi bien de légères contractions musculaires à peine remarquées par le malade que des secousses du corps tout entier, rappelant la danse de Saint-Guy. « L'un et l'autre mouvement se dérobe, dit-il, au contrôle de la volonté et n'est accompagné pour le malade d'aucune sensation ; il se produit même souvent avec un degré d'intensité plus considérable pendant le sommeil que durant la veille. Mais, dans l'épilepsie simple, les deux phénomènes se manifestent irrégulièrement quant au moment de leur apparition ; ils varient également relativement aux points du corps qu'ils affectent ; ils se distinguent par là des mouvements spasmodiques qui peuvent être observés dans la méningite chronique et dans d'autres lésions des centres nerveux. » Russel Reynold cite le cas suivant de *mouvements spasmodiques associés à l'épilepsie* : « Homme

de vingt ans, convulsions dentaires dans l'enfance. A seize ans, attaque d'épilepsie. Pendant neuf mois, les attaques se reproduisirent tous les quatorze jours, depuis irrégulièrement. Deux ou trois jours après la première attaque se montra le symptôme auquel il donne le nom de « chocs » ; ceux-ci étaient fréquents. A un degré peu accusé, ils ne provoquent que des *mouvements rapides du bras, subits et de courte durée*, ou bien un mouvement d'*expiration*, qui produit une sorte de grognement ou d'aboiement ; parfois suit une *secousse des jambes*. Si les secousses sont plus intenses, elles le précipitent à terre, ce qui a eu lieu quelquefois avec une violence telle, que les dents sont sorties de ses mâchoires. Il est lancé au loin, *mais ne perd pas la conscience*. La fréquence et la violence de ces mouvements augmentent aussi bien sous l'influence de toute *excitation morale* ou *intellectuelle* que par l'effet de *l'absorption de mets indigestes*. Ils se montrent sûrement s'il penche la tête en avant. A la suite d'un traitement de plusieurs mois, les attaques s'arrêtèrent, puis les « chocs ».

Bresler, qui a cité ces travaux de Reynold en manière d'introduction à un essai sur l'*Epilepsie spinale*, parce que l'observation rapportée par l'auteur anglais présente la plus grande ressemblance avec deux observations qu'il publie lui-même, et avec d'autres encore, dus à Unverricht (1), constate, dans tous ces cas, la *coexistence de la myoclonie avec l'épilepsie*. Ces attaques d'épilepsie fournissent, selon lui, un diagnostic certain : ils excluent l'hystérie. L'affaiblissement progressif de l'intelligence et l'issue fatale de cette affection, dans les cas de Bresler, confirment encore cette manière de voir. La nature épileptique des accès est également hors de doute dans les cas de Reynold et d'Unverricht. La myoclonie a pourtant été rattachée à l'hystérie par quelques auteurs (Moebius, Strümpell, Hirt, Pitres). Moebius a pu supposer que les cas d'Unverricht relevaient de la chorée progressive chronique et Oppenheim croit douteux que ces mêmes cas appartiennent au

(1) Unverricht. Ueber familiäre Myoclonie. *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*. Bd VII, 1895.

paramyoclonus multiplex de Friedreich. Unverricht, qui admet l'autonomie de la maladie de Friedreich, a insisté sur les différences qui distinguent, des mouvements de la chorée, les contractions myocloniques des cas qu'il a observés, contractions irrégulières, non rythmiques, explosives à la manière des décharges électriques, localisées à certains muscles ou faisceaux de muscles isolés : la myoclonie n'appartient pas à la chorée.

Et pourtant Bötticher, qui distingue deux types principaux, attribue l'un, la maladie de Friedreich, à l'hystérie, il tient l'autre, la myoclonie d'Unverricht, pour identique à la chorée de Huntington (1). Selon G. Lemoine, le *paramyoclonus* devrait même rentrer dans la famille des chorées, à côté de la chorée électrique et de la maladie des tics. C'est d'ailleurs un syndrome à symptômes flottants et dont il convient de ne pas faire une entité morbide nettement caractérisée (2). Trois signes constants peuvent pourtant servir au diagnostic différentiel entre le *paramyoclonus* et la maladie des tics convulsifs : 1° l'instantanéité des spasmes ; 2° leur incoordination absolue et leur ressemblance à des secousses électriques (ils ne sont ni synchrones ni rythmiques) ; 3° l'influence exercée sur eux par la position du malade : « Le spasme est rapide, instantané, dit Lemoine, qui a certes contribué à établir la symptomatologie de ce syndrome ; il ne développe dans la majorité des cas aucun mouvement ayant l'apparence d'un mouvement volontaire... Les spasmes du *paramyoclonus* n'affectent aucune apparence de coordination ; ils sont quelconques, et ne constituent pas des *gestes* comme ceux des diverses formes de chorée. Ce signe est constant. »

Il s'agirait, à considérer l'ensemble des symptômes, d'une *névrose épileptique*. Aussi Bresler invoque-t-il les recherches de pathologie expérimentale de Brown-Séquard sur les cobayes rendus épileptiques à la suite de certaines lésions de la moelle épinière : quelque temps

(1) Bötticher. Zum Wesen des *Paramyoclonus multiplex*. *Neurol. Centralbl.*, 1895, 894.

(2) G. Lemoine (Lille). Note sur un cas de *paramyoclonus multiplex* suivi de troubles psychiques et d'écholalie. *Rev. de médecine*, XII, 1892, 882 sq.

après apparaissait un état d'hyperexcitabilité de l'animal, des convulsions spasmodiques, d'abord dans certains groupes de muscles, puis des attaques d'épilepsie généralisées. Les attaques éclataient en partie spontanément, en partie par l'effet d'une irritation portée sur certains points de la *peau*. L'affection convulsive, observée chez les cobayes après certaines lésions de la moelle épinière, avait reçu de Brown-Séquard le nom d'*épilepsie spinale* (1858). Schiff, Westphal et Nothnagel confirmèrent ces recherches. En reprenant le nom d'épilepsie spinale pour désigner les cas de myclonie associés à l'épilepsie qu'il publie, Bresler veut seulement dire que la « lésion ou altération épileptique », idiopathique naturellement, peut aussi se constituer, primitivement et électivement, dans la moelle épinière, pour passer ultérieurement ou occasionnellement dans le cerveau : dans cette dernière circonstance, c'est-à-dire par la production de convulsions avec perte de conscience, la névrose acquiert un caractère nettement épileptique. Nothnagel lui-même avait fait voir, et les recherches de Frensberg et de Schroff ont montré, que « la substance de la moelle épinière réagit sur les troubles de la circulation (avec convulsions) de la même manière que des centres du pont et de la moelle (le *Krampfzentrum*) ». Friedreich avait supposé que le siège du *paramyoclonus multiplex* devait se trouver dans les cornes antérieures; Unverricht a repris et vérifié cette hypothèse au moyen de recherches expérimentales, si bien que la plupart des auteurs partagent aujourd'hui ce sentiment. Dans les expériences de Turtschaninow, sur lesquelles s'appuie Unverricht, où des contractions myocloniques ont pu être provoquées chez des chiens par des injections d'acide phénique, ces contractions, déterminées expérimentalement, ont rappelé les cas cliniques de myoclonie d'Unverricht. Turtschaninow a vu persister ces contractions même après l'ablation du cerveau, après la section du pédoncule cérébral, après une section d'une région élevée de la moelle épinière.

Envisagée au point de vue de la théorie des neurones, Bresler considère « la *myoclonie épileptique*, ou *épilepsie spinale*, comme une affection des neurones moteurs de premier ordre, due à l'« altération épileptique » (Nothnagel), à laquelle peut s'ajouter une affection

semblable des neurones de deuxième ordre ». Involontairement, la *chorée électrique* d'Hénoch Bergeron, dont Remak, Homen, Schultze, Seeligmüller ont montré les rapports étroits avec le *paramyoclonus multiplex*, s'impose ici, comme comparaison, à l'esprit de Bresler, chorée caractérisée « par des mouvements rythmiques, par des convulsions *cloniques* qui, partis d'ordinaire des muscles des mains ou des pieds, s'étendent au reste des membres, et s'accompagnent de violentes attaques convulsives paroxystiques, intercurrentes, avec ou sans perte de conscience... Les symptômes de chorée électrique doivent être en partie rapportés à des altérations de la moelle, de la moelle cervicale en particulier, ainsi qu'à l'hyperémie et à l'œdème du cerveau ». (Eulenburg, *Realencyclopædie*, art. *Chorea*.) Ici encore, le processus monterait de la moelle épinière au cerveau, du neurone de premier ordre au neurone de second ordre.

Ziehen a réuni sous le nom de *myoclonie*, le *paramyoclonus multiplex*, la chorée électrique et la maladie des tics (1888). Mais Brissaud a insisté sur les caractères différentiels qui distinguent les *tics* et les *spasmes cloniques* de la face : ceux-là ont un caractère psychique et sont d'origine corticale ; ceux-ci sont de simples reflexes d'origine bulbaire (1). Enfin, Bresler cite, d'après Sepilli, trois autres cas de *myoclonie familiale* liée à l'*épilepsie* (deux frères et une sœur). Mais l'association de la myoclonie à l'épilepsie amène l'auteur italien à localiser le siège de cette affection dans l'écorce cérébrale. Bresler persiste au contraire à la considérer comme d'origine spinale, mais constituant avec l'épilepsie une

(1) E. Brissaud. *Leçons sur les maladies nerveuses* (Salpêtrière, 1893-1894). Paris, 1895, 502 sq. « Le spasme est un acte exclusivement réflexe, d'origine spinale. Le tic est un acte cérébral cortical, c'est une maladie psychique. Rien ne peut arrêter le spasme, acte réflexe. Dans le tic, au contraire, acte cérébral cortical, la volonté intervient ou peut intervenir. » « Le tic est une maladie psychique », dit Charcot (*Leçons du mardi*, I, 115). « Le tic est une chorée de l'habitude », écrit Ehrlich. Enfin Brissaud fait cette remarque profonde que, lorsqu'ils font preuve d'un état mental défectueux, les spasmodiques à simple torticolis, à renversement de la tête en arrière, à convulsions ni toniques, ni *cloniques* (?), appartiennent parfois « à la période prodromique de la *paralysie générale* ».

nuité nosologique, là du moins où elle coexiste avec l'épilepsie chez un même individu (1).

Sans insister sur l'affection spasmodique musculaire qui, dans la description de Seppilli (2), ressemble à celle des cas jusqu'ici connus de myoclonie familiale associée à l'épilepsie, nous devons relever l'existence de ces contractions instantanées, de ces secousses brusques, « analogues à celles que produit un fort courant électrique », la participation des muscles de la face et du tronc aux contractions fibrillaires et aux contractions cloniques des différents groupes musculaires des membres, tantôt faibles, tantôt d'une violence telle que ceux-ci sont le siège de fortes secousses et déviés de leur position ; ces spasmes avaient lieu pendant les mouvements volontaires aussi bien que durant le repos ; arrêtés dans le sommeil, ils s'exaltaient dans des états émotifs et dans des périodes qui précédaient et suivaient les attaques d'épilepsie. Les stigmates physiques et psychiques de dégénération, relevés par Seppilli sur ses malades, l'amènent à considérer la myoclonie comme un produit de dégénérescence, d'accord avec Raymond, qui insiste à cet effet sur le caractère familial de cette affection (3). Quant à la pathogénie,

(1) Bresler. Ueber Spinalepilepsie. Krankheitsgeschichten zweier Geschwister. *Neurol. Centralbl.*, 1896, 1015 sq.

(2) G. Seppilli. Un caso di mioclonia familiare associata all'epilessia. *Riv. speriment. di fren.*, XXI, 1895, 326 sq.

(3) Raymond. Des myoclonies. *La Sem. méd.*, 1895. *Clinique des maladies du système nerveux* (1894-1895). Paris, 1896, 551 sq.

« Les diverses modalités de la myoclonie décrites jusqu'à ce jour, enseigne le professeur Raymond, se développent sur une souche commune : la dégénérescence héréditaire ou acquise... Un des produits de cet état de dégénérescence est représenté par les maladies familiales. Or les affections qui rentrent dans le groupe des myoclonies, et qui vont du *tremblement fibrillaire* à la *maladie des tics*, en passant par le *myoclonus*, par la *chorée électrique* et par le *tic non douloureux de la face*, ces affections peuvent revêtir le caractère familial (Ewald, Unverricht)... Je crois donc pouvoir formuler cette conclusion, à savoir que le *paramyoclonus multiplex* de Friedreich n'est qu'un des anneaux d'une chaîne d'états pathologiques qu'on peut, à la rigueur, englober sous le nom collectif de *myoclonie*, parce qu'ils sont caractérisés par des spasmes musculaires cloniques. » P. 569. Cf. E. Ricklin. Sur le paramyoclonus multiple. *Paramyocl. mult. de Friedreich. Gaz. méd. de Paris*, 1888. Weiss (Ueber Myoclonie. *Wiener Klinik*, 1893) rapporte un cas qui, au point de vue de la *disposition héréditaire*, est

Friedreich, Löwenfeld, Marie, Venturi, et les auteurs que nous avons cités, ont admis que la myoclonie est une affection spinale. Mais Rubino (1887), en décrivant un cas compliqué d'athétose, a rapporté le paramyoclonus à une affection *cérébrale* consistant dans un état d'irritabilité fonctionnelle de la substance grise corticale. Minkowski et Grawitz considèrent également la myoclonie comme d'origine cérébrale; Raymond y incline.

« La *doctrine corticale* appliquée à la genèse des myoclonies reçoit, selon nous, écrit Seppilli, un puissant appui dans les cas que nous avons décrits, simplement par le fait que les *phénomènes myocloniques* s'y trouvent *associés à l'épilepsie*. On sait, grâce aux études de Luciani, que l'ensemble des centres moteurs de l'écorce cérébrale constitue l'organe essentiel des convulsions épileptiques. Or, dans nos cas, l'association des phénomènes myocloniques aux convulsions et leurs exacerbations dans les périodes pré et postparoxystiques, nous portent à croire que ces deux ordres de phénomènes sont bien la suite d'un même état morbide de la zone excitable du cerveau. D'autre part, une irritation de cette zone, variable d'intensité, d'étendue et de durée, expliquerait fort bien les différents processus myocloniques, les spasmes musculaires sous forme de contractions faibles ou les secousses analogues à celles que détermine un courant électrique, soit uniques, soit multiples, soit circonscrits à une région, soit généralisés à un côté ou aux deux côtés du corps. La *convulsibilité* des points moteurs, de même qu'elle provoque l'épilepsie générale ou partielle, peut également être la cause des phénomènes myocloniques. Ainsi, nous ne refusons pas d'admettre que les autres parties du système nerveux central (ganglions de la base, bulbe, moelle épinière) ne puissent participer à l'affection : nous croyons seulement

fort important : chez sept membres d'une famille, il existait des convulsions cloniques, arythmiques. Enfin, Orazio d'Allocco a particulièrement insisté sur le caractère familial de la myoclonie, ainsi que sur la valeur de cette altération fonctionnelle neuromusculaire comme symptôme d'un état dégénératif et surtout de l'hystérie et de l'épilepsie : la myoclonie est un des stigmates de la dégénérescence (*Riforma medica*, janv., I, n° 19-21, 1897).

que ces régions n'exercent qu'une action secondaire et non principale sur la pathogénie de la *myoclonie*. »

C'est à l'interprétation donnée par Friedreich lui-même (1881) de la nature de la myoclonie que s'est rangé Unverricht : une excitation des cellules motrices des cornes antérieures de la moelle épinière, voilà la cause des contractions musculaires ou secousses convulsives cloniques du *paramyoclonus multiplex*. Les myoclonies congénitales sont des affections « familiales », mais non des névroses émotionnelles (*Schreckneurose* de Friedreich), acquises au cours de la vie extratérine. Une disposition innée est le terrain nécessaire à l'apparition de cette affection. Quant à sa localisation dans le névraxe, Unverricht cite la *théorie musculaire* de Popoff et la *théorie cérébrale* de Minkowski et de Grawitz. Une expérience absolument démonstrative de Vanlair (1889), qui s'est efforcé d'élucider la pathogénie des myoclonies, a établi, au dire du professeur Raymond, que l'hypothèse qui ferait dépendre le syndrome décrit par Friedreich de lésions des *nerfs moteurs* ne peut se soutenir. Sur un chien atteint de spasmes myocloniques d'un caractère particulier, Vanlair a reconnu que ces spasmes n'étaient pas supprimés par la curarisation, laquelle a pour effet de paralyser les terminaisons intramusculaires des nerfs moteurs. Minkowski avait écrit que « les contractions *cloniques* de l'affection sont d'ordinaire d'origine cérébrale, tandis que les convulsions qui ont leur origine dans la moelle épinière sont surtout de nature *tonique* ». Unverricht déclare ici de nouveau que les cellules nerveuses du cerveau et de la moelle épinière peuvent aussi bien présenter la forme d'excitation clonique que tonique, et que de même que la moelle épinière séparée du cerveau détermine, dans l'épilepsie spinale, des convulsions cloniques dans la moitié inférieure du corps, l'écorce cérébrale et les ganglions infracorticaux peuvent inversement provoquer des convulsions toniques (1). « J'inclinerais fort à croire, écrivait Grawitz (1890), que le siège de la myoclonie doit être localisé en un point où les centres d'innervation de la

(1) Unverricht. Ueber tonische u. clonische Muskelkrämpfe. *Arch. f. klin. Med.*, XLVI.

jambe, du bras, du facial et de l'hypoglosse se trouvent précisément à proximité, c'est-à-dire dans les *convulsions centrales*. Ou bien il faut chercher la cause du mal dans les centres moteurs mêmes de l'écorce cérébrale ou sur le trajet que les nerfs des extrémités inférieures et supérieures et du facial font ensemble, c'est-à-dire dans la portion cérébrale de la voie des pyramides. » Grawitz attirait, en outre, l'attention sur l'existence de convulsions cloniques analogues chez les paralytiques généraux, convulsions qui sont bien la suite des processus inflammatoires dont l'écorce cérébrale est le siège.

Unverricht s'appuie sur la symétrie et l'isochronie des contractions pour écarter la théorie cérébrale de la myoclonie. « Ce que nous avons appris de science certaine sur les fonctions de l'écorce du cerveau, dit-il, montre bien que ses cellules nerveuses manifestent constamment leur activité en produisant des *mouvements coordonnés*. Quelque circonscrits que soient les points de l'écorce excités, *on obtient toujours une sorte de mouvements volontaires*, et, alors même que ces mouvements croissent d'intensité au point de passer à l'état de convulsions, comme dans les attaques d'épilepsie, le clonus n'affecte que des muscles fonctionnellement associés. On n'observe pas un clonus isolé du supinator longus, mais une convulsion clonique des fléchisseurs du bras, des doigts, etc. (1) ». La *genèse ou théorie spinale* de la maladie expliquerait, au contraire, la symétrie de l'affection, en même temps que la localisation du mal à certains groupes musculaires, car « ce qu'on sait des amyotrophies spinales nous enseigne que ce sont aussi presque les mêmes muscles qui se trouvent atteints d'atrophie, lésion dont la localisation dans les cornes grises antérieures de la moelle ne peut guère faire l'objet d'un doute ». Même explication pour la participation des nerfs craniens au processus, les noyaux de ces nerfs étant physiologiquement identiques à ceux des cornes antérieures de la moelle épinière. Friedreich avait déjà noté que certains muscles seulement des extrémités supérieures et inférieures, sont

(1) H. Unverricht. *Die Myoclonie*. Leipzig u. Wien, 1891, 123.

affectés d'une manière plus intense. Or, les noyaux de ces muscles ne sont pas à proximité dans la moelle épinière et on ne doit pas s'étonner que, dans la moelle allongée, le processus morbide atteigne ainsi certains noyaux isolés en épargnant d'autres. Les attaques d'épilepsie *vraie* qui compliquent régulièrement les convulsions myocloniques, dans les cas observés par Unverricht, rendent plus difficile l'explication des phénomènes: « Si l'on s'en tient à la genèse corticale de l'accès d'épilepsie, nous devrions, et pour nos cas, et pour les observations analogues tirées de la littérature, admettre aussi un état d'irritabilité pathologique des cellules nerveuses de l'écorce. » Le siège de la maladie ne serait alors plus unique; mais peut-être ne renoncerait-on qu'en apparence à l'unité de localisation. Car si les cellules nerveuses motrices de l'écorce du *cerveau* sont d'un ordre plus élevé que celles de la *moelle épinière* et de la *moelle allongée*, elles ne laissent pas de faire partie les unes et les autres, rappelle Unverricht, d'un grand système de projection, le faisceau « cortico-musculaire », et l'unité de ce système est telle que les affections morbides s'y développent dans les limites de ce faisceau même, de l'origine à la fin. D'ailleurs, dans les affections d'un caractère franchement systématique, telles que celles qui frappent la moelle épinière, comme le *tabes dorsalis*, on observe des phénomènes d'ordre cérébral qui sont loin d'être de simples complications contingentes, mais résultent, au contraire, de la marche régulière du processus pathologique aux parties supérieures de l'innervation centrale. Bref, la théorie explicative proposée par Friedreich paraît toujours à Unverricht celle qui rend le mieux compte de l'étiologie et de l'anatomie pathologique de la myoclonie: c'est la *théorie spinale* (1), d'après laquelle le paramyoclonus multiplex est une névrose en rapport avec les troubles fonctionnels des cellules ganglionnaires de la moelle (Friedreich). « En certains points des groupes de cellules ganglion-

(1) Vanlair a émis une autre *théorie spinale*, d'après laquelle « la cause intime du myoclonus réside dans une impressionnabilité excessive des *cellules sensibles*, développée ou tout au moins actionnée par des excitations périphériques ».

naires des cornes antérieures de la moelle, il doit exister un état d'excitabilité exagérée, produisant à la fois des secousses musculaires qui se répètent à de courts intervalles et l'exagération des réflexes. »

Raymond se rallierait volontiers à la *théorie corticale*, à la théorie qui assigne aux myoclonies une origine corticale et sous-corticale. Outre l'influence des causes morales sur le retour ou l'exagération des spasmes myocloniques, les facultés intellectuelles et affectives des myocloniques sont rarement normales. « La myoclonie a été observée, en tant que maladie *familiale* et *congénitale*, associée à des attaques d'épilepsie, c'est-à-dire à des accidents convulsifs dont l'origine corticale est indiscutable. » D'autres fois, la myoclonie « était associée à des tremblements et à des mouvements d'athétose, à de l'hémi-anesthésie (Minkowski), c'est-à-dire à des manifestations dont l'origine corticale ou sous-corticale est à peu près certaine ». Enfin, et sans formuler ici expressément aucune critique contre les idées si fortement arrêtées d'Unverricht à ce sujet, le savant médecin de la Salpêtrière, qui renvoie d'ailleurs plusieurs fois au livre du professeur de Dorpat, fait remarquer que « les régions corticales et sous-corticales du cerveau sont les seules dont l'excitation soit connue pour produire des spasmes cloniques (1) ».

E. Schütte (Göttingen) a publié une observation qui semble bien établir que le paramyoclonus multiplex peut figurer au nombre des symptômes déjà si divers, et qui sont légion, de l'hystérie traumatique (2). Le tableau clinique de ce cas ne s'est dessiné et achevé que progressivement, au bout de plusieurs années, après une chute dans une maison en construction, qui détermina primitivement une commotion cérébrale. L'accident avait eu lieu en 1888; en 1893, on constatait des contractions fibrillaires dans différents muscles, mais surtout des symptômes d'hystérie: clon hystérique, hypoalgésie, hypothermoesthésie, irritabilité vaso-motrice de la peau.

(1) Raymond. *Clinique des maladies du système nerveux*. Paris, 1896, 589.

(2) E. Schütte. Ein Fall von Paramyoclonus multiplex bei einem Unfallkranken. *Neurol. Centralbl.*, 1897, 11 sq.

On admit l'existence d'une névrose traumatique (hystérie traumatique). Plus tard apparut le complexus symptomatique du paramyoclonus multiplex avec presque tous les signes distinctifs de la maladie de Friedreich, que Schütte ne considère pas d'ailleurs, lui non plus, comme une entité morbide définie (p. 16) : mouvements cloniques d'une série de muscles, bilatéraux, mais non isochrones, affectant dans certains muscles plutôt le caractère de contraction fibrillaire, le plus souvent provoquant une secousse totale du muscle. Les mouvements qui, dans les bras, n'étaient guère qu'une sorte de tremblement, se manifestaient dans les extrémités inférieures par de légers sants dus à des contractions des muscles des jambes, encore qu'elles pussent être empêchées pour un temps par l'effet d'une forte tension musculaire. Les mouvements volontaires d'un membre déterminaient aussitôt des spasmes intenses des muscles de l'autre membre, phénomène déjà décrit par Homen (1891) dans un cas de paramyoclonus multiplex. Exagération des réflexes tendineux patellaires ; réaction électrique normale des muscles et des nerfs. Cette observation offrait toutefois nombre de particularités qui différaient du type schématique de cette affection. Mais ce qui caractérise bien ce cas de paramyoclonus multiplex, c'est l'hystérie : ce syndrome s'est montré à la suite d'une violente émotion qui a retenti sur le système nerveux en l'affaiblissant. L'observation de Schütte se place donc sur les vagues confins des myoclonies et de l'hystérie, et surtout de l'hystérie mâle.

Cen'est pas la première fois, on le sait depuis Friedreich, que le paramyoclonus multiple se montre à la suite d'une émotion telle que la peur. On l'a déjà trouvé quelquefois aussi associé à des troubles psychiques ou mentaux (Erb, 1894 ; Gucci, 1892), à des « troubles de l'idéation » (Lemoine), au délire de la persécution. « Les idées de persécution, dit Lemoine à ce propos, montrent que tout n'est pas *spinal* ou *bulbaire* dans ces cas, et que les troubles encéphaliques d'ordre psychique peuvent tenir une large place. C'est peut-être même de ce côté qu'il faut chercher la véritable cause de ce genre de névrose motrice, surtout si l'on se rappelle que presque toujours on retrouve à l'origine du paramyoclonus multiplex une

frayeur ou une émotion vive quelconque. Dans tous les cas, la *neurasthénie* paraît jouer le principal rôle dans son étiologie, et l'étude de ce fait clinique me confirme de plus en plus dans cette idée que le paramyoclonus doit être rapproché des névroses qui dépendent de l'*hystérie* et de la *neurasthénie* (1). »

C'est également à un véritable traumatisme psychique, à une peur, que remonte le brusque début de la maladie chez le malade qui fait le sujet de l'observation clinique tout à fait remarquable de Lemoine.

Un jour, étant à son travail de scieur de long, un arbre faillit l'écraser en tombant. Il en éprouva une violente émotion. Pendant trois nuits, il ne put absolument pas dormir, pensant constamment au danger auquel il avait échappé. Il éprouva ensuite des palpitations et de l'angoisse précordiale pendant quatre ou cinq jours. Enfin, un matin, huit ou dix jours après l'accident, il fut pris subitement d'un léger tremblement dans les membres inférieurs et supérieurs. Ces tremblements, qui, d'abord, le secouèrent très peu, s'accrochèrent rapidement et se transformèrent en véritables secousses qui revinrent par accès, de durée variable. Le malade présente, par accès, des *secousses musculaires*. Il reste un temps variable, un quart d'heure, quelquefois plus, quelquefois moins, sans avoir aucun mouvement; puis, il éprouve de légers *spasmes* dans les bras et dans les jambes. Rien encore dans les mouvements visibles ne trahit cette trémulation; mais, à la palpation, on sent les muscles se durcir et l'inspection permet de saisir quelques *mouvements fibrillaires*. Peu de temps après, les membres commencent à s'agiter un peu; et bientôt apparaissent des mouvements de plus en plus étendus, *mouvements* qui prennent une *extension ou amplitude considérable*. L'accès se termine brusquement ou par décroissance graduelle, et le malade repasse à nouveau, mais en sens inverse, par les phases qui en avaient marqué le début. Alors survient une rémission de durée variable, puis un nouvel accès, et ainsi de suite. Les rémissions, qui d'abord étaient longues, sont devenues de plus en plus courtes. La nuit, les accès sont peut-être moins fréquents; ils se produisent néanmoins. Et si parfois le sommeil arrive, il est interrompu au bout d'un temps variable par de brusques mouvements du diaphragme et des secousses étendues suivent le réveil. Tant qu'elles restent petites ou d'intensité moyenne, les *contractions*

(1) G. Lemoine. Note sur un cas de paramyoclonus multiplex suivi de troubles psychiques, etc. *Rev. de méd.*, 1892, 890.

spasmodiques de certains *muscles* ou *groupes de muscles* donnent assez bien l'idée d'une contraction électrique répétée souvent : il semblerait qu'on décharge successivement, et à intervalles très courts, sur le malade, des bouteilles de Leyde. Mais, quand la secousse s'accroît, elle perd un peu de son caractère de *spasme fibrillaire* : le mouvement s'étend et prend le *type clonique*. Le malade assiste, conscient, à ces crises et ne peut pas les arrêter. Parfois, quand la crise est forte, il lui semble que sa raison s'égaré; mais ce phénomène ne ressemble en rien à la perte de connaissance de l'épilepsie ou de l'hystérie. Il ne souffre pas, mais il éprouve une grande lassitude quand l'accès est terminé. Les *mouvements commandés* ou *voulus* par le malade s'exécutent sans aucune ataxie. Règle générale, ils font cesser les secousses; aussi peut-il manger et accomplir les actes ordinaires de la vie dans d'assez bonnes conditions. Si l'attention du malade est distraite, il semble qu'il soit moins agité. Une émotion subite, l'attention portée sur son infirmité provoquent au contraire les accès. Il en est de même de la percussion et surtout de la compression des muscles affectés qui les font apparaître s'ils n'existent pas, les augmentent quand ils existent. Quand le malade est au lit, au moment des accès, les membres inférieurs restent au repos. Les membres supérieurs, le tronc, les muscles de la nuque et du cou sont le siège des mouvements. C'est par le bras que débute souvent l'accès. Après les tremblements précurseurs, les secousses s'emparent de l'avant-bras et lui font subir des mouvements d'extension complète et de demi-flexion. Le bras lui-même est bientôt lancé en avant; les épaules sont soulevées; les mains se tordent, les doigts se crispent. Et alors, le malade, au paroxysme de son accès, projette les bras en avant d'une façon presque tétanique ou derrière la tête, cherchant en vain un point d'appui pour arrêter les muscles dans leur contraction. La tête est le siège d'extensions brusques; les muscles de la face sont immobiles. Enfin, la respiration devient haletante, hoquetante (contraction du diaphragme); à chaque expiration, le malade pousse un cri... Les symptômes peuvent se dissocier, les mouvements s'intervenir, apparaître isolément et changer la forme de la crise. Il semble parfois que les mouvements sont plus accentués du côté gauche. Si le malade est assis, c'est encore aux membres supérieurs que l'accès se montre avec le plus d'intensité : haussements d'épaules, entrechoquement des genoux, secousses du tronc et de la tête. Quand le malade est debout, outre les mouvements des membres supérieurs et du tronc, alors moins accentués, les membres inférieurs présentent des spasmes d'une forme spéciale : les deux talons sont alternativement soulevés par des contractions des jumeaux et des soléaires. La rotule

remonte sous l'action du triceps. La secousse revêt toujours ici une forme spasmodique : elle ne va jamais jusqu'à la tétanisation comme aux bras. Si l'accès surprend le malade quand il est en train de marcher, il vacille et titube comme un homme ivre. Ses genoux fléchissent parfois sous lui. D'autres fois, il semble exécuter une espèce de danse sur la pointe des *pièds*; le *tronc* est projeté en avant; les *talons* se soulèvent brusquement à la façon d'un ressort qui se détend. Les *sphincters* fonctionnent normalement. Les *muscles de la vie organique* sont intacts. La *face* n'est le siège d'aucun mouvement. Rien à noter du côté des *sens spéciaux* ni, de la *sensibilité générale* (contact, douleur, température).

L'association du paramyoclonus et de la folie a été constatée et étudiée, au cours de *trois générations*, chez *cinq membres de la même famille*, par Novi, puis par Gucci, médecin du manicomie de Florence. En même temps que certains muscles, ici ceux du *tronc*, se sont montrés plus particulièrement affectés dans cette lignée, les désordres psychiques ont présenté quelque analogie chez cinq individus de cette même famille. Le paramyoclonus n'échappe donc pas à ces deux lois si communes, écrit Gucci, des maladies du système nerveux central : la transmission héréditaire des affections similaires et l'association des psychoses aux névroses (1). Dans cette famille, l'apparition des troubles de la motilité semble avoir toujours aggravé l'état mental. Cela s'entend sans qu'il soit peut-être nécessaire d'invoquer une « action réciproque dans les névroses entre les zones intellectuelles et motrices. » Les rapports constatés ici entre les perversions des états affectifs et de l'intelligence et les époques d'apparition, de recrudescence ou de déclin des spasmes myocloniques ne sauraient d'ailleurs être révoqués en doute. D'après Novi, la folie, une tentative de suicide, etc., auraient précédé le myoclonus chez les différents membres de cette famille. En dépit de l'absence d'hystérie et de stigmates appréciables de dégénérescence, la malade de Gucci était certainement une dégénérée. L'arrêt de développement de l'intelligence n'était pas niable. Dans cette myoclonie familiale

(1) Raffaello Gucci. Paramioclonio multiplo ereditario. Nota clinica. *Rivista speriment. di freniatria*, XVIII, 1892, 515 sq.

héréditaire, c'étaient, nous l'avons dit, non les muscles des extrémités, mais ceux du dos qui étaient plus particulièrement le siège de secousses spasmodiques ; le tronc était animé de mouvements réguliers de va-et-vient, de propulsions et de rétractions de l'abdomen, selon que le diaphragme se contractait ou se relâchait ; à ces mouvements s'ajoutait un dandinement dû à des mouvements, également réguliers, bilatéraux du tronc. Les spasmes, subits, instantanés, affectaient, en outre, un certain nombre de muscles et de groupes de muscles de la *face* (orbiculaires des lèvres et éleveurs des ailes du nez), des *extrémités*, du *cou* et de la *nuque*, du *diaphragme*. Les muscles de la langue ont été constamment épargnés. Les secousses symétriques des deux côtés du corps étaient toujours successives, jamais simultanées, et dans un ordre alternatif assez régulier. Il suffisait à la malade de porter son attention sur quelque partie du corps, pour que les contractions des muscles de cette région commençassent d'augmenter. Les émotions élevaient également le nombre de ces spasmes. Mais sous l'influence des mouvements volontaires, les secousses cessaient : la malade s'habillait et se déshabillait ; elle pouvait porter plusieurs fois à sa bouche une cuiller d'eau sans en renverser une goutte. De même durant le sommeil. Éveillée en sursaut, les premiers spasmes n'apparaissaient guère qu'une minute après. L'excitabilité mécanique, galvanique et faradique des muscles était physiologique. Point d'atrophie. Réflexes cutanés et tendineux normaux, à l'exception d'une légère augmentation du réflexe rotulien. La percussion des tendons exaltait quelquefois l'intensité des contractions spasmodiques. Enfin, tous les modes de sensibilité étaient intacts.

Quant à l'état mental, outre l'arrêt de développement de l'intelligence, la débilité de la mémoire, le petit nombre de mots possédés par le malade, l'absence de toute initiative, il existait une perversion morale des sentiments, quelques idées de persécution, altérations psychiques dont la croissance et la décroissance correspondaient, suivant Gucci, aux états d'exacerbation ou d'amélioration de la myoclonie.

On l'a vu, la tentative faite par Unverricht et par les

auteurs pour isoler de toutes les formes ressortissant à d'autres névroses celle de la myoclonie pure, n'a pas plus réussi que tous les autres essais de définition d'une affection dont le tableau symptomatique, j'entends celui du *paramyoclonus multiplex*, n'avait été tracé par Friedrich que d'après une observation. Pas un seul cas désigné par le nom de cette prétendue maladie qui ne manque de quelques-uns des caractères successivement invoqués pour la définir. E. Lugaro a publié un cas de myoclonie dans lequel il existe bien, avec de l'*épilepsie*, des mouvements cloniques bilatéraux, symétriques, qui avaient épargné les muscles de la *face* et de la *langue* et cessaient pendant le sommeil ; mais l'action modératrice de la volonté faisait défaut, les mouvements étaient rythmiques, étendus, et, au lieu d'être exagérés, les réflexes étaient des plus faibles (1). Les mouvements cloniques doivent être considérés comme pathognomoniques d'une altération spéciale des neurones du système nerveux central. Cet état est si loin d'être toujours la suite d'une hyperexcitabilité de la moelle épinière que, chez la malade de Lugaro, les réflexes n'étaient rien moins qu'exaltés. Ce qui, selon cet auteur, constitue en réalité la lésion fonctionnelle de l'élément nerveux dans la myoclonie, c'est, avec l'instantanéité de la décharge, le fait que celle-ci a lieu sans avoir été provoquée par les excitations qui, à l'état normal, déterminent l'impulsion motrice.

Quel est l'état interne de ces éléments nerveux ? Tantôt, il s'agit d'une disposition congénitale, comme dans la myoclonie familiale ; tantôt d'un trouble dynamique particulier, lié à l'existence d'une névrose, comme dans les myoclonies accompagnant l'hystérie, la neurasthénie, l'épilepsie ; tantôt de l'effet d'éléments anormaux introduits dans l'économie, ainsi qu'il apparaît dans la myoclonie éclatant au cours d'intoxications chroniques ou d'infections (délire aigu) ; tantôt, enfin, de quelque désordre dynamique dû à une affection organique des autres éléments nerveux, par exemple dans les myoclonies qui font cortège au *tabes dorsalis*, à la sclérose

(1) E. Lugaro. Sulla mioclonia. *Riv. di patol. nerv. e ment.*, 1896, I, 389 sq.

disséminée, etc. Dans tous ces cas, l'état interne des neurones se manifeste uniformément par une décharge clonique : c'est « l'état neuroclonique », ainsi que l'appelle Lugaro, qui ne voit, sans doute avec toute raison, dans les myoclonies, que « l'expression ou la manifestation extérieure de cet *état neuroclonique* des neurones moteurs ». La myoclonie n'est donc pas une affection essentielle du système nerveux : c'est un symptôme, dont l'origine doit être cherchée et déterminée pour chaque cas spécial : 1° Si la myoclonie se manifeste par des *contractions fibrillaires* des faisceaux musculaires isolés, ainsi que dans le tremblement fibrillaire des neurasthéniques, dans la chorée fibrillaire, dans le paramyoclonus pur de Friedreich, elle doit être considérée comme symptomatique de l'état neuroclonique des *protoneurones moteurs*, des *cellules des cornes antérieures* sous l'influence desquelles se trouvent les faisceaux musculaires. 2° Si la myoclonie provoque des secousses de *groupes coordonnés de muscles*, comme dans la chorée électrique, dans les tics vulgaires, l'état neuroclonique est dû à une affection des *éléments moteurs de deuxième ordre sous-corticaux*, tenant sous leur domination des groupes étendus de neurones moteurs directs. 3° Enfin, si les *mouvements cloniques* ont le caractère d'*actes psychiques véritables*, comme dans la maladie des tics, ils dérivent d'un état neuroclonique des *neurones psychomoteurs de l'écorce cérébrale*.

Femme de trente ans, sans antécédents héréditaires connus. Dès l'âge de quinze ans, attaques d'épilepsie et mouvements cloniques. Le début de l'affection est rapporté par la malade et par ses parents à une violente frayeur. Menacée et poursuivie par un homme en rase campagne, elle s'enfuit en proie à la plus vive émotion et tomba à terre privée de sentiment, agitée de convulsions. Les mouvements cloniques apparurent, associés à des convulsions générales, qui ont toujours augmenté de fréquence avec les années. En ces derniers temps l'intelligence s'est affaiblie et la malade a été placée à l'asile ; elle répond avec lenteur et longtemps après la demande, encore faut-il que celle-ci soit formulée en termes brefs et simples. Cependant la mémoire des faits anciens subsiste, le mécanisme logique associatif est correct ; point de délires. Les sens spécifiques sont normaux ; la sensibilité tactile est un peu émoussée ; les signes locaux de la peau sont exactement loca-

lisés ; de même pour la perception des mouvements. L'excitabilité mécanique, galvanique et faradique des muscles et des nerfs est normale. L'appareil musculaire est bien développé ; pas d'atrophie ; les mouvements volontaires, quand les convulsions cloniques n'y apportent point de désordre, sont bien coordonnés. Les pupilles, symétriques, réagissent promptement à la lumière, à l'accommodation, aux stimuli douloureux intenses. Le réflexe de la cornée, celui du pharynx, sont vifs. Les réflexes cutanés sont au contraire très faibles, et, des réflexes profonds, seul le réflexe patellaire est à peine sensible, si faible même qu'il semble parfois manquer. Les mouvements cloniques sont surtout limités aux muscles des membres, rarement ils affectent ceux du cou et du tronc ; les muscles de la face sont tout à fait épargnés, ainsi que ceux des yeux, de la langue, du diaphragme, du larynx. Les groupes musculaires qui réagissent d'ordinaire synergiquement sont toujours convulsés symétriquement et à la fois : il en résulte des mouvements d'ensemble bien nets de tous ces muscles. On note par ordre de fréquence : 1° des mouvements d'adduction et de flexion de l'*avant-bras*, par lesquels les *mains* viennent à s'entrechoquer ; des mouvements d'adduction et d'élévation des *bras* avec extension des *avant-bras*, par lesquels ceux-ci s'entrecroisent, étendus en avant ; 3° des mouvements d'élévation des *épaules* ; 4° des mouvements d'adduction des *cuisse*s faisant s'entrechoquer les *genoux* ; 5° des mouvements de flexion des *cuisse*s qui font que, quand la malade est assise, les pieds se soulèvent de terre ; 6° des mouvements alternatifs d'extension et de flexion des *cuisse*s sur le bassin ; 7° des mouvements d'extension de *tous les segments* du *membre inférieur* qui, si la malade est debout, la forcent à sauter. Ces mouvements ont lieu pas accès durant de quelques secondes à quelques minutes, séparés par des intervalles plus ou moins longs, selon le degré d'intensité des phénomènes myocloniques ; quand ceux-ci sont au maximum, les intervalles sont très courts, de quelques secondes. Les mouvements sont rythmiques, mais de rythme variable (40 à 70 par minute). Les jours où le mal est plus grave, les accès se terminent par une contraction tétanique des groupes de muscles convulsés : la malade éprouve alors un vif sentiment de fatigue musculaire. Ces mouvements se manifestent le plus souvent à l'exclusion les uns des autres. L'intensité des secousses cloniques va de pair avec leur fréquence et leur extension. Dans le sommeil ils disparaissent, mais ils reparissent aux approches du réveil, de sorte que la malade est souvent rappelée à la conscience, le matin, par le brusque retour des mouvements cloniques.

La volonté n'a pas chez elle d'action inhibitrice. Quand les secousses sont peu intenses, l'effort volontaire peut arrêter en

grande partie l'extension des mouvements au moyen des antagonistes : la malade réussit alors à s'habiller et à s'alimenter. Mais quand les spasmes sont trop forts, non seulement il est impossible de les réfréner : l'opposition des antagonistes provoque alors une décharge de mouvements cloniques plus rapides et plus intenses et finalement une énergique contraction tétanique.

L'état d'affaiblissement des réflexes, dans l'observation de LUGARO, permet d'écarter toute localisation d'un état neuroclonique dans les protoneurones moteurs. D'autre part, la bilatéralité des contractions, ici dénuées de tout caractère psychique, ne permet pas davantage de songer à une origine corticale de ces spasmes. Il s'agit donc sans doute d'un état neuroclonique des éléments moteurs de deuxième ordre, sous-corticaux, éléments de coordination motrice.

L'état neuroclonique, dont la myoclonie est l'expression, est-il propre aux neurones moteurs ? Les neurones sensitifs aussi, et certains neurones d'association en particulier, « qui prennent part au mécanisme des fonctions psychiques supérieurs », sont également capables à l'occasion de « décharges brusques et inopportunes » de leur énergie interne, si bien qu'à côté des *actes impulsifs* on doit placer, au nombre des phénomènes neurocloniques, les *idées fixes*. L'affinité existant entre un *spasme* et une *idée fixe*, une *obsession*, est sans doute généralement reconnue aujourd'hui, comme BUCCOLA, dont LUGARO rappelle le nom si cher aux bonnes études, l'avait montré, comme l'enseigne, depuis 1880, le professeur A. TAMBURINI, ajouterai-je. En son mémoire sur les *Idées fixes et leurs conditions physiopathologiques* (1), BUCCOLA avait vu, dans ce qu'il appelait « la convulsion des idées » (ce que ESQUIROL (2) avait appelé une sorte

(1) Buccola. Le idee fisse e le loro condizioni fisiopatologiche. *Riv. sperim. di fren.*, 1880, 155.

(2) E. Esquirol. *Des maladies mentales*. Bruxelles, 1838. *Des hallucinations*. I, 95, 96, 97, 98. « Les prétendues sensations des hallucinés sont des *images*, des *idées*, reproduites par la mémoire, associées par l'imagination... L'homme... rêve tout éveillé. Les rêves, comme les hallucinations, reproduisent toujours des sensations, des idées anciennes... Celui qui rêve, celui qui a des hallucinations, n'est jamais étonné ni surpris des *idées*, des *images* qui

d'état *extatique* ou *convulsif* du cerveau qui produit la *fixité des idées*) l'équivalent de la convulsion des mouvements. La volonté ne saurait toujours réfréner le tumulte des contractions musculaires : elle ne réussit pas mieux souvent à maîtriser une image obsédante, une idée morbidement excitée qui s'exalte et tend à passer à l'action avec une force irrésistible. L'individu assiste à ce déchaînement de ses réflexes psychiques avec la conscience de son impuissance à les modérer. Là aussi éclate la lutte pour l'existence entre les représentations de l'intelligence dont les forces inégales, antagonistes, s'opposent, se neutralisent ou assurent le triomphe final de l'image la plus intense. C'est là une loi psychologique tout autant que physiologique ou cosmique. « Dans ce conflit sans trêve, écrivait BUCCOLA, la forme mentale douée de l'énergie la plus grande survit. Mais lorsqu'il s'agit du processus morbide des idées fixes, toute lutte est vaine et inutile, et toute résistance contre

le préoccupent, tandis qu'elles eussent excité tout son étonnement, s'il eût été éveillé ou s'il n'eût pas déliré... Les *hallucinations* diffèrent de l'*extase* en ceci seulement que ce dernier état est produit toujours par un très grand effort de l'attention fixée sur un *seul* objet vers lequel tend incessamment l'imagination des extatiques... Le *siège des hallucinations* n'étant pas dans les extrémités de l'organe sensitif, il doit être dans le *centre de la sensibilité*; en effet, on ne peut concevoir l'existence de ce symptôme qu'en supposant le *cerveau* mis en action par une cause quelconque... Le *cerveau* est mis en action par une *impression violente* qui l'ébranle fortement. Cet ébranlement peut déterminer soit un *état extatique* de cet organe, qui produit la *fixité des idées*, soit un *état convulsif* du *cerveau*, qui engendre l'incohérence des idées et des déterminations les plus variées et les plus fugitives. Les hallucinations peuvent être encore des effets de la répétition volontaire ou forcée des *mêmes mouvements du cerveau*... l'*action du cerveau* prévaut sur celle des sens externes, détruit l'effet des impressions présentes, et *fait prendre à l'halluciné les effets de la mémoire pour des sensations actuelles*... » *Des Illusions chez les aliénés*, ibid., 101. « Ce symptôme (l'hallucination) est un *phénomène intellectuel cérébral*... Dans les *hallucinations*, tout se passe dans le *cerveau* : les *visionnaires*, les *extatiques* sont des *hallucinés*, ce sont des rêveurs tout éveillés. L'*activité du cerveau* est si énergique, que le visionnaire ou l'*halluciné* donne un corps et de l'actualité aux *images*, aux *idées*, que la mémoire reproduit sans l'intervention des sens. » « Les illusions ne peuvent être confondues avec les *hallucinations*, puisque dans celles-ci le *cerveau* seul est excité. » P. 111.

la pensée dominante ne laisse aucun espoir de vaincre. »

Mais le travail le plus profond pour l'explication scientifique des idées et impulsions incoercibles, des hallucinations motrices (1) aussi bien que de toutes les hallucinations en général, visuelles, auditives, olfactives, etc., est dû à TAMBURINI. S'il m'est permis de rappeler les paroles que j'ai moi-même écrites à ce sujet, voici ce que je disais en 1891 :

« Les hallucinations de la sensibilité et celles de la motilité doivent être ramenées à des processus au fond identiques. J'ajoute qu'il n'y a point lieu d'en être surpris, puisque les unes et les autres ne sont, en dépit des apparences, et surtout des mots, que l'expression d'une seule et unique propriété des cellules nerveuses de l'écorce cérébrale, j'entends de la propriété d'être impressionnées ou sensibles. *Les réactions motrices sont le fait des appareils périphériques du mouvement avec lesquels toutes les régions de l'écorce sont en rapport anatomique et fonctionnel. Mais, quelle que soit la pro-*

(1) A. Tamburini. Sulla genesi delle allucinazioni. *Riv. sperim. di fren.*, 1880, 126 sq. — Sulle allucinazioni motorie. *Riv. sperim. di fren.*, XV, 1889. Dans ce mémoire, Tamburini n'a eu qu'à rappeler les idées géniales de son hypothèse des centres mixtes de l'écorce cérébrale, hypothèse présentée en 1876, pour édifier une théorie complète des hallucinations. Dès l'origine, Tamburini et Luciani ont défini l'hallucination, une excitation morbide des centres sensoriels de l'écorce, analogue à celle qui, pour les centres moteurs, produit l'épilepsie d'origine corticale. L'irritation qui ici détermine les convulsions, évoque là de « fausses » sensations, comme s'exprimaient les psychologues, ressuscite des perceptions, des images qui, si l'intensité et la durée des processus sont suffisantes, s'imposent à la conscience avec tous les caractères de la réalité extérieure. « Les hallucinations sont aux centres sensoriels et à leurs lésions, ce que l'épilepsie est aux centres moteurs. »

Elles constituent une sorte « d'épilepsie des centres sensoriels ». Chez les épileptiques, l'accès est souvent précédé ou suivi d'hallucinations. Hitzig, Ferrier et Munk avaient montré que l'excitation électrique qui, dans de certaines conditions de durée et d'intensité, détermine, appliquée aux centres moteurs, des convulsions épileptiformes, appliquée aux centres sensoriels, fait naître des sensations subjectives de la vue, de l'ouïe, etc., que les animaux manifestent par des mouvements correspondants. Dans les deux cas, l'excitation électrique, substituée à une irritation nerveuse, détermine, ici l'épilepsie, là l'hallucination expérimentale.

priété spécifique, acquise au cours de l'évolution phylogénique, des cellules nerveuses de telle ou telle aire corticale, elle est toujours réductible à un mode de sensibilité (1) ».

Toutefois, et en dépit du cours des années, on n'entend guère encore les mots d'impulsions d'origine corticale et d'idées fixes, d'obsessions ou d'hallucinations, que comme des métaphores, des expressions figurées qui permettent de se représenter et de comprendre par analogie des processus psychiques aussi hétérogènes en apparence. Ils sont pourtant l'effet, les uns et les autres, d'un même mécanisme, et nous devons insister, comme l'ont fait les auteurs italiens, sur l'identité essentielle, fondamentale de ces phénomènes : ils ne sont que des manifestations fonctionnelles diverses d'un même état élémentaire de la cellule nerveuse, de cet *état neuroclonique* de neurones dont la différence des fonctions physiologiques, — motrices, sensitives ou sensorielles, associatives, — résulte simplement de la diversité des connexions anatomiques.

(1) Jules Soury. *Archives de neurologie ; Revue des maladies nerv. et ment.*, publiée sous la direction de J.-M. Charcot, 1891, XXI, 45. Cf. *Les fonctions du cerveau*, 2^e édit., Paris, 1892, 368.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 22 FÉVRIER 1897

Présidence de M. PAUL GARNIER.

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

Mort de M. Ch. Loiseau.

M. LE PRÉSIDENT a le regret d'annoncer la mort si regrettée du D^r Ch. Loiseau, membre honoraire, qui a été successivement secrétaire des séances, secrétaire général et président de la Société.

M. RITTI donne lecture du discours qu'il a prononcé lors des obsèques de ce regretté collègue. (V. les *Annales*, numéro de mars-avril 1897, p. 337.)

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de remerciements de MM. Pailhas et Toy, nommés membres correspondants ;

2° Une lettre de M. Elie Naggar, retirant sa candidature au titre de membre correspondant ;

3° Une lettre de M. Saute de Sanctis, de Rome, sollicitant le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Charpentier, Dubuisson et Chaslin, rapporteur ;

4° Une lettre de M. Beca, de Santiago de Chili, sollicitant le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Bouchereau, Paul Garnier et Toulouse, rapporteur ;

5° Une lettre de M. Boucher, de Saint-Servan, sollicitant le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Aug. Voisin, Sollier et Charpentier, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Bulletin de la Société française de tempérance*, 1897, n° 1.

2° *Le Génie moderne*, numéros des 15 janvier et 1^{er} février 1897.

Rapport de candidature.

M. CHASLIN. — Messieurs, M. le D^r Ziehen, professeur de psychiatrie à l'Université d'Iéna et qui vient de fonder un nouveau journal (1), a demandé à faire partie de la Société comme membre associé étranger. Je viens au nom de la Commission composée de MM. Falret, Ritti, Chaslin rapporteur, chargée d'examiner cette candidature, vous prier d'accueillir comme il le mérite notre éminent confrère. Je n'aurai pas besoin d'un long rapport qui serait fort inutile, car tous vous connaissez les travaux du professeur Ziehen, et leur longue énumération serait vraiment superflue. Laissez-moi simplement vous rappeler que parmi ces travaux figurent deux livres importants, dont l'un est à sa troisième édition, le *Guide de Psychologie physiologique*, et l'autre est un *Traité de Psychiatrie*.

Le *Leitfaden* constitue une réaction contre les théories de l'aperception de Wundt. M. Ziehen, à l'exemple des psychologues anglais, est un associationniste convaincu. Voici en deux mots sa théorie d'après la première édition (2). Ce sont les propriétés seules des images qui font la loi de leurs relations sans avoir besoin d'un autre facteur qui crée les « liaisons aperceptives ». M. Ziehen fait intervenir quatre facteurs pour l'apparition d'une représentation dans le champ de la conscience : l'association par ressemblance et par contiguïté, l'intensité, le ton émotionnel et enfin la « constellation ». Je glisse sur l'action bien connue des trois premiers facteurs. Quant à la « constellation », c'est un groupe d'images inconscientes qui se commandent physiologiquement les unes les

(1) *Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie*, dont le premier fascicule vient de paraître en janvier 1897.

(2) Ziehen, *Leitfaden der physiologischen Psychologie*. Iéna, 1891.

autres par des actions réciproques d'inhibition et d'excitation. Je m'explique : soient B, C, D, E, F, cinq images latentes qui pouvaient apparaître à la suite d'une image A. Ces images B, C, D, E, F sont reliées entre elles par des associations directes ou indirectes ou, en termes physiologiques, elles siègent en différents points de l'écorce reliés par des faisceaux d'association, points de l'écorce dont le fonctionnement se traduit par l'apparition de ces images dans la conscience. Or, entre ces points, s'exercent des actions d'inhibition et de dynamogénie dont la résultante fera ou non consciente telle ou telle image latente B, C, D, E, F. En un mot, c'est la concurrence entre ces images qui luttent pour la vie consciente.

Transportant en grande partie cette théorie dans sa psychiatrie (1), M. Ziehen envisage les affections mentales sous un jour presque exclusivement psychologique ; ce livre est, je crois, le seul de ce genre non seulement en Allemagne où les Traités des maladies mentales sont nombreux et excellents, mais aussi je crois dans la littérature médicale entière actuelle. Voici sa classification : il partage les troubles de l'esprit en psychoses sans affaiblissement intellectuel et en psychoses avec affaiblissement. Les premières comprenant les psychoses simples, c'est-à-dire celles qui ne présentent qu'un symptôme psychique prédominant soit affectif (manie, mélancolie, neurasthénie), soit intellectuel (stupidité, paranoïa, idées obsédantes), et les psychoses composées.

Vous voyez, Messieurs, tout de suite les tendances de l'auteur, réduisant les manifestations de l'esprit à un certain nombre d'opérations élémentaires distinctes et ses manifestations pathologiques à un certain nombre également. Sa classification est presque exclusivement psychologique. Quel que soit le jugement que l'on porte sur cette tentative hardie, on ne pourra s'empêcher d'admirer l'originalité et le talent avec lesquels elle est soutenue jusqu'au bout.

Messieurs, je m'arrête ; vous m'en voudriez, non pas de vous entretenir plus longtemps des travaux de cette valeur, mais de le faire à propos de cette candidature de

(1) Ziehen, *Psychiatrie*. Berlin, 1894.

M. le professeur Ziehen dont la notoriété est si grande et qui occupe une place si éminente parmi les aliénistes allemands. Vous serez heureux, j'en suis sûr, de lui faire une place parmi nous.

Conformément à ces conclusions, M. le professeur Ziehen est nommé, par acclamation, membre associé étranger.

Enquête médico-psychologique sur les rapports de la supériorité intellectuelle avec la névropathie (suite).

M. TOULOUSE. — Messieurs, je désirerais vous entretenir aujourd'hui de l'utilité de l'observation directe dans l'étude des conditions de la supériorité intellectuelle.

Ces conditions, encore inconnues, doivent être recherchées dans ses caractères anatomiques et physiologiques. Il est possible, par exemple, que la supériorité intellectuelle soit en rapport avec le volume cérébral. Les diamètres craniens extérieurs des sujets exceptionnellement doués nous renseignent sur ce point dans le cas où l'autopsie ne pourrait être faite. Il n'est pas permis de conclure, dans un cas particulier, des diamètres craniens extérieurs au volume cérébral, à cause de l'épaisseur des téguments et des os du crâne, variables chez les divers individus. Mais il est possible d'établir ce rapport en se basant sur un certain nombre de cas, attendu que les différences individuelles d'épaisseur osseuse doivent alors s'équilibrer.

Voilà donc une des conditions de la supériorité intellectuelle que l'on peut rechercher avec l'observation directe et que l'on ne peut rechercher que par ce moyen. Dans ce cas, le secret médical n'est pas en cause. Mais d'autres questions sont susceptibles d'être étudiées de la même manière : ainsi le rapport entre l'intelligence et l'acuité ou la finesse des sens. Cette hypothèse se pose lorsqu'on examine des sujets doués de facultés artistiques. Il n'est pas impossible même que, chez les sculpteurs par exemple, un plus grand développement du sens musculaire soit une condition du talent.

Il doit y avoir, d'ailleurs, diverses modalités de la supériorité intellectuelle, les causes de chacune étant

un peu différentes. Parmi les conditions physiques, on peut supposer des phénomènes circulatoires entretenant une grande activité, ou d'autres encore, plus ou moins saisissables ; il en est même que nous ne soupçonnons pas. Aussi, est-il nécessaire de ne négliger, autant que possible, aucune partie de l'examen ; un détail peut être intéressant et concourir à l'explication générale. C'est ainsi qu'il est bon d'étudier les grandes fonctions de l'organisme, telles que la respiration, la circulation, l'urination, qui donnent des renseignements sur la santé générale de l'individu. Celle-ci influe, peut-être plus qu'on ne croit, sur la supériorité intellectuelle ou, tout au moins, sur la production des œuvres qui la manifestent. Des renseignements, sans grande importance aujourd'hui, en acquerront probablement plus tard. C'est pourquoi j'ai relevé les empreintes des doigts de mes sujets ; car il peut se faire qu'il y ait un rapport entre la forme des dessins papillaires et l'organisation nerveuse de l'individu.

Il ne faut pas se contenter d'étudier les fonctions physiologiques en dehors de tout travail cérébral ; il est nécessaire de le faire durant l'exercice des facultés créatrices. C'est par l'examen du pouls, de la tension artérielle, de la circulation périphérique, de la respiration, des urines, qu'on pourra se rendre compte des conditions physiques du travail intellectuel et de ce que l'on a appelé « l'inspiration ». On saura si la cérébration, qui aboutit à de belles œuvres, s'accompagne de modifications physiques différentes en qualité ou plus probablement en quantité de celles que l'on observe dans toute activité intellectuelle.

Les conditions psychologiques de la supériorité intellectuelle ne sont pas moins intéressantes à rechercher. J'ai employé une méthode qui m'a permis de contrôler mes impressions toutes subjectives. C'est là, je crois, un progrès, car jusqu'à ce jour on se contentait de l'interrogatoire ; et les réponses qui étaient faites étaient interprétées par l'observateur. C'est de la sorte que les aliénistes procèdent généralement pour se rendre compte de l'état des facultés intellectuelles de leurs malades. J'ai pensé que l'on pouvait arriver à plus d'exactitude, et j'ai eu l'idée d'employer les *mental tests*, petites expé-

riences psychologiques utilisées par des médecins américains et anglais, qui ont ainsi créé une véritable anthropométrie mentale. On connaît aussi les intéressants travaux du même genre de M. Binet en France. J'ai donc utilisé des tests déjà éprouvés pour avoir des termes de comparaison, et j'en ai imaginé d'autres de façon à faire un examen expérimental de toutes les facultés intellectuelles. L'observation de M. Zola est la première dont l'analyse psychologique a été poursuivie systématiquement à l'aide de tests. Mais je ne la considère que comme un essai très imparfait ; et j'espère que mes prochaines observations seront des tentatives mieux réussies.

Dans la recherche des conditions psychologiques de la supériorité intellectuelle, j'ai pensé qu'il fallait se préoccuper d'apporter des documents aussi bien à la psychologie générale qu'à la psychologie individuelle. En vue de la première, il faut comparer le sujet aux autres hommes supérieurs, aux hommes exerçant la même profession que lui et, enfin, à tous les individus. Par exemple, la mesure quantitative de la mémoire immédiate des chiffres ou des lettres de M. Zola peut servir, groupée avec beaucoup d'autres, à établir des lois générales de cette faculté chez les hommes supérieurs (hommes de lettres, artistes, savants, etc...) et chez les littérateurs. Elle est une unité utilisable dans la constitution d'une moyenne générale de tous les individus à laquelle elle peut être comparée. C'est là de la « psychologie générale ».

Je comprends avec M. Binet la psychologie individuelle comme l'ensemble des lois qui régissent les diverses facultés intellectuelles d'un seul individu. Chacun de nous se caractérise par une manière absolument particulière de percevoir les objets extérieurs, d'attribuer une place plus importante à tel ou tel genre de perceptions, de se servir plus spécialement, dans l'acte de la pensée, de tel ou tel groupe d'images verbales, de se rappeler telle catégorie de souvenirs plutôt que telles autres, de suivre habituellement un certain mode d'associations d'idées, enfin de juger, d'imaginer et de se livrer à toutes les opérations mentales. Les goûts, les tendances, les passions, la parole, l'écriture, tout ce qui constitue le « ca-

ractère », — compris dans un sens très large, — fait partie de cette étude. La détermination de la psychologie particulière à un individu peut être d'un grand secours pour l'explication de son œuvre. A ce point de vue, les monographies dans le genre de celles de M. Zola forment un tout complet, ayant une signification absolue. Tout se tient dans les mille éléments qui constituent l'individu physique et mental; toutes les parties sont fortement liées entre elles. Le même caractère se trahit dans toutes les pensées, dans tous les actes, dans tous les gestes. Un individu est le même dans sa façon de parler, d'écrire ou de manger. Pour prendre un exemple, M. Zola manifeste la même ténacité dans la facture de ses romans que dans sa lutte pour arriver à l'Académie, comme aussi dans son autre lutte contre l'obésité.

Mon enquête peut-elle apporter une contribution à la critique? Tout d'abord, je ne m'étais pas trop rendu compte de cette utilité de mon œuvre et j'avais même déclaré, dans ma préface, que je ne comptais pas faire de critique littéraire, et de fait j'ai peu cherché à expliquer les romans de M. Zola.

Depuis, j'ai réfléchi et je me suis demandé si, étudiant des littérateurs et des artistes dans leur organisation physique et psychique, dans leurs procédés de travail et dans leurs productions, je n'étais pas amené à établir un rapport entre le sujet et l'œuvre. Or, c'est là de la critique au premier chef ou, tout au moins, c'est là un des buts de la critique, qui cherche à déterminer si une œuvre d'art est belle mais qui, depuis Sainte-Beuve et surtout Taine, essaie aussi d'expliquer l'œuvre d'art par l'organisation de l'artiste et le milieu (1). C'est bien pour cela que ces grands critiques amassaient le plus de renseignements possible sur l'écrivain ou l'artiste et le milieu dans lequel il avait vécu. Pour eux, l'œuvre était l'expression d'une individualité psychologique, et ce qu'ils cherchaient surtout, c'était de bien connaître le producteur pour mieux comprendre le produit. L'étude de Balzac par Taine est caractéristique à ce point de vue.

(1) M. Brunetière classe les œuvres, en leur appliquant les méthodes des sciences naturelles, de la zoologie par exemple.

Dans ces derniers temps, un littérateur des plus distingués, mort prématurément, Hennequin, avait, dans cette voie, marché plus loin encore, et ses études étaient appelées par lui des « Essais de critique scientifique ». C'est ainsi qu'il chercha à expliquer en partie l'œuvre de Victor Hugo par des hypothèses tirées de la physiologie du langage. Ce dernier exemple de Hennequin précise nettement le caractère de l'évolution que je décris. Littérateur d'origine et de profession, il veut faire une critique exacte, et il en arrive fatalement à faire une tentative de critique scientifique, où les dernières raisons sont des raisons d'anatomie et de physiologie cérébrales. C'est qu'une œuvre littéraire ou artistique n'est, en somme, qu'une manifestation de l'intelligence. Son étude constitue un chapitre de la psychologie, l'*esthétique*. A ce titre elle appartient certainement au psychologue, au physiologiste, c'est-à-dire au médecin, qui peut et doit être l'un et l'autre, à l'aliéniste surtout. Pour la commodité de l'exposition, je me servirai souvent du terme « biologiste », parce qu'il comprend tous les autres. La psychologie elle-même, telle que les hommes de science la conçoivent aujourd'hui, n'est qu'un chapitre de la physiologie. Si ceux qui la cultivent essayent de l'isoler de cette dernière, c'est peut-être une nécessité toute temporaire et qui peut faciliter les travaux d'analyse. Mais c'est là une séparation arbitraire. Les faits psychiques sont intimement liés aux faits physiologiques ; les conditions de circulation et des conditions chimiques, que l'on ne peut actuellement que soupçonner, amènent des changements considérables dans les processus intellectuels. Toute la pathologie mentale est une preuve de cela. Les fonctions du langage n'ont été bien établies que par les médecins et à l'aide de faits anatomiques et physiologiques. Mais il paraît inutile de discuter plus longuement cette question sur laquelle on est généralement d'accord.

Jesoutiens donc que l'étude de la genèse de l'œuvre d'art appartient au biologiste. Plus loin j'essaierai de démontrer que la recherche de ses qualités esthétiques est tout autant de la compétence de ce dernier. Mais étudions d'abord la première question et prenons par exemple un roman. Si nous le considérons dans le fond

et dans la forme, — pour me servir d'une division classique, — nous voyons que le fond est constitué par les idées générales directrices (sociales ou artistiques), par l'affabulation et par la peinture des personnages. S'il m'était permis de me servir d'une comparaison qui ferait bien comprendre pourquoi l'étude de la production littéraire et artistique est de la compétence du médecin aliéniste, je ferais un rapprochement entre une œuvre d'art et un délire.

Dans les deux cas, il y a des idées générales directrices qui peuvent être empruntées au milieu ou être plus ou moins personnelles au sujet. De même que le délirant du moyen âge organisait des conceptions morbides qui reflétaient les idées mystiques du temps, les préjugés de possession diabolique ou de lycanthropie, de même le romancier s'inspire plus ou moins de l'idée réaliste ou idéaliste ambiante. Cette influence du milieu sur les idées générales directrices d'une œuvre ne peut être étudiée par nous au même titre que les idées générales directrices d'un délire. L'aliéniste est tenu — pour comprendre l'état mental d'un malade — de s'intéresser à des questions d'ordre historique ou politique, qui paraissent échapper tout d'abord à sa compétence.

En outre, pour que telle idée plutôt que telle autre soit acceptée par un individu, il faut admettre que ce dernier a une certaine tendance naturelle à faire ce choix particulier. Cette disposition psychologique, que seul l'homme de science est capable d'analyser et d'expliquer, est encore plus évidente pour ce qu'on peut appeler les idées personnelles du sujet. Le fait est indiscutable pour le délire. Il est admis que les individus congénitalement méfiants et soupçonneux manifestent souvent des idées de persécution, et que les malconformations des organes sexuels sont quelquefois l'origine des perversions du sens génital. La même prédisposition est tout aussi probable pour l'œuvre d'art. Il est vraisemblable que l'exactitude des perceptions extérieures soit une cause prédisposante à faire de l'art réaliste et, par conséquent, à accepter les idées doctrinales directrices appropriées, ou encore que certaines exagérations esthétiques soient en rapport avec des anomalies psychiques.

Si nous étudions maintenant l'affabulation du roman, nous voyons qu'il faut faire deux parts : la part de l'observation, qui est en un sens celle de la mémoire, et la part de l'invention, qui n'est autre que celle de l'imagination. Cette même division peut servir à l'étude de ces véritables romans que sont les délires systématiques des persécutés. C'est au biologiste à rechercher quelle contribution la mémoire apporte à la production artistique ou délirante. Pour ne nous occuper que du roman, c'est le psychologue seul qui peut étudier chez le sujet le champ de sa mémoire, son intensité, sa durée, les procédés de son observation, et dans quelle mesure il est capable de reproduire la vérité. C'est encore le psychologue qui peut déterminer les sources de son imagination créatrice, les conditions de son activité et le mécanisme de ses productions.

Des considérations analogues peuvent facilement être exposées au sujet des personnages du roman. Par exemple, le médecin se rendra compte de la façon dont l'auteur décrit la personnalité physique de ses héros et aussi comment il les fait penser et agir, quelles sont enfin les diverses réactions psychologiques que ces derniers opposent aux excitations extérieures, et enfin jusqu'à quel point ces êtres imaginaires sont la reproduction de la personnalité de l'auteur.

La forme de l'œuvre d'art peut tout aussi bien être étudiée par l'aliéniste. En effet, un roman est exprimé par le langage, comme un délire. Dans les paroles de l'aliéné, le médecin étudie les mots et la syntaxe ; il se rend compte du degré de son instruction et de la vigueur de ses facultés mentales, des néologismes qui se produisent, des vocables qui, par leur répétition, indiquent une prédominance de certaines images, et enfin même des hallucinations que le langage exprime. Le biologiste pourrait tout aussi bien voir dans l'œuvre du romancier quelques-uns de ces caractères et notamment étudier le champ de son dictionnaire dans ses rapports avec la mémoire, la prédominance de certaines images verbales relativement à une hyper-activité sensorielle spécialisée, ou tout autre fait explicable par l'organisation cérébrale du sujet.

Enfin la méthode de travail, étudiée avec les procédés

et l'instrumentation scientifiques, peut expliquer certains caractères de l'œuvre, la lourdeur ou la légèreté, la continuité ou la discontinuité, ou d'autres choses encore.

Tout ce que je viens de dire sur le roman peut trouver son application à propos des autres œuvres d'art. Si j'examine, par exemple, la production d'un sculpteur, je verrai qu'elle a été en partie déterminée, au point de vue du sujet traité, par les commandes, qui n'existent guère pour les romans, mais qui représentent ici l'influence du milieu. Je rechercherai la part de l'éducation, des lectures et des conceptions générales, artistiques et autres, sur la manière dont les projets ont été conçus et réalisés. L'étude de l'affabulation d'un bas-relief, montrera la part de la mémoire et de l'imagination ; de même pour les personnages. La manière de se documenter et plus encore la méthode de travail, pourront expliquer bien des caractères de l'œuvre. Il est clair, par exemple, que le sculpteur qui prend beaucoup de croquis, fait des esquisses pour perpétuer à ses yeux une attitude, use de nombreuses mesures et ne travaille jamais que d'après nature, aura chance de faire des œuvres plus exactes qu'un autre qui emploiera des procédés différents.

L'homme de science appliquant sa méthode habituelle à l'étude des œuvres d'un sculpteur, ira pas à pas à la découverte des vérités nouvelles dans ce vaste champ d'observation encore en friche. Il se posera des questions simples et essaiera par exemple, pour établir un rapport entre les personnages de pierre ou de bronze de l'artiste et la nature, de déterminer la taille moyenne des premiers. Est-elle au-dessus de la moyenne et pourquoi alors ? Il pourra présumer aussi que si ce sculpteur donne à ses femmes telle anatomie toujours sensiblement la même, c'est parce que ces formes féminines représentent son idéal et lui plaisent. C'est un biologiste à rechercher les raisons anatomo-physiologiques individuelles de ce goût. En d'autres termes, il recherchera quelles sont les raisons, tirées de l'organisation psychophysique du sujet, de ses acquisitions et de ses théories, qui expliquent l'écart de vérité entre la nature et la reproduction. On comprend que des considérations analogues pourraient être présentées lorsque le sculpteur prendra pour sujets des animaux et des objets inanimés.

L'art du peintre est tout aussi bien de notre compétence, à cause de la reproduction si fréquente des êtres et de leurs passions. Dans l'étude des paysages, il y aurait à rechercher, outre la part de vérité, les raisons individuelles du choix des sujets, et surtout des couleurs employées. De même pour l'art de l'architecte, qui agit par des procédés plus obscurs qui sont à élucider.

L'art dramatique nous appartient tout à fait par la conception de l'auteur, au même titre que celle du romancier, et par le jeu de l'acteur qui n'est qu'une suite d'expressions d'émotions. La faculté de représenter les états émotifs doit être étudiée chez l'acteur dans son organisation nerveuse, dans sa sensibilité, dans la variété et la facilité de ses mouvements musculaires de la face, en un mot dans le développement de son langage émotionnel. Chez l'orateur, qui est en un sens un artiste, nous analyserons la mémoire verbale, la prédominance de la pensée motrice, et aussi, comme chez l'acteur, la variété des intonations et des gestes dans leurs rapports avec l'expression des sentiments.

Les musiciens doivent avoir une organisation toute spéciale, qui leur permet de transformer leurs états de sensibilité en mélodies. En étudiant chez eux les fonctions auditives, les associations des sons et des idées, on peut établir le rapport cherché entre l'œuvre et l'artiste. Il n'est pas à mon avis jusqu'aux danseurs, aux mimes, aux jongleurs et aux acrobates, qui n'exercent un art véritable, et qui n'expriment des idées et des sentiments par leurs gestes, dont on pourrait rechercher, chez les meilleurs sujets, les conditions psycho-physiologiques.

Je serais porté à étendre l'art jusqu'aux modistes, aux tailleurs, aux tapissiers, à tous les ouvriers, enfin, qui réalisent un goût artistique.

En résumé, le mécanisme de la création de l'œuvre d'art, sa *technogénie* (τέχνη, art; γένεσις, engendrement), pour employer un mot nouveau, ne peut être étudiée que par des biologistes. Parmi ceux-là les aliénistes sont tout préparés à ce genre de recherches par leur éducation médicale et leurs habitudes d'examiner l'état mental des individus; mais encore faut-il qu'ils se spécialisent dans cette science nouvelle et qu'ils apprennent ce

qu'ils veulent expliquer. Tout peut, en somme, se résumer dans ce problème : rechercher le rapport entre l'œuvre et l'organisation du sujet (1). Or, comment le déterminer si l'on n'est pas physiologiste d'abord et si, d'autre part, l'on ne peut étudier l'artiste. L'observation directe est donc la seule méthode de la critique technogénique, qui ne peut être utilement exercée que par l'homme de science.

A priori, on peut affirmer que le rapport qui unit l'art à l'artiste existe ; mais tant de faits sont intermédiaires que si l'on voulait établir tout de suite ce rapport entre l'œuvre totale et l'ensemble des facultés intellectuelles du sujet, on risquerait de rester dans un monde d'hypothèses invérifiables où se meuvent actuellement les critiques littéraires. Mais il est possible de rechercher des rapports entre certains éléments de l'organisation psycho-physique de l'artiste et certains éléments de son œuvre. Ainsi l'abondance des images olfactives de M. Emile Zola s'explique par la finesse de son odorat, qui cependant a une acuité au-dessous de la moyenne, et par d'autres raisons qu'une étude encore plus approfondie permettra de mettre plus nettement en lumière.

On pourrait craindre que ces explications élémentaires ne puissent jamais, quel que soit leur nombre, expliquer l'œuvre d'art qui pour certains ne serait que la synthèse d'éléments nombreux et n'existerait pas si cette synthèse n'est pas accomplie. C'est là une objection qui peut être faite, mais je la repousse parce qu'elle admet une définition arbitraire de l'œuvre d'art qui, comme le délire, se confond insensiblement avec des manifestations intellectuelles habituelles et plus simples.

D'ailleurs les difficultés de l'explication totale sont tout aussi grandes dans le domaine de l'aliénation mentale. Est-ce que le but de nos recherches n'est pas d'établir un rapport entre un délire et l'organisation psycho-physique d'un malade ? Or, nous ne voyons actuellement que des rapports bien vagues et éloignés ; par exemple entre un délire des persécutions et le sys-

(1) « L'œuvre d'art est un coin de la nature vu à travers un tempérament », selon une formule excellente de M. Emile Zola. On pourrait dire encore qu'elle est un geste.

tème nerveux d'un aliéné ; cela ne fait pas que nos recherches soient légitimes et réellement du domaine de la science.

Les conditions physiques des émotions, qui sont encore des synthèses, paraissent tout aussi difficiles à déterminer et cependant nous essayons de le faire. On peut en dire autant des problèmes de la chimie, de l'astronomie et de toutes les sciences dont aucune n'est simple.

Cette partie de la critique explicative de l'œuvre est donc bien du domaine de la psychologie et de la physiologie. Ceci est nié par certains critiques littéraires qui soutiennent que mes études ne peuvent rien leur apprendre sur l'organisation de l'écrivain que la lecture de son œuvre ne leur ait appris. Mais n'est-il pas paradoxal de soutenir que le biologiste, armé de ses instruments et pouvant à son aise interroger le sujet et le soumettre à toutes ses expériences, ne peut pas arriver à plus de vérité sur l'organisation de l'individu que le critique, simple littéraire, qui connaît seulement l'œuvre ?

Il est d'autres critiques qui admettent que mes études ne peuvent que confirmer ce qu'ils ont pu trouver par leurs procédés ordinaires. Ce serait encore là, à défaut d'autres, un progrès considérable. Aux conclusions inductives sans certitude du critique littéraire, nullement préparé à rechercher et à découvrir la vérité, l'observation directe, exercée par le biologiste, permet de substituer des faits précis et vérifiés qui vaudront toujours mieux que de simples affirmations, c'est-à-dire qu'elle fait entrer dans le domaine de l'étude scientifique des faits qui n'y étaient pas encore. Et l'on doit plutôt admettre que le rôle principal est dévolu au savant qui recherche la vérité et le rôle accessoire au littéraire.

Mais il est des critiques, M. Georges Renard entre autres, qui ont parfaitement compris et déclaré l'importance de mes études pour la critique littéraire. Cet aveu témoigne d'une certaine indépendance de vue ; car les critiques littéraires paraissent redouter que les psychologues et les physiologistes viennent travailler sur leur domaine. Ils craignent que ce mouvement puisse

avoir pour conséquence dernière et éloignée de discréditer la critique des littérateurs. Leur appréhension est prématurée. Ils seront nécessaires longtemps encore, tant que les lettrés désireront avoir des appréciations suggestives sur les choses que ne pourront leur expliquer les savants. A ce point de vue, je considère les œuvres des critiques littérateurs comme des œuvres d'art, et j'estime qu'à ce titre elles doivent, elles aussi, être étudiées par les critiques scientifiques. Il est évident, par exemple, que les articles critiques de M. Emile Zola sont un document utile pour expliquer son tempérament. On pourrait en dire autant des productions analogues de M. Jules Lemaitre.

Les critiques — j'entends ceux qui sont réellement instruits et sincères — ont encore une autre utilité. Ils représentent la masse compétente et leurs jugements servent de point de départ aux recherches scientifiques. Ils déclarent que cette œuvre est belle, c'est-à-dire qu'elle plaît à un certain nombre d'amateurs ; mais ils ne donnent pas de raisons de ce goût, ou ne donnent que des raisons littéraires, non vérifiées. Le savant part de là pour chercher à expliquer le pourquoi et le comment de ce jugement synthétique des critiques et de la foule.

Jusqu'à présent je ne me suis occupé que de la critique explicative de l'œuvre d'art. Il en reste une autre, celle que l'on pourrait appeler la *technocritique* (τέχνη, art ; κρίνειν, juger), parce qu'elle juge la production artistique et lui assigne une place dans l'admiration des gens. Cette critique examine l'œuvre d'art en elle-même sans la rattacher à son auteur. Il est clair d'ailleurs que souvent on ne pourrait le faire puisqu'il n'est pas connu. Quand on a trouvé la Vénus de Milo, on a déclaré unanimement que c'était une pièce sculpturale merveilleuse et cependant personne ne sait quelles mains l'ont modelée. L'œuvre peut donc être jugée en soi.

Une œuvre d'art paraît belle, lorsqu'elle provoque des émotions esthétiques d'un certain genre, qui actuellement ne sont pas encore étudiées et encore moins mesurables. Mais il est vraisemblable que ces impressions pourront être un jour mieux analysées et par conséquent servir de critérium à une classification esthétique. En attendant, on peut prendre la question par un autre

bout. Lorsqu'on déclare qu'une œuvre d'art est belle, on fait un jugement qui rapproche un cas particulier d'une conception générale du Beau. Or, qu'est-ce que cette conception, comment s'est-elle formée? Varie-t-elle avec les époques et avec les pays? L'art est-il typique ou individuel et, dans le premier cas, à quelle loi obéit la sélection des caractères typiques? Il est évident que les phénomènes esthétiques obéissent, comme tous les autres, à des lois et que c'est l'affaire du savant, dont le but est la recherche de la vérité, de les découvrir.

A un point de vue très général, on peut dire que l'art est une imitation de la nature, mais sans en être cependant la représentation exacte. Entre l'œuvre et la nature, il y a un écart, véritable indice individuel, qui constitue proprement l'art. Cet écart représente le choix de l'artiste qui arrange à sa manière les faits de l'observation de façon à produire une impression agréable. Ce faisant, il applique inconsciemment les lois que nous avons à rechercher. Que ce soit l'économie de travail cérébral du lecteur, du spectateur ou de l'auditeur, ainsi que le croit Herbert Spencer, ou toute autre condition qui régisse ces phénomènes, peu importe. Nous devons admettre qu'il y a des raisons et des raisons très rigoureuses qui font que tel style artistique nous plaît.

Je crois donc que cette critique ne peut donner tout son développement qu'avec le concours des psychologues et des physiologistes. On est d'ailleurs déjà entré dans cette voie. Des enquêtes ont été poursuivies, notamment en Allemagne, pour établir l'impression esthétique produite par des lignes géométriques, des couleurs, etc. Ce sont là des recherches élémentaires qui ont une grande utilité. Des essais de systématisation ont aussi été faits, en Allemagne encore, pour expliquer scientifiquement les beaux-arts. Mais la plupart de ces tentatives sont stériles, n'étant pas basées sur l'observation directe des artistes ou de leurs œuvres ainsi que je le préconise. Herbert Spencer a cependant développé, dans ses « *Essais d'esthétique* », des théories et des hypothèses très vraisemblables. Certaines pourraient servir d'idées directrices dans les recherches à faire, qui seraient proprement de l'esthétique appliquée.

Quelques exemples vont montrer les recherches qu'il

serait possible de poursuivre. Tout d'abord il y aurait intérêt à demander aux professionnels si telle œuvre d'art (roman ou tableau) leur plaît et pour quelle raison. Le snobisme, cette crédulité spéciale à l'amateur d'art, sévit même chez les gens du métier, qui souvent admirent de confiance certaines choses, qu'en eux-mêmes ils ne comprennent ni n'admirent pas. Il en est ainsi en science, où la parole du maître tient bien souvent lieu de réflexion personnelle. En art, on hérite de toute une collection de jugements, et chacun reste plus ou moins longtemps à pouvoir les contrôler.

Il faudrait donc établir par des enquêtes collectives si telle œuvre, généralement admirée, l'est sincèrement ou au contraire de commande, ce qui tendrait à donner au savant un point de départ faux. Dans le premier cas, quelles sont les raisons personnelles de cette admiration ? Je sais bien que souvent, surtout en art, on loue sans pouvoir donner d'arguments. L'impression est synthétique ; et tel qui la reçoit très fort est parfois incapable de l'analyser. Le sculpteur, par exemple, modifie dans ses figures, les formes de ses modèles, sans obéir le plus ordinairement à des idées bien nettes ; il juge au fur et à mesure de son travail s'il a atteint l'*impression* cherchée. Mais il ne pourrait dire pourquoi à ce moment cette impression est obtenue. C'est à l'homme de science à faire répondre par l'artiste et à répondre lui-même à ces questions. L'expérimentation lui sera pour cela d'un grand secours.

Si nous considérons maintenant le roman, qui est une représentation de la vie sociale, il faudra, pour en comprendre l'impression esthétique, établir un rapport entre les personnages imaginaires de l'écrivain et les sujets d'observation réelle. Les grands romanciers ont toujours passé pour de grands observateurs. Le sont-ils comme nous le comprenons en science ? Je ne le crois pas. Par quels moyens alors produisent-ils l'illusion de vie qui émeut tant leurs lecteurs ? C'est à quoi il faudra répondre.

Il existe actuellement un groupe de romanciers qui se recommandent de la psychologie ; il est donc tout naturel que leurs œuvres soient appréciées par des psychologues scientifiques qui, seuls, ont qualité pour juger si

Les faits avancés par ces auteurs sont vérifiés, si les lois qu'ils donnent sont établies et si les hypothèses qu'ils émettent sont vraisemblables. Je crois bien pour ma part que ces littérateurs se font une réputation de psychologues à peu de frais. Une certaine originalité de pensée, qui ne s'embarrasse nullement du désir de la vérité, leur permet de faire, tout en écrivant, une série de considérations psychologiques présentées volontiers sous forme de lois et qui ne sont que des hypothèses ingénieuses sans aucune probabilité. C'est qu'il est facile de bâtir des conceptions générales, de donner des explications, quand on n'a à fournir aucune preuve de ce que l'on avance. D'autre part, il est bien certain qu'il n'est pas nécessaire d'être exact pour plaire et émouvoir. Quoi qu'il en soit, ces psychologues littéraires sont naturellement justiciables des psychologues scientifiques.

Les grands écrivains se distinguent surtout par leur style. Chacun a une langue particulière. Mais il est fort probable que, sous les dissemblances qui constituent les diverses personnalités, il y ait des caractères communs à tous ceux qui sont considérés comme des maîtres. Ce sont ces caractères que Herbert Spencer a essayé de dégager dans ses essais sur le style. Pour lui, la loi qui préside au choix de l'arrangement des mots et des diverses figures, c'est la loi du moindre effort cérébral pour le lecteur. Ainsi, pour citer un exemple, les mots concrets seraient plus souvent choisis par les écrivains parce qu'ils déterminent des images plus vives et qu'il en résulte moins de fatigue pour comprendre les idées. Plusieurs des observations d'Herbert Spencer sont curieuses ; et il serait intéressant de les vérifier. Je me contente pour le moment d'indiquer les études à faire et de montrer qu'elles sont du domaine du biologiste.

La forme d'un sujet de sculpture est ce qu'on appelle le modelé. Pour ce qui est de l'homme si souvent employé par les artistes, il est clair que l'anatomiste est plus capable que tout autre de contrôler la vérité des formes et de l'expression des émotions traduites par le sculpteur. L'étude anthropologique comparée du modèle et de la figure réalisée par l'artiste serait très instructive à cet égard. Le sculpteur exerce d'ailleurs l'art le plus vrai ou du moins celui qui imite le plus la nature ;

aussi est-il en quelque sorte obligé de l'avoir constamment sous les yeux alors que le romancier décrit de souvenir. C'est surtout pour expliquer cet art, qui est si fréquemment une reproduction humaine presque superposable à la réalité, que le critique doit être instruit dans l'étude de l'anatomie et de la physiologie des émotions. Or c'est principalement pour ces raisons et aussi pour leur incompétence relativement à la technique qu'ils ne se donnent pas la peine d'apprendre, que la plupart des critiques d'art sont d'une faiblesse tout à fait extraordinaire, et en cela bien en dessous des critiques littéraires. Presque jamais ils ne donnent des raisons de leurs opinions et, le plus souvent, se contentent de traduire en de belles phrases l'idée traitée par le sculpteur ou le peintre.

Pourquoi telle forme est belle? C'est évidemment qu'elle détermine en nous un sentiment esthétique agréable. Quelles sont les raisons de ce sentiment? Sont-elles en partie dans la structure de notre rétine? Sont-elles plutôt du domaine de la psychologie? Est-ce une combinaison de formes élémentaires, qui peut être formulée mathématiquement. Ce sont là des questions auxquelles seul le physiologiste pourra un jour répondre. Des études anthropologiques minutieuses de beaux modèles seraient des plus instructives. Herbert Spencer a expliqué la grâce par l'aisance des mouvements ou la possibilité de cette qualité. C'est là une induction qui est vraisemblable et dont on pourrait chercher la vérification dans l'observation directe et l'expérimentation.

Il serait possible de trouver les conditions de ce phénomène en étudiant 100 femmes gracieuses avec nos procédés habituels de dynamométrie, d'ergographie, etc.

Un tableau de peinture agit sur nous par son dessin et par ses couleurs. Comme toutes les œuvres d'art, il essaie de traduire la vérité, d'une façon très conventionnelle d'ailleurs, et avec un écart variable avec chaque tempérament. Les problèmes de perspective, de représentations de formes et d'espace avec des lignes, que ces œuvres soulèvent, ne peuvent guère être compris et expliqués que par le physiologiste, connaissant à fond les fonctions de la vision. Les effets des couleurs sont liés à leur disposition; et là encore nous trouvons des règles, appliquées plus ou moins inconsciemment par les artistes

et que seul encore le physiologiste doublé d'un physicien peut dégager. Les lois connues sur les couleurs complémentaires ont déjà expliqué bien des faits dans ce domaine artistique.

Il serait trop facile de montrer que les effets de la musique sont d'une étude rigoureusement de notre compétence. Les règles de la composition musicale sont d'ailleurs, comme celles de la composition picturale, soumises aux conditions de l'audition. Pour Herbert Spencer, la musique est un langage émotionnel perfectionné. Pour lui encore, les intonations de la parole seraient l'origine de la musique. C'est ainsi que l'acteur et l'orateur exercent un langage émotionnel, dont la part sur leur succès devrait être recherchée expérimentalement. L'étude des intervalles des sous employés par eux serait, pour prendre un exemple, rationnelle. Mais la mimique joue aussi un grand rôle dans ces deux arts si proches.

En résumé, je crois avoir prouvé que les études d'esthétique ressortissent à la compétence des biologistes à condition qu'ils cherchent à comprendre, par un labeur préliminaire, les faits nouveaux pour eux. Jusqu'à présent, les physiologistes et les littérateurs sont restés cantonnés aux deux limites opposées de l'esthétique qui est une étude nécessitant les connaissances d'un homme de science et d'un homme éclairé sur les choses d'art. Quelle est la condition première pour mener à bonne fin ces recherches ? Faut-il avoir d'abord la compétence scientifique ou la compétence artistique ? Je n'hésite pas à répondre que pour arriver à la vérité, il importe de posséder tout d'abord l'éducation et la compétence scientifiques, qui seules peuvent rendre fécond et utile tout travail. Le littérateur manque trop de méthode et d'instruction sur l'organisation humaine, qui est la base de tout, pour faire de bonne besogne. Donc c'est au savant à apprendre l'art pour l'expliquer. Je compte d'ailleurs donner bientôt un exemple de la critique scientifique dont je viens d'exposer la théorie.

Je crois donc avoir démontré que, pour résoudre ces divers problèmes (constitution névropathique des artistes, conditions psycho-physiques de la supériorité intellectuelle et de la critique), la méthode la plus sûre et la plus féconde était celle de l'observation directe que j'ai

employée. Les monographies de personnalités exceptionnelles ont des significations diverses, et je pense qu'il faudrait étudier de cette manière non seulement les grands littérateurs, les artistes, les politiciens et les militaires, mais aussi ceux qui, dans des professions moins glorieuses, telles que l'administration, l'industrie, le commerce, ont manifesté des facultés intellectuelles notoirement au-dessus de la moyenne. C'est dans cette matière qu'il faut être éclectique et ne pas se laisser limiter par des préjugés et des répugnances anti-scientifiques.

On peut affirmer *à priori* que la supériorité intellectuelle doit avoir des caractères communs partout où elle se manifeste. Il faut donc l'étudier sous toutes ses modalités ; et, plus tard, il sera possible de mieux grouper les sujets, en ayant comme éléments de classification, outre l'œuvre, — fait complexe et très difficile à interpréter, — des caractères physiologiques qui permettront des divisions plus naturelles.

A côté de ces monographies précieuses, j'estime qu'il serait du plus grand intérêt de faire des enquêtes collectives pour vérifier et contrôler certaines hypothèses inspirées par l'observation d'individus isolés. C'est ainsi que l'on pourrait étudier la vision chez les peintres, les fonctions de la main chez les sculpteurs, l'audition chez les musiciens, le langage chez les orateurs, etc... D'ailleurs on est déjà entré dans cette voie, et certaines enquêtes ont été faites dans le genre de celles que je désirerais voir se poursuivre et que j'ai, du reste, l'intention d'entreprendre moi-même. Ce que je reprocherais à ceux qui se sont livrés à des enquêtes de ce genre, c'est de s'être contentés de poser des questions oralement ou même seulement par écrit, et de ne pas avoir employé, dans leurs recherches, les procédés d'examen et d'expérimentation en usage dans les sciences naturelles. Sans ces précautions, on s'expose à recueillir des renseignements faux, ce qui montre une fois de plus combien il est nécessaire de recourir le plus possible à l'observation directe.

C'est par des enquêtes collectives que l'on pourrait étudier les conditions de la supériorité dans toutes les professions, y compris les professions manuelles. Je

considère que l'ouvrier peut manifester des facultés mentales tout à fait remarquables dans tous les états. J'ai interrogé des contremaîtres de diverses professions, et j'ai appris que partout il y avait un petit nombre d'ouvriers qui pouvaient devenir habiles et aspirer aux premiers emplois; car, dans l'industrie, à l'inverse de ce qui se passe dans l'administration, la valeur seule du travailleur guide le choix du patron intéressé pécuniairement à utiliser au maximum toutes les capacités. Les autres ouvriers apprenaient les rudiments du métier, assimilables par les organisations les moins appropriées, devenaient des manœuvres et gagnaient péniblement leur vie. Il est évident pour moi que ces derniers n'ont pas les qualités sensorielles, motrices ou autres — c'est-à-dire les caractères psycho-physiques — nécessaires pour devenir des ouvriers habiles.

On comprend sans peine l'utilité d'études qui permettraient de préciser quelles sont les qualités nécessaires pour réussir dans telle ou telle profession, et qui permettraient ainsi de donner aux élèves sortant des écoles un conseil qui empêcherait bien des fausses vocations et dirigerait chacun dans la voie où il peut le plus réussir. Car je crois qu'avec la diversité du travail social, il est possible à tout individu, ayant un minimum d'aptitudes intellectuelles et physiques, d'employer son activité utilement pour lui et pour la société. Il en est qui ne réussissent pas parce qu'ils sont mal doués d'une façon absolue, mais d'autres ne font rien de bon parce qu'ils sont entrés dans une profession pour l'exercice de laquelle ils n'ont aucune aptitude.

Ce n'est point que je croie qu'on puisse savoir dans peu de temps quelles dispositions originelles sont nécessaires à chaque profession, et qu'on puisse bientôt voir fonctionner, à la sortie de nos écoles, des commissions médico-psychologiques capables d'indiquer à chacun sa voie. Ce n'est là qu'un avenir lointain; mais, pour si lointain qu'il soit, on ne pourra l'atteindre qu'en marchant. Et je dis qu'on l'atteindra.

Je prends, par exemple, les tapissiers, qui se laissent constamment guider dans leurs travaux par des sentiments esthétiques provoqués par la disposition des objets et l'arrangement des couleurs. Ces qualités

sont plus ou moins en germe chez tout le monde et se développent avec l'exercice. Aussi ne s'étonne-t-on pas que les ouvriers tapissiers manifestent au début peu de goût. Cette condition permet à des individus nullement doués d'apprendre ce métier et de s'entêter dans une voie dont ils ne pourront plus sortir un jour et où ils ne trouveront pas de satisfaction. Je choisis cet exemple à dessein parce que les qualités ici nécessaires ne sont pas de celles qui sont visibles comme dans d'autres métiers. Il est clair, en effet, que pour être un « fort de la halle », il faut avoir des muscles très vigoureux, et que, si on ne les possède pas — ce qui se voit à première vue — on ne peut tenter l'exercice de cet état. La sélection s'opère donc dans ces cas toute seule et il n'est pas besoin de l'examen d'une commission médico-psychologique pour détourner le malingre de ce dur labeur musculaire. Et encore cet examen ne serait jamais inutile, car il éliminerait des individus que l'état de leur système circulatoire met en danger de mort. Mais il en est tout autrement dans des professions, comme celle des tapissiers, où les qualités nécessaires ne sont pas aussi objectives. Or, je crois qu'il est, à ce point de vue, des différences d'organisations très grandes, et que ces différences peuvent être décelées bien avant le succès ou l'échec que trouve l'ouvrier après un certain temps de travail. Les réactions esthétiques aux couleurs, par exemple, seront un jour déterminées par des expériences précises, et il semble que ce soit là une des conditions de ce que l'on appelle le goût. Lorsque cette aptitude naturelle aurait été constatée comme très au-dessous de la moyenne chez un individu, celui-ci aurait tout intérêt à chercher ailleurs l'exercice de son activité où ses autres qualités, s'il en a, et même certains défauts — car tout est utilisable — pourraient le servir.

Ce que je dis là n'est pas aussi nouveau que cela le paraît. Cette sélection médicale est opérée tous les jours par l'Etat, certaines administrations privées et les compagnies d'assurances qui se font renseigner par des médecins sur les aptitudes physiques des candidats à certaines places.

L'armée n'accepte que des sujets indemnes d'infirmités sérieuses et capables de supporter de longues mar-

ches et de manifester une certaine habileté pour le tir. On exige des candidats à l'École navale, entre autres qualités, une bonne acuité visuelle. D'autre part, les compagnies d'assurances recherchent, pour traiter avec elles, des individus capables de vivre le plus longtemps possible. Or, les caractères de ces qualités nécessaires au métier de soldat, de marin, et à une longue survie, ne sont pas aisés à mettre en lumière. Les praticiens qui ont à les apprécier sont sujets à de fréquentes erreurs. Cela n'a pas découragé et l'État et les Compagnies privées de continuer à faire appel à leur lumière ; c'est donc qu'ils estimaient que, dans ces matières, même une appréciation approximative est cent fois préférable à l'absence de toute appréciation. Et j'ai même entendu regretter qu'on ne tirât pas un plus grand parti de la compétence médicale pour le classement des conscrits, que l'on répartissait parmi les fantassins et les cavaliers sans rechercher suffisamment les caractères qui paraissaient nécessaires à l'exercice de l'équitation ou de la marche.

Je crois que l'on ne s'arrêtera pas dans cette voie et que l'on cherchera à déterminer de plus en plus, dans un but de haute utilité sociale, les qualités physiques et psychiques nécessaires à l'exercice de chaque profession.

Tout le monde m'accordera que ce progrès ne pourra être réalisé qu'en se servant de la méthode que j'ai employée et qui est celle de l'observation directe, jusqu'à présent appliquée par les médecins à l'étude des maladies, et dont je demande l'extension à l'étude des hommes sains.

J'ai essayé de montrer combien pouvait être féconde l'application de la méthode de l'observation directe à l'étude d'un grand nombre de phénomènes qui n'avaient guère été jusqu'ici étudiés que par des littérateurs ou avec la méthode littéraire. On pourrait de la sorte renouveler l'esthétique et en faire une science d'observation ; de même pour la sociologie. Il n'est pas jusqu'à l'anthropologie qui, bien qu'étudiée par des hommes de science dont certains sont de grande valeur, pourrait gagner à l'être avec ces procédés. L'anatomie comparée de l'homme a été poussée très loin ; mais il n'en est pas de même de la physiologie et notamment de la psychologie. Et cependant c'est en étudiant expérimentalement

les fonctions intellectuelles, la mémoire, l'attention, l'imagination, chez les femmes et chez les hommes, chez les individus appartenant aux diverses races civilisées et chez ceux des races inférieures, que l'on pourrait mieux comprendre les différences existantes entre les deux sexes et entre les grandes familles humaines, les Latins et les Germains, les Asiatiques et les Européens.

Je crois donc que mon enquête est poursuivie avec une méthode qui est la seule capable d'apporter la vérité dans une foule de problèmes qui sollicitent l'attention des physiologistes et des psychologues. Elle a des difficultés: j'en ai examiné quelques-unes. Il y en a d'autres, il y en a même que je ne prévois pas. Mais en allant lentement, pas à pas, nul doute qu'on ne puisse tourner chaque obstacle pour le plus grand bien de la science.

J'insiste sur l'excellence du principe et non sur l'application de la méthode, laquelle est, d'ailleurs, des plus souples, et si l'on ne se contentait, par exemple, que de prendre l'examen psychologique et anthropologique d'un individu, la plupart des objections concernant le secret médical tomberaient, et cependant on aurait des documents d'un grand intérêt. Quelque opinion que l'on ait sur la façon dont j'ai mené à bien ma tâche, on ne pourra pas me dénier le mérite d'avoir fait entrer dans le domaine de l'observation scientifique des faits qui n'y étaient pas encore.

C'est la première fois que l'on publie l'observation d'un homme supérieur; c'est la première fois que l'on introduit dans la monographie de l'individu une expérimentation psychologique systématisée; et c'est la première fois que l'on apporte un document individuel, utilisable pour la critique scientifique.

J'espère que la Société verra là une manifestation scientifique nouvelle et assez intéressante pour justifier les deux communications que je me suis permis de lui faire à son sujet.

Dans notre prochaine réunion, je dirai quelques mots sur la monographie de M. Emile Zola que j'ai publiée et dont certaines conclusions ont été critiquées, notamment par Lombroso.

La séance est levée à six heures un quart.

RENÉ SEMELAINNE.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX AMÉRICAINS

The Journal of nervous and mental disease.

ANNÉE 1894.

I. — *Cas d'hallucinations de la vue, du toucher, du goût et de l'odorat*; par le D^r Charles S. Potts (numéro de mars). — Il s'agit d'un homme de soixante-quatre ans, n'ayant pas d'antécédents héréditaires, pas d'antécédents vénériens ni alcooliques, mais qui chiquait énormément de tabac. En 1891, il fut pris presque inopinément d'une série d'hallucinations, où il voyait autour de lui un tas de bêtes, petites ou grosses, depuis des puces et des rats jusqu'à des éléphants. Il sentait les petites monter sur lui, il les prenait avec les doigts et les jetait au loin; mais elles remontaient encore, et allaient jusqu'à lui pénétrer dans la bouche et le nez; elles sentaient le moisi et avaient une saveur visqueuse qui lui donnait des nausées. Cet homme n'a pas été suivi; on n'a pas recherché s'il présentait des stigmates d'hystérie.

II. — *L'aphasie au point de vue médico-légal*; par le D^r Théodore Diller (numéro de mai). — Pour apprécier la capacité testamentaire d'un aphasique, on doit rechercher: s'il est sain d'esprit; s'il peut concevoir les idées qu'on lui transmet; s'il est capable de transmettre ses propres idées. A défaut des mots, l'aphasique sain d'esprit peut fort bien se faire comprendre par gestes. La coexistence de la surdité verbale et de la cécité verbale peuvent donner à l'individu toute l'apparence d'un dément sans qu'il le soit en réalité; cependant son état alors est tel, il a une difficulté si grande, si absolue à se mettre en rapport avec le monde extérieur, que c'est tout comme s'il était dément. Il faut ajouter qu'en règle générale, tout individu aphasique, devenu tel par le fait d'une lésion cérébrale, verse insensiblement dans la démence.

III. — *Céphalématome, érysipèle de la face, opération de*

la tumeur, long intervalle lucide chez un aliéné; par le D^r Chas. B. Mayberry (numéro de mai). — Un aliéné atteint, depuis trois ans, de manie chronique, avec hallucinations et idées délirantes nombreuses, ayant des idées de suicide, se frappe un jour la tête contre un mur, et se cause un céphalématome. Les lésions cutanées déterminent un érysipèle de la face. La tumeur ne se résorbant pas, on se décide à l'inciser. Les suites de l'opération sont excellentes. Cependant, malgré l'érysipèle, malgré une perte de sang abondante par suite de l'incision de la tumeur, le malade arrive à un état de lucidité excellente, où il ne manifeste pas la moindre idée délirante, et où il reste environ trois mois. Mais au bout de ce temps, il retombe et sa maladie mentale s'achemine rapidement vers une démence bien caractérisée.

IV. — *Genèse des hallucinations, des illusions et des idées délirantes;* par le D^r H. A. Tomlinson (numéro de septembre). — Suivant l'auteur de cet article, les hallucinations et les illusions ne seraient pas un phénomène plus anormal en soi chez l'aliéné que chez l'adulte sain, et surtout chez l'enfant. Celui-ci est constamment halluciné ou illusionné; il fait précisément son éducation en corrigeant les erreurs de ses impressions, au moment où il en a conscience. Ce qui fait que, chez l'aliéné, ces mêmes impressions se transforment en idées délirantes, c'est que la conscience les interprète d'une manière inexacte et les prend pour ce qu'elles ne sont pas.

V. — *L'alcool dans la neurasthénie;* par le D^r Græme, M. Hammond (numéro de novembre). — Le régime diététique est le principal moyen de traitement de la neurasthénie; dans les cas où il y a torpeur stomacale, défaut de sécrétion du suc gastrique, l'auteur se trouve bien d'employer de petites doses d'alcool, sous forme de vins médicamenteux.

VI. — *Surveillance et protection des aliénés convalescents;* par le D^r Henry R. Stedman (numéro de décembre). — Cet article mérite d'autant plus d'être remarqué qu'il paraît être le premier écrit sur ce sujet aux États-Unis, où jusqu'ici rien n'a été fait dans le sens dont il s'agit. L'auteur n'ignore pas ce qui a été fait en France, et il cite avantageusement l'exemple donné par l'institution Falret. Il s'attache à montrer les dangers principaux qui entourent la convalescence d'un aliéné, et l'importance des précautions à prendre pour maintenir les rémissions, pour empêcher les rechutes. D'une manière générale, certains aliénés guéris ne doivent pas trop tôt quitter

l'asile; ce sont ceux qui sont trop impressionnables, ceux qui, dans leur milieu social habituel, pourraient se trouver en face des mêmes difficultés qui ont déterminé leur maladie; d'autres, au contraire, doivent en sortir aussi promptement que possible, ce sont ceux qui ont un besoin marqué du milieu familial. Aux uns comme aux autres, il faut assurer une protection efficace; pour les malades aisés la chose est relativement facile. Il n'en est pas de même avec les indigents, et M. le D^r Stedman réclame pour eux la création de sociétés de patronage analogues à celles qui existent déjà en France.

ANNÉE 1895.

I. — *A propos de trois cas de folie circulaire*; par le D^r William F. Drewry (numéro d'avril). — Ces trois cas n'ont rien de particulièrement nouveau. Le D^r Drewry constate que la folie circulaire est rare relativement aux autres formes de folie; ainsi, sur neuf cents malades, il n'en a rencontré que quatre cas bien authentiques. Il la distingue du reste de la folie intermittente. Il ajoute qu'on ne peut la diagnostiquer qu'après longtemps; que jamais, en réalité, il n'y a vraie rémission entre les stades; que l'excitation maniaque peut varier d'intensité, mais que cependant l'incohérence et le désordre des idées y sont moins marqués que dans la manie simple; que parfois, ni dans la phase maniaque, ni dans la phase mélancolique, il n'y a des hallucinations ou des idées délirantes proprement dites; enfin, que la maladie est incurable.

II. — *Influence de l'hérédité sur l'idiotie*; par le D^r Martin W. Barr (numéro de juin). — Cette influence est incontestable; il est bien avéré désormais que les idiots naissent soit d'autres idiots, ce qui est rare, soit, plus fréquemment, de faibles d'esprit, ou de gens qui ont des tares morbides diverses, alcoolisme, phtisie, maladies nerveuses. Cependant la manière dont se produit l'hérédité est quelquefois encore obscure, car dans une même famille, à côté d'idiots, on peut voir des enfants bien sains d'esprit et d'intelligence suffisamment développée, et encore parfois élevée.

III. — *Note sur un cas de paralysie générale, examiné relativement aux variations de la température, du pouls et de la respiration*; par le D^r Ralph Wait Parsons (numéro de juillet). — L'auteur fait allusion à un mémoire précédemment publié par les D^{rs} Peterson et Langdon, qui concluaient que

les variations de la température, par le fait même de la paralysie générale, étaient nulles, à moins qu'il n'y ait quelque complication. Il a examiné spécialement, à ce point de vue, un malade qu'il a suivi plusieurs mois sur le même champ d'observation. Il a noté des différences quelquefois assez sensibles entre le matin et le soir. Il arrivait aussi que les accès d'excitation élevaient la température, tandis que des attaques convulsives l'abaissaient. En général, il y a aussi ou presque toujours concordance entre les variations de la température et celles du pouls et de la respiration.

IV. — *La folie et la phthisie, leurs transmutations et leur co-existence*; par le D^r H.-A. Tomlinson (numéro d'octobre). — Il est fréquent de voir les enfants de phthisiques verser dans la folie. Pour élucider le sujet, l'auteur a fait quelques recherches statistiques. Sur 695 malades présentés en août 1892 dans son asile, il en a trouvé 70 dans la famille desquels il y avait eu des phthisiques, et sur ce nombre 31 hommes et 39 femmes. D'autre part, la co-existence des deux maladies est assez rare; l'auteur n'en a observé que 12 cas, dont 5 hommes et 7 femmes. Dans un cas comme dans l'autre, transmutation ou coexistence, la folie doit être le résultat de la dégénérescence des centres nerveux, se traduisant par l'altération des cellules.

V. — *Du traitement des aliénés dans la famille*; par le D^r H.-M. Bannister (numéro de novembre). — Cet article, qui est écrit par un homme d'esprit, éminemment sage et pratique, est une réponse typique à certaine partie d'un discours que Weir Mitchell a récemment prononcé devant l'Association des aliénistes américains. Weir Mitchell est un neurologue du plus grand mérite; mais il se méprend si étrangement sur certaines choses de l'aliénation mentale, que son défaut de compétence se dévoile d'une manière absolue. Il a soutenu, entre autres choses, que le séjour de l'asile est fatal aux aliénés; qu'il ne peut leur être utile en rien pour la guérison de leur maladie et qu'on ne doit le rechercher qu'en dernière ressource.

Le D^r Bannister, non sans une pointe de malice, constate que cette opinion formelle est quelque peu en contradiction avec une autre exprimée dans le même discours, où Weir Mitchell expose comme il voudrait qu'un asile fût organisé. Le fait qu'il imagine un établissement plus parfait que les asiles actuels implique, en effet, qu'il reconnaît à l'asile quelque utilité.

Toujours est-il qu'il se trompe sur le reste, et le D^r Bannister en expose clairement quelques-unes des raisons.

Sur un premier point, l'asile est-il nécessaire et préférable au traitement dans la famille? Il considère d'abord les états simples, agitation maniaque ou dépression mélancolique. Il montre que jamais, dans une maison particulière, même en faisant de grandes dépenses, on ne peut bien s'organiser pour garder un maniaque agité. En ce qui concerne les mélancoliques, certains d'entre eux peuvent avantageusement rester dans leur domicile. Mais s'ils ont des idées de suicide, s'ils refusent la nourriture, il n'y a pas de famille où l'on puisse s'organiser convenablement pour les garder.

Quant à cette catégorie nombreuse d'aliénés, dans diverses formes morbides, qui sont nuisibles ou dangereux pour autrui, pour eux la séquestration s'impose et l'asile est indispensable.

Second point : l'asile est-il un moyen de traitement efficace? Assurément, il faut convenir que, pour un petit nombre d'aliénés, il peut être relativement plus nuisible qu'utile. Mais ce n'est qu'un petit nombre. Les autres sont, au contraire, favorablement influencés par les habitudes de régularité, par la discipline que l'asile leur impose. Ils s'y montrent mieux disposés à se conformer aux prescriptions qui leur sont faites. Du reste, dans les cas fréquents où ils ont la velléité de se soustraire au traitement proprement dit, on a toute facilité pour les obliger de s'y soumettre et, en le faisant, on leur rend grand service.

Il faut considérer, en outre, que le séjour dans la famille peut avoir de grands inconvénients, soit pour les aliénés eux-mêmes, soit pour leur entourage. La présence de leurs parents, de leurs amis les irrite. Les soins, quelquefois trop empressés, trop minutieux, dont on s'efforce de les entourer leur sont plutôt désagréables. Enfin, lorsque, parmi les membres de la famille, il y a certaines prédispositions, on ne doit pas oublier qu'alors la folie peut fort bien être contagieuse.

Il y a donc de bonnes raisons pour montrer la nécessité des asiles d'aliénés et leur importance comme moyen de traitement de la folie.

Nous devons ajouter à ce qu'a dit le D^r Bannister, que le discours de Weir Mitchell a fait, aux Etats-Unis, une douloureuse impression. Un grand nombre de bons esprits se sont trouvés d'accord pour estimer qu'un homme, dans sa situation, aurait dû mieux mesurer ses paroles et ne pas inspirer des doutes attristants aux nombreuses familles qui, surtout dans les classes pauvres, ne peuvent faire autrement que de confier leurs malades aux asiles d'aliénés.

VI. — *De l'hérédité morbide et de la prédisposition à la folie chez l'homme de génie*; par le D^r Warren L. Babcock (numéro de décembre). — L'auteur distingue deux grandes catégories d'hommes de génie, les uns normaux, les autres anormaux. Il ne consacre que quelques lignes à la catégorie des normaux; pour la plupart, ils tiennent dignement leur place au milieu du monde social où ils vivent; ils y jouissent d'une grande influence et contribuent puissamment au progrès. Ils sont sains de corps comme d'esprit; ils appartiennent à des familles normales, également saines. En général, ils ne procèdent pas par grands éclats et ne font rien de ce qui frappe vivement l'esprit public. Les anormaux sont dans une situation toute différente: ils ont des tares morbides, quelquefois même des maladies bien caractérisées. Ils appartiennent à des familles entachées de dégénérescence. Leur vie s'use vite. Souvent c'est comme par accès qu'ils produisent leurs œuvres remarquables. Enfin, il est bon nombre d'entre eux qui, à un moment ou à l'autre, versent réellement dans la folie.

Une bonne partie du mémoire du D^r Babcock est consacrée à l'énumération d'hommes illustres de tous les temps, chez qui on a relevé des névroses ou des maladies mentales.

The Alienist and Neurologist.

ANNÉE 1894.

I. — *L'alcoolisme peut être traité avec succès sans qu'il soit besoin de remèdes secrets*; par le D^r C. H. Hughes (numéro de janvier). — Cet article, sans le dire, vise assurément un prétendu traitement de l'alcoolisme qui a grande vogue aux Etats-Unis, et dans lequel les malades prennent une drogue inconnue. Le D^r Hughes recommande les pratiques suivantes: supprimer naturellement l'alcool, et y substituer momentanément tel ou tel médicament utile, l'opium, le quinquina, la coca, etc. Donner au malade un breuvage assez abondant, eau ou lait; conseiller le repos, administrer de temps à autre un purgatif, pris de préférence parmi les salins. Insister sur une nourriture bien reconstituante. Faire une loi au malade de résister à ses propres tendances.

II. — *Folie chez les enfants*; par le D^r Harriet C. B. Alexander (numéro de janvier). — Ce mémoire avait été commencé dans le numéro de juillet 1893. Il ne contient rien autre chose qu'une revue des opinions émises à ce sujet par divers auteurs.

III. — *Traitement et prophylaxie de la folie*; par le D^r John Puntou (numéro de janvier). — Pour le traitement il faut appliquer, suivant les cas : l'influence morale, dont la valeur dépend des infirmiers et des diverses personnes qui approchent le malade; des médicaments, surtout des toniques, et ceux que commande l'état du tube digestif et de la nutrition générale; une bonne hygiène dans l'alimentation, dans l'habitation; des moyens de contention toutes les fois qu'ils sont utiles. En ce qui concerne la prophylaxie, le rôle principal appartient au médecin de la famille, qui doit s'en occuper dès le jeune âge des sujets prédisposés, et donner des conseils opportuns pour le régime général, l'éducation, les habitudes, les occupations et le choix d'une carrière.

IV. — *La folie devant la loi*; par le D^r C. H. Hughes (numéro d'avril). — En cet article, l'auteur reproduit des paroles qu'il avait déjà prononcées quinze ans plus tôt, et d'après lesquelles il revendique la priorité d'une idée émise récemment par d'autres auteurs; idée qui consiste en ce que la meilleure punition du crime et le moyen d'empêcher la folie de survenir chez des dégénérés, serait de pratiquer la castration de tout criminel.

V. — *Moyens de prévenir et de guérir la folie*; par le D^r W. N. Ireland (numéro d'avril). — Sous une autre forme, cet article se résume dans les mêmes éléments que l'article du D^r Puntou, dont nous venons de parler.

VI. — *Le critérium de la responsabilité dans la folie*; par le D^r H. C. Brainerd (numéro d'avril). — Avec un aliéné, il ne s'agit pas de savoir s'il est capable de discerner le bien du mal, mais simplement s'il est aliéné.

VII. — *Hallucinations et illusions*; par le D^r W. M. Mac Laury (numéro d'octobre). — Considérations générales sur l'origine de ces phénomènes qui peuvent provenir de causes très différentes. Ils sont dus quelquefois à des idées fixes, qui prennent consistance; ils peuvent être le résultat de la suggestion, comme il arrive dans l'hypnotisme; ils tiennent le plus souvent à des altérations cérébrales ou à des troubles de la sensibilité générale. On peut être halluciné sans être nécessairement aliéné.

VIII. — *La psychiatrie et les localisations cérébrales*; par le D^r Arthur L. Minck (numéro d'octobre). — Après avoir constaté que le temps est loin où l'on croyait qu'il n'y avait jamais de lésions, l'auteur circonscrit son étude à la paralysie générale et montre que certains de ses symptômes peuvent être

en rapport avec des lésions de telle ou telle partie du cerveau. Le sentiment de bien-être exagéré que les malades ont au début, tient à l'hyperémie corticale. Les troubles moteurs concordent avec l'altération des points où sont localisées telles ou telles fonctions motrices.

L'altération des régions sensorielles coïncide avec les aberrations de la personnalité. Les hallucinations des divers sens tiennent aux lésions de chacun de leurs centres propres. Enfin la dissociation intellectuelle, la démence provient de la destruction des cellules de la masse active du cerveau.

ANNÉE 1895.

I. — *Les marques de raison dans les actes criminels des aliénés*; par le D^r Jas. G. Kiernan (numéros de janvier et d'avril). — Mémoire très détaillé, où l'auteur, en s'appuyant sur un grand nombre d'exemples bien choisis, empruntés tant à ses observations personnelles qu'à la littérature médicale, établit le bien fondé des cinq propositions suivantes :

Les actes criminels des aliénés sont dus souvent à des causes rationnelles.

Ils sont souvent attribués à des causes qui paraissent également rationnelles.

Ils peuvent tout aussi bien être le résultat d'idées délirantes que d'idées qui, en apparence, sont raisonnables.

Ils peuvent se combiner à des conceptions raisonnables, alors qu'ils sont évidemment dus à la folie.

Un aliéné qui, par le fait de sa folie, a commis un crime, un homicide, peut chercher à éviter des poursuites avec autant de précautions que le ferait un homme sain d'esprit.

Nous sommes d'autant mieux en mesure d'apprécier l'opportunité et la justesse du mémoire de M. le D^r Kiernan, que nous-mêmes, en 1888, avons publié, sous le titre de : *La Raison dans la Folie*, un ouvrage où nous avons cherché à bien mettre en évidence les actes, en réalité ou en apparence raisonnables, que peuvent faire les aliénés, et nous avons énoncé ce principe, qu'il faut juger un aliéné non pas d'après ce qui lui reste de raison, mais d'après ce qui lui en manque.

II. — *L'inversion sexuelle chez la femme*; par le D^r Havelock Ellis (numéro d'avril). — Quoique moins commune que chez l'homme, cette inversion est cependant assez commune

chez la femme. Elle n'est pas nécessairement le fait de l'hérédité et de la dégénérescence. Elle commence parfois à se montrer dès l'âge le plus tendre. Elle consiste essentiellement dans la recherche amoureuse d'une femme par une autre femme qui se complaît au contact de l'autre et qui trouve une satisfaction très grande dans les embrassements auxquels elle se livre. Il n'y a pas nécessairement attouchement, ni excitation des organes génitaux ; mais cependant un certain orgasme se produit indirectement dans la plupart des cas. L'auteur a observé bien des cas d'inversion sexuelle ; il en rapporte deux. L'un est celui d'une jeune fille de vingt-six ans, qui, sans avoir une aversion absolue pour l'homme, se sentait bien plus attirée vers d'autres femmes qu'elle aimait à embrasser et à caresser. L'autre concerne une fille de trente ans, petite fille d'alcoolique et fille d'aliéné. Dès l'âge de quatre ans, elle se complaisait à voir les parties sexuelles d'une femme ; à partir de l'âge de treize ans, elle s'éprit successivement d'un amour passionné pour d'autres jeunes filles, près de qui elle se plaisait beaucoup à se coucher, et à qui elle pratiquait volontiers des attouchements de toute sorte, préférant même les pratiquer que de les subir elle-même. Jamais elle ne s'était livrée à l'onanisme. Elle ne se sentait nullement attirée vers l'homme.

Le D^r Ellis constate encore qu'il y a deux catégories d'inverties, les unes qui sont passives et les autres qui sont surtout actives, jouant à l'égard des premières le rôle, en quelque sorte, masculin. Elles aiment à prendre une allure masculine, à s'habiller en homme, et à se composer comme si elles étaient réellement telles.

Les inverties présentent habituellement des désordres nerveux de toute sorte.

III. — *Les pupilles au point de vue du diagnostic* ; par le D^r Arthur E. Minck (numéro d'avril). — Les altérations de la pupille sont de deux sortes, contractions (myosis) ou dilations (mydriase) ; les unes comme les autres peuvent être spasmodiques ou paralytiques, suivant qu'il y a paralysie ou irritation des nerfs qui président aux deux mouvements antagonistes. Les troubles de la pupille sont communs dans les maladies nerveuses. En ce qui concerne les maladies mentales, voici ce qu'on en observe :

La myosis spasmodique se rencontre dans le delirium tremens, dans la manie périodique avec grande excitation, où elle est presque de règle, dans la manie puerpérale. Dans la mélan-

colie avec hallucination, on la trouve souvent unilatérale. Elle peut être unie ou bilatérale dans la manie alcoolique congestive et dans la première phase de la paralysie générale.

La myosis paralytique et la mydriase spasmodique y sont rares.

La mydriase paralytique appartient au stade terminal du delirium tremens, de la manie aiguë, de la paralysie générale. Elle est assez commune dans la mélancolie. Elle est habituelle après les grandes attaques d'épilepsie.

La pupille dite « d'Argyl Robertson » qui garde ses aptitudes d'accommodation, mais ne réagit pas à la lumière, se voit communément dans la paralysie générale.

IV. — *Paranoia morale*; par le D^r Martin W. Barr (numéro de juillet). — Ici le mot *paranoia* est pris dans le sens général de folie. L'auteur a en vue les cas où le sens moral est soit affaibli, soit tout à fait absent. La *paranoia morale* peut, d'ailleurs, coexister avec la *paranoia mentale*, ou en être tout à fait indépendante. Dans ce dernier cas, la maladie est comme essentielle et comprendrait deux groupes d'individus : chez les uns, le sens moral ne s'est pas développé faute d'éducation, ou bien son développement a été faussé par quelque maladie intercurrente; chez les autres, il y a eu influence héréditaire et dégénérescence. Dans le premier groupe, on trouve des gens de tout âge et de toute condition, dont les uns, tout occupés d'eux-mêmes, espèce capricieuse et fantasque, sont les plus insupportables des névropathes; dont les autres, appartenant aux bas-fonds de la société, forment la tourbe errante, toujours à l'affût d'un mauvais coup à faire, d'un vice à pratiquer, et dont il faut se défier sans cesse. Chez ces individus, en général, l'abaissement intellectuel se fait parallèlement à l'abaissement moral. Dans le second groupe, sont les véritables dégénérés, à qui d'ordinaire le sens moral manque complètement et chez qui les facultés mentales sont irrégulièrement développées, très inégales, quelques-unes pouvant, à l'occasion, être brillantes et remarquables. Les individus de l'un et l'autre groupe sont susceptibles de se livrer aux actes les plus extravagants, d'avoir une conduite désordonnée, véritablement immorale et de verser dans la criminalité.

Constatons, sans que cela soit dit dans l'article, que M. le D^r Barr est bien près de verser dans les théories de Lombroso et d'admettre l'existence du criminel-né.

V. — *Les progrès de la folie*; par le D^r L. Forbes Wins-

low (numéro d'octobre). — Discours prononcé au Congrès de médecine légale, en 1895, où l'auteur présidait la section de psychiatrie. L'analyse en est impossible. Notons-y l'éloge de William Forbes Winslow, père de l'orateur, qui a tenu en Angleterre un rang éminent, et qui, un des premiers, s'efforça d'établir devant les tribunaux l'irresponsabilité des aliénés.

VI. — *L'hypnotisme et la loi*; par Clark Bell (numéro d'octobre). — Un individu en état d'hypnotisme peut-il être poussé par suggestion à commettre un crime? Plusieurs notabilités américaines consultées à ce sujet par l'auteur, ont émis des idées adverses sur ce sujet. En tout cas, on ne peut pas jusqu'ici produire un seul fait significatif.

VII. — *La race humaine est-elle en dégénérescence?* par le D^r Jas. G. Kiernan (numéro d'octobre). — C'est une réfutation du livre de Nordau. Le D^r Kiernan constate que les anglosaxons ne sont pas dégénérés. Il s'inscrit en faux contre la plupart des allégations de l'auteur allemand, et ne craint pas de dire que celui-ci n'entendait rien à ce dont il a parlé. Nous pouvons constater, d'ailleurs, que le livre de Nordau a été fort mal accueilli et très maltraité en Amérique.

VIII. — *La folie chez les nègres*; par le D^r J.-W. Babcock (numéro d'octobre). — Depuis leur émancipation, la folie chez les nègres s'est accrue d'une manière notable. Ils le doivent en majeure partie aux excès alcooliques. Ils sont plus sujets aux formes maniaques de la folie qu'aux formes mélancoliques. Le nombre croissant d'aliénés parmi eux a amené quelques États à leur consacrer spécialement des quartiers d'asile et même des asiles entiers. Ce sont surtout les États du Sud. L'auteur, dépouillant les plus récents rapports des divers asiles des États, relève ce qui y concerne l'installation réservée aux aliénés de couleur.

American Journal of Insanity

ANNÉE 1894.

I. — *Des modifications à apporter aux lois qui régissent les aliénés aux États-Unis*; par le D^r Stephen Smith (numéro de janvier). — Ce mémoire et ceux qui suivent dans le même numéro ont été lus au Congrès de médecine mentale de Chicago, en 1893. Le D^r Smith constate tout d'abord que les lois des divers États américains sur les aliénés ne sont en grande partie qu'un assemblage informe; qu'elles sont établies d'après

des idées arriérées ; que, dans l'internement d'un aliéné dans un asile, elles ne visent qu'un point, la détention, sans avoir égard au traitement, et qu'elles regardent l'aliéné à interner comme un détenu quelconque. Le D^r Smith voudrait voir supprimer toute intervention de jurys ou de tribunaux dans ce qui concerne l'internement et propose l'adoption des règles suivantes : L'aliéné est un malade, atteint d'une maladie cérébrale, son placement dans un asile est donc avant tout affaire de traitement ; les certificats de placement seront donnés par des médecins spéciaux, à qui on aura reconnu quelque compétence dans les maladies mentales ; ces certificats seront transmis aux directeurs des asiles, qui devront, par tous les moyens qui leur sembleront utiles, en établir la sincérité et l'authenticité, qui feront ensuite vérifier par le personnel médical de l'asile l'état réel d'aliénation mentale du malade, et qui pourront alors faire interner celui-ci ; aussitôt après l'entrée, un certificat du médecin de l'asile sera envoyé au conseil des inspecteurs des aliénés. En ce qui concerne la distribution des asiles, le D^r Smith y réclame la séparation des curables et des incurables. Enfin, il prévoit des conseils de surveillance dont quelques-uns des membres devraient être des médecins.

II. — *Un cas de folie consécutive à l'ovariotomie* ; par le D^r E. Régis (numéro de janvier). — Aux États-Unis, on a traité quelquefois, et en certains cas avec apparence de succès, la folie par l'ablation des ovaires. En France, cette pratique n'a point été préconisée. Le fait relaté par M. le D^r Régis serait propre plutôt à en détourner. Il concerne une jeune femme de trente-neuf ans, de tempérament nerveux, ayant eu des aliénés dans sa famille, qui, à la suite d'une double ovariectomie, huit jours après l'opération, fut prise d'une maladie mentale ayant les allures d'une folie par intoxication ; elle avait surtout des hallucinations terrifiantes ; puis elle eut de la confusion mentale avec délire mélancolique ; elle s'agitait par moments et montrait une grande incohérence ; pendant quelques semaines, on la traita par des injections sous-cutanées de suc ovarien qui parurent calmer la malade. Mais au moment où son observation est rapportée, elle n'était pas guérie et avait encore des idées délirantes. Son histoire semble de nature à faire prohiber l'ovariotomie chez des personnes qui pourraient présenter quelque prédisposition à l'aliénation mentale.

III. — *L'avenir du service des asiles* ; par le D^r A. Campbell Clark (numéro de janvier). — L'auteur voudrait que,

dans les asiles, les aliénés curables ne fussent point traités en masses ; mais que l'on pût presque individuellement s'attacher au traitement de chacun d'eux ; pour cela, il y faut un bien plus grand nombre d'infirmiers qu'on en a d'ordinaire ; il faut que ces infirmiers soient intelligents, assez instruits, qu'ils aient quelque initiative vis-à-vis du médecin ; enfin qu'eux-mêmes aient une situation qui les attache et les intéresse à leurs fonctions.

IV. — *De l'assistance des épileptiques* ; par le D^r Frederick Peterson (numéro de janvier). — Il serait opportun de recueillir et d'assister tous les épileptiques qui ne peuvent être à charge à leur famille. Pour eux, ce qui serait le plus avantageux, c'est la création, non pas d'asiles, mais de colonies, sortes de villages ou de communautés où ils pourraient être occupés chacun selon ses aptitudes et son état, en même temps qu'ils y trouveraient toute l'assistance, tous les soins moraux, tout le traitement médical dont ils pourraient avoir besoin. Quelques-uns des États de l'Union sont entrés dans la voie de créer des colonies de ce genre.

V. — *L'enseignement de la psychiatrie dans les collèges médicaux américains* ; par le D^r N. Emmons Paine (numéro de janvier). — En 1871, l'association des médecins des asiles américains avait pris l'initiative de faire créer dans les collèges de médecine des chaires de pathologie mentale. Cette initiative a été efficace ; actuellement l'enseignement de la psychiatrie est régulièrement organisé dans soixante collèges sur les cent quarante-quatre qui existent. On peut désirer davantage ; mais ce qui a été obtenu est déjà satisfaisant. L'auteur préconise que toutes les fois que cela est possible, cet enseignement soit confié au médecin de l'asile le plus voisin du collège ; à son défaut, à un homme expérimenté dans les maladies mentales.

VI. — *De l'assistance des aliénés au Canada* ; par le D^r C. K. Clarke (numéro de janvier). — L'organisation des asiles canadiens laisse encore à désirer ; cependant elle est en progrès notable depuis quelques années.

VII. — *Note sur la névrite périphérique consécutive à l'influenza* ; par le D^r S. Rutherford Macphail (numéro de janvier). — Quatre observations brièvement rapportées semblent devoir permettre d'ajouter la grippe épidémique aux causes déjà connues de névrite périphérique. Dans les observations qui concernent les aliénés, les symptômes de névrite ont été surtout de l'affaiblissement de la sensibilité, la diminution de l'énergie mus-

culaire soit dans les membres, soit dans les organes ; les réflexes étaient plus ou moins abolis.

VIII. — *De l'assistance des aliénés en Finlande*; par le D^r Emil Hongberg (numéro de janvier). — En ce pays, chaque ville de comté a un service d'admission pour vingt malades ; les chroniques sont répartis entre quatre grands asiles. En 1891, le nombre total des aliénés traités dans ces divers centres était de 891. La surveillance de ces établissements est placée entre les mains d'une administration qui est une sorte de ministère de la santé publique.

IX. — *La paralysie générale est-elle d'origine toxique?* par le D^r H. M. Bannister (numéro d'avril). — Il s'agit ici de l'influence étiologique que la syphilis peut exercer sur la paralysie générale. M. le D^r Bannister fait un excellent exposé de tout ce qui a été écrit sur ce sujet dans les divers pays. Il constate avec beaucoup d'auteurs que la coïncidence de la syphilis et de la paralysie générale est extrêmement commune, et il se range à l'opinion qui voit entre l'une et l'autre une relation de cause à effet. Il estime que la syphilis, par toxémie, modifie l'organisme et forme un excellent terrain d'évolution à la démence paralytique.

X. — *Les rois aliénés de la Bible*; par le D^r R. Burrell (numéro d'avril). — Étude détaillée, d'après le texte même de la Bible, des signes de folie que présentèrent les rois Saül et Nabuchodonosor. L'auteur relève également des marques de folie chez quelques-uns des prophètes.

XI. — *Sur trois cas de guérison de folie d'une longue durée*; par le D^r J. A. Campbell (numéro d'avril). — Premier cas : homme de cinquante-neuf ans, cultivateur, fils d'une aliénée, atteint en 1875 de mélancolie avec craintes d'empoisonnement, avec idées de négation, s'imaginant qu'il ne pouvait jamais satisfaire ses besoins naturels. Jusqu'en 1879, pas de changement dans son état. A ce moment sa santé physique commença à s'améliorer ; cependant il gardait ses mêmes idées délirantes. En 1891, il se mit à s'occuper un peu, et l'année suivante il était dans un état qui put être considéré comme guérison. Durée de la maladie : dix-sept ans.

Deuxième cas : femme de soixante-huit ans, héréditaire, à sa troisième atteinte de folie, mélancolie simple avec grande émotivité ; guérison progressive au bout de neuf ans. Elle était sortie de l'asile en 1888, et depuis lors n'a pas eu de rechute.

Troisième cas : homme de trente-deux ans, sans hérédité.

Excitation maniaque, actes désordonnés, idées de grandeur; se croyant prophète et entendant des révélations divines. Pendant trois ans il est resté dans le même état; puis il s'est amélioré graduellement, et sa guérison est venue au bout de cinq ans de séjour dans l'asile.

D'une manière générale, le traitement de ces malades avait consisté en une bonne alimentation; on avait cherché à les occuper, et on leur donnait le plus de liberté possible.

XII. — *Deux observations de tumeur cérébrale, avec autopsies*; par le D^r Irwin H. Neff (numéro d'avril). — Dans un cas, la tumeur occupait le lobe frontal gauche; dans l'autre elle résidait à la base du cerveau, comprimait le cervelet. Les sujets étaient des aliénés; chez le second, il y avait une altération notable du sens de l'équilibre.

XIII. — *Contribution à la statistique de la folie dans la Colonie du Cap de Bonne-Espérance*; par le D^r T. Duneau Greenlees (numéro d'avril). — Cet article est fait d'après le recensement général de 1891 et les rapports des asiles d'aliénés à la même époque. La proportion des aliénés est faible au Cap: environ 7 pour 10,000 habitants; en Angleterre, cette même proportion est sensiblement plus élevée, 30 pour 10,000. Sur 1,108 aliénés connus, 445 appartenaient à la race blanche, qui cependant ne forme guère que le quart de la population totale. De ce nombre, 690 étaient hospitalisés; les autres, traités chez des particuliers ou dans leur famille. La paralysie générale est très peu connue dans la race noire; elle est rare chez les blancs nés au Cap; elle est commune chez les immigrés. Les formes de folie les plus ordinaires sont la manie et la mélancolie simples.

XIV. — *Les bases physiques de la folie et la diathèse de la folie*; par le D^r William A. White (numéro d'avril). — Exposé de quelques vues générales où l'auteur montre que derrière chaque trouble mental on trouve des désordres physiques qui en sont l'origine. Quant à la diathèse elle-même, elle est héréditaire ou acquise, et, dans le premier cas, elle aboutit rapidement à la dégénérescence.

XV. — *De l'internement, de l'assistance et du traitement des aliénés en Amérique*; par le D^r G. Alder Blumer (numéro d'avril). — Président de la section de médecine mentale dans la série de Congrès qui se tinrent à Chicago en 1893, le distingué D^r Blumer, dans son discours présidentiel, a passé rapidement en revue la situation des États-Unis par rapport aux diverses matières dont la section avait à s'occuper. En ce qui concerne

les formalités d'internement, il a montré les avantages de l'intervention médicale substituée à celle des jurys qui existent encore dans quelques États. Il a insisté sur ce fait que le traitement médical des aliénés n'a pas besoin d'une pharmacopée abondante; l'hygiène des individus et la bonne direction de chacun d'eux réussissent bien mieux que les médicaments, à amener les guérisons. Bien d'autres points ont été abordés par lui; mais ils ne se prêtent malheureusement pas à une analyse.

XVI. — *De l'Inspection des asiles d'aliénés*; par le D^r Henry P. Stearns (numéro de juillet) (1).

XVII. — *Les progrès dans l'assistance et le traitement des aliénés depuis un demi-siècle*; par le D^r Edward Cowles (numéro de juillet).

XVIII. — *Un demi-siècle de la littérature médico-psychologique en Amérique*; par le D^r G. Alder Blumer (numéro de juillet).

XIX. — *La folie chez les criminels*; par le D^r H. E. Allison (numéro de juillet).

XX. — *Développement actuel des asiles d'aliénés*; par le D^r W. W. Godding (numéro de juillet).

XXI. — *De la confusion mentale*; par le D^r William L. Worcester (numéro de juillet).

XXII. — *Remarques sur le traitement médical de l'épilepsie chronique*; par le D^r E. D. Bondurant (numéro de juillet). — Résumé d'expériences faites par l'auteur sur les effets du borate de soude, de l'antipyrine, du naphthol, du bromure de strontium dans l'épilepsie. Ce dernier médicament a paru diminuer le nombre des attaques; les autres ont été presque sans action. Contre l'état de mal épileptique, le D^r Bondurant préconise la saignée et le chloral.

XXIII. — *Un nouveau progrès dans la jurisprudence médicale aux États-Unis*; par les D^{rs} John B. Chapin, W. W. Godding, E. N. Brush (numéro d'octobre). — Ce sont trois mémoires différents sur le même sujet.

XXIV. — *Les aliénistes américains depuis un demi siècle*; par le D^r T. W. Fisher (numéro d'octobre).

(1) Les Mémoires XVI à XXI, XXIII à XXVIII ont été lus au Congrès de Philadelphie en 1894. Nous les avons mentionnés dans le compte rendu que nous avons fait des travaux de ce Congrès, et qui a été publié par les *Annales médico-psychologiques*, en janvier 1895.

XXV. — *Prophylaxie de la tuberculose dans les asiles d'aliénés*; par le D^r J. W. Babock (numéro d'octobre).

XXVI. — *Troubles fréquents des fonctions du pneumogastrique dans la folie*; par le D^r T. H. Kellogg (numéro d'octobre).

XXVII. — *L'augmentation du poids du corps et l'amélioration mentale*; par le D^r A. R. Moulton (numéro d'octobre).

ANNÉE 1895.

I. — *Physiologie pathologique de la démence paralytique*; par le D^r H.-J. Berkley (numéro de janvier). — L'auteur estime que la folie paralytique est essentiellement le résultat de troubles vaso-moteurs et non de troubles inflammatoires du cerveau. A l'appui de son opinion, il donne une observation où la mort est survenue rapidement et où l'autopsie, contrairement à la grande majorité des cas, a pu être faite à une époque assez rapprochée du début de la maladie.

L'observation est celle d'un homme de cinquante-deux ans, charpentier, grand buveur, chez qui la syphilis était formellement niée. En septembre 1893, sa femme s'aperçut que son caractère changeait, qu'il devenait irritable et déraisonnable. Au bout de quelque temps, survinrent des idées d'empoisonnement, puis de l'excitation et du désordre qui, en avril 1894, obligèrent d'interner le malade.

En mai, la mélancolie antérieure fit place à des idées de satisfaction et à du délire ambitieux. — Depuis le jour de l'entrée dans l'asile, on avait noté : embarras de la parole, défaut d'accommodation et inégalité pupillaire, tremblement musculaire.

A partir du début de l'excitation, la déchéance physique eut une marche rapide, et le malade mourut le 17 juin 1894. — On fit l'autopsie douze heures après la mort (on ne perdait pas de temps !).

Les détails de l'autopsie sont minutieusement donnés; il faut y relever ceux-ci : épaissement de la pie-mère, qui, partout, se détache aisément de la surface cérébrale et qui n'a d'adhérences qu'au niveau du sillon longitudinal. A l'œil nu les vaisseaux paraissent dilatés. Au microscope on peut constater que les tuniques interne et moyenne des vaisseaux ont de la dégénérescence hyaline, tandis que sous la tunique externe

il y a de la prolifération nucléaire, qui, en certains points, commence à gagner le tissu nerveux environnant. Les cellules nerveuses de la couche grise ne sont altérées qu'en petit nombre. Nulle part il n'y a trace d'inflammation proprement dite.

II. — *Symptômes oculaires au début de la paralysie générale*; par le D^r Neil Jameson Hepburn (numéro de janvier). — Mémoire présenté au Congrès de Philadelphie et déjà analysé dans les *Annales médico-psychologiques*, janvier 1895.

III. — *Observations sur l'hébéphrénie*; par le D^r Edward-B. Lane (numéro de janvier). — Sous le nom d'hébéphrénie, le D^r Lane comprend les maladies mentales qui se développent entre quatorze et vingt-quatre ans, autour de la puberté. — Son mémoire est l'analyse de soixante-quatre observations recueillies à l'asile d'aliénés de Boston de 1884 à 1894. — Dans presque tous les cas il y a hérédité. L'enfant a commencé par être plus ou moins faible d'esprit, plus ou moins niais, ayant un sentiment exagéré de lui-même, de l'inconsistance mentale, de la perversion morale. Il a été sujet aux irrégularités de caractère, à l'emportement et à l'irritabilité. — Les formes morbides les plus habituellement notées sont d'abord la dépression mélancolique, puis l'excitation maniaque. — Presque tous les malades ont des hallucinations. — Les idées délirantes sont diverses, souvent des idées de persécution, quelquefois des idées mystiques. — La plupart des malades qui versent dans l'hébéphrénie sont adonnés à l'onanisme. — Quelques-uns ont de la tendance au suicide. La terminaison la plus habituelle de leur maladie est la démence primitive. En général, du reste, le pronostic est défavorable, car les récidives sont fréquentes.

IV. — *Le système du traitement des aliénés chez les particuliers, en Ecosse*; par le D^r C.-Eugène Riggs (numéro de janvier). — On sait que ce système consiste à confier certains aliénés tranquilles à des particuliers qui veulent bien s'en charger, au lieu de les maintenir dans des asiles. Une commission d'inspecteurs est chargée de surveiller ces aliénés et la manière dont ils sont soignés; ceux qui sont actuellement en fonctions s'acquittent de leur charge avec zèle, et font que le système est réellement utile. Le D^r Riggs ayant accompagné ces inspecteurs dans une de leurs tournées, rend compte de ses impressions qui ont été favorables. Au moment dont il parle, le nombre des aliénés assistés de cette manière était de cent huit pour toute l'Ecosse.

V. — *Rapports de l'urée et de l'épilepsie*; par le D^r J. Nelson Teeter (numéro de janvier). — Ayant suivi deux malades atteints l'un de grand mal épileptique, l'autre de petit mal, et ayant régulièrement examiné leurs urines, le D^r Teeter a constaté que, constamment, l'urée excrétée par eux était au-dessous de la moyenne normale. Aussi, se montre-t-il disposé à admettre, avec le D^r Régis, l'intoxication comme la cause des attaques convulsives.

VI. — *L'hypnotisme dans la psychiatrie américaine il y a cinquante ans*; par le D^r James G. Kiernan (numéro de janvier). — A l'époque dont il s'agit, l'hypnotisme s'appelait le mesmérisme ou le magnétisme animal. Les aliénistes américains d'alors n'avaient pas manqué d'en essayer l'emploi comme moyen de traitement dans la folie; l'un d'eux, Galt, s'en était beaucoup occupé. Tous avaient constaté son inefficacité; ils s'accordaient à reconnaître ses dangers, sa base psychologique, l'auto-suggestion, et ce fait qu'il n'est facile à provoquer que chez des individus déjà malades.

VII. — *Des règles qui président actuellement au choix du personnel des asiles d'aliénés dans l'Etat de New-York*; par le D^r P. M. Wise (numéro de janvier). — Bornons-nous à relever ce qui concerne le personnel médical; il comprend trois catégories de personnes: médecin-directeur; premier assistant ou médecin-adjoint; autres adjoints. Le médecin-directeur est nommé par la Commission administrative, sur une liste de trois noms dressée par le Conseil des Inspecteurs généraux; les autres sont nommés par le médecin-directeur, sur une liste formée de la même manière, et sous réserve de l'approbation de la Commission administrative. Pour être promu dans l'adjuvat, il faut trois ans d'exercice dans la fonction; et pour devenir médecin-directeur il faut être âgé de trente ans. Il va sans dire que les candidats à ces diverses fonctions doivent justifier qu'ils ont l'expérience voulue pour le poste où ils demandent à être appelés.

VIII. — *Un aliéné persécuté*; par le D^r William C. Krauss (numéro de janvier). — C'est l'histoire d'un jeune homme de vingt-cinq ans, qui tua un jour un de ses amis; il était halluciné et se voyait en butte à des complots divers; entre autres choses il entendait qu'on l'appelait bâtard. En mainte circonstance il avait montré une excitation qui aurait dû mettre en garde contre lui; mais on le trouvait raisonnable sur certains points, qui faisaient méconnaître la gravité de sa maladie, et l'événement a

montré les terribles conséquences de l'erreur commise en ne séquestrant pas ce malade.

IX. — *Treize cas d'ataxie héréditaire chez l'adulte*; par le D^r Irwin H. Neff (numéro de janvier). — Il s'agit de treize personnes d'une même famille en quatre générations. Tous ont eu la même évolution dans la maladie, qui leur survenait généralement entre cinquante et soixante-cinq ans. Quatre individus ont eu de l'aliénation mentale à forme démente.

X. — *Des modifications que comporte le traitement des aliénés incurables*; par le D^r A. B. Richardson (numéro d'avril). — Le séjour de l'asile est nécessaire aux aliénés, car la plupart d'entre eux sont dans un état qui ne permet pas de les maintenir ailleurs. Ce qu'il faut, ce n'est donc pas de demander la suppression des asiles, mais leur adaptation aussi parfaite que possible aux besoins des aliénés, et l'adoption de toutes les mesures, occupations, distractions, jeux, plaisirs de toute sorte, qui peuvent leur en rendre le séjour utile et agréable.

XI. — *Folie alcoolique chez deux sœurs, suite de l'abus secret des alcools*; par le D^r Philip J. Zenner (numéro d'avril). — L'histoire de ces deux personnes n'a pas d'autre intérêt que ce fait qu'elles faisaient secrètement, à l'insu l'une de l'autre et de leur entourage, des abus de liqueurs alcooliques, et que toutes deux devinrent aliénées sans que leur folie fût semblable. Elles appartenaient à une famille saine et non entachée d'hérédité.

XII. — *La folie dans ses rapports avec les troubles gynécologiques*; par le D^r Clara Barrus (numéro d'avril). — Résumé d'examen des organes génitaux chez cent femmes aliénées. La grande majorité d'entre elles y présentaient des désordres divers; mais il est d'autant plus difficile d'établir les rapports que ces troubles avaient avec la folie que, malgré les traitements dirigés contre eux, avec le succès désirable, la folie en ressentait peu de bénéfice.

XIII. — *Le chlorobrome comme hypnotique chez les aliénés*; par le D^r J. Percy Wade (numéro d'avril). — Cet agent est un mélange, à parties égales, de bromure de potassium et de chloramyle dissous dans l'eau. 30 grammes de la solution contiennent environ 2 grammes de chaque médicament. Cette dose est celle qui a été communément employée; elle a produit de bons effets chez des maniaques, chez des mélancoliques et chez des déments agités.

XIV. — *Sur le sang des aliénés*; par le D^r James Burton (numéro d'avril). — D'une manière générale le D^r Burton a

remarqué que dans la démence sénile, il y a augmentation de leucocytes, diminution très notable dans la paralysie générale, augmentation dans les cas où il y a tendance à l'excitation maniaque.

XV. — *De l'influence des maladies accidentelles sur la marche de la folie*; par le D^r F. St. John Bullen (numéro d'avril). — Cette influence est bien connue. Comment se produit-elle? On a essayé sans succès de l'imiter en usant des révulsifs cutanés et autres moyens semblables. Ne peut-on pas se demander plutôt si la folie, étant une maladie due à des toxines, celles-ci ne sont pas modifiées ou même détruites par la maladie intercurrente?

XVI. — *Guérison d'une maladie mentale par introduction d'un faux testicule chez un individu mono-cryptorchide*; par le D^r E. M. Hermance (numéro d'avril). — Un jeune homme de vingt un ans aurait voulu se marier, mais il reculait à le faire parce qu'il n'avait qu'un seul testicule et qu'il craignait, à cause de cela, d'être impuissant. Le chagrin qu'il en eut le plongea dans une mélancolie profonde; il était extrêmement déprimé. Consulté par lui, le D^r Hermance lui proposa de lui rendre le testicule qui lui manquait, ce qui fut accepté. En l'opérant, on lui introduisit, dans la bourse vide, un morceau de pomme de terre crue. Les suites de l'opération furent excellentes. Le jeune homme pensa que réellement on avait corrigé son anomalie; son état mental redevint excellent; il se maria et, dix ans après, il avait déjà eu deux enfants.

XVII. — *Folie communiquée*; par le D^r J. W. Babcock (numéro d'avril). — La folie communiquée est encore peu connue en Amérique. L'attention du D^r Babcock a été attirée de ce côté par les travaux de M. le D^r Régis, et il rapporte dans cet ordre de faits, l'histoire d'un homme, d'ailleurs bien constitué, mais faible d'esprit, atteint de délire des persécutions, avec hallucinations et idées mystiques, dont la folie se communiqua à un frère plus jeune et encore plus simple d'esprit. Tous deux restèrent incurables, malgré une séparation temporaire.

XVIII. — *L'action médicale dans l'asile d'aliénés*; par le D^r P. M. Wise (numéro de juillet). — Aux États-Unis, les efforts universels tendent à faire perdre à l'asile d'aliénés l'aspect de maison de détention qu'il avait et à le rapprocher le plus possible d'un hôpital ordinaire. Le D^r Wise expose comment doit être organisée l'action médicale. Le médecin en chef ayant la haute direction, ce sont les médecins-adjoints qui doivent s'oc-

cuper le plus intimement des quartiers; il devrait y avoir un adjoint par cent malades; adonnés à l'exercice proprement dit de la médecine, ils devraient n'être chargés d'aucun travail d'écritures, même pas du soin de prendre les observations; celles-ci seraient dictées à des employés spéciaux. Ce sont les infirmiers et infirmières qui sont le pivot de toute bonne organisation des asiles; tant ils valent, tant on a plus ou moins de succès avec les malades. Il importe donc qu'ils soient bien choisis et convenablement dressés à l'exercice de leurs fonctions. Quant à la disposition matérielle des asiles, elle est, dit le D^r Wise, de peu d'importance, si le personnel est bon et bien capable de remplir sa mission.

XIX. — *Jennina Wilkinson « l'Amie universelle »*; par le D^r Henry P. Frost (numéro de juillet). — Notice sur une sorte de prophétesse qui remplit du bruit de son nom une partie des Etats d'Amérique à la fin du siècle dernier. C'était bien réellement une aliénée, hallucinée, mystique, fort exaltée, mais que bien des gens prirent au sérieux. Elle disait avoir communiqué directement avec Dieu.

XX. — *Le bain pluie*; par William Paul Gerhard, ingénieur (numéro de juillet). — Note sur l'emploi de la douche en pluie comme bain de propreté et description d'appareils organisés par l'auteur pour généraliser cette sorte de bain dans les établissements publics d'aliénés ou autres. Ces appareils n'ont rien qui leur soit particulièrement spécial.

XXI. — *Du régime alimentaire dans les asiles d'aliénés*; par le D^r J. D. Munson (numéro de juillet). — L'objectif du directeur d'un asile est de nourrir ses malades le mieux possible en dépensant le moins possible. Pour arriver à ce résultat, on peut avantageusement diminuer la quantité de la viande qui est chère et la remplacer en presque totalité par le laitage, les fromages, les œufs, des légumes féculents, des farines de riz, de maïs, d'avoine, du thé et du café. Des individus nourris de cette manière, avec une grande variété dans l'arrangement des mets, sont vigoureux et capables, au besoin, de fournir un bon travail.

XXII. — *Mal de Bright et folie*; par le D^r E. D. Bondurant (numéro de juillet). — D'après des recherches qu'il a faites à l'asile de Tuscaloosa, le D^r Bondurant a constaté que la moitié au moins des malades de cet asile présentaient des troubles de la fonction rénale; les urines contenaient, tantôt de l'albumine, tantôt de l'urée ou des sels en proportion anormale. Dans les

trois quarts des autopsies, il a trouvé des altérations rénales. On peut se demander jusqu'à quel point ces altérations influent sur la folie.

XXIII. — *Importance des troubles moteurs dans la folie*; par le D^r A.-B. Richardson (numéro d'octobre). — Ces troubles n'ont par eux-mêmes aucune signification absolue, car ils peuvent se trouver hors de la folie; mais ils peuvent servir à caractériser quelques formes de maladie mentale. L'hémiplégie et la paralysie sont en concordance avec la démence organique. L'affaiblissement de la motilité s'observe dans la faiblesse d'esprit et dans la démence. Il en est de même pour la déchéance intellectuelle due à la sénilité. La folie épileptique se ressent des caractères qui appartiennent aux accidents convulsifs; elle a comme eux des paroxysmes subits et violents. Enfin la folie paralytique présente à un haut degré la concordance des troubles moteurs et des troubles intellectuels.

XXIV. — *Les aliénés criminels hors des États-Unis*; par le D^r C. Eugène Riggs (numéro d'octobre). — Ayant voyagé dans divers États d'Europe, le D^r Riggs y a constaté, que sauf en Angleterre, où il y a l'asile de Broadmoor, on a fait beaucoup moins qu'en Amérique, pour séparer les aliénés criminels des aliénés ordinaires.

XXV. — *Délire systématisé des persécutions et alcoolisme aigu*; par le D^r B.-D. Eastman (numéro d'octobre). — Relation d'un fait d'où il résulte que l'alcoolisme aigu peut se greffer sur un état de délire des persécutions; que cet alcoolisme peut disparaître sans que l'autre maladie s'améliore; qu'il faut se défier de la dissimulation parfois profonde des persécutés, habiles à cacher leur délire.

XXVI. — *Un cas de folie morale*; par le D^r Eliot Gorton (numéro d'octobre). — L'auteur constate d'abord que la dénomination de folie morale est mauvaise, parce qu'elle semble indiquer qu'il s'agit d'une folie spéciale aux mœurs proprement dites, aux excès immoraux du sens génital, aux paroles et aux actions immorales qui s'y rapportent. Mais il s'agit plutôt ici d'une folie du caractère, sans que les facultés mentales soient troublées dans leurs fonctions apparentes. Le cas en question concerne une jeune fille qu'il fallut séquestrer dans un asile, tant elle jetait de désordre autour d'elle par son mauvais esprit. Charmante avec les étrangers, elle se montrait insupportable avec les siens, portant contre eux des accusations mensongères, se plaignant d'être frappée, lorsque c'était elle qui se livrait à

des violences, détruisant les objets par méchanceté et ne laissant pas un moment de tranquillité. Pendant les premiers temps de son séjour à l'asile, elle donna des doutes au médecin traitant sur son trouble mental, tant elle se montrait avenante et aimable. Mais bientôt ses tendances reprirent le dessus; elle se mit à se plaindre de tout le monde, portant contre les infirmiers des accusations fausses, mentant continuellement, troublant les autres malades par les dispositions qu'elle leur suggérait, détruisant ou cachant leurs objets, pour accuser les surveillants de les avoir dérobés, se plaignant de tout et de tous, mettant le plus grand désordre autour d'elle, si bien que, quoique changée à chaque instant de quartier, elle se montrait partout impossible à garder. Elle avait à un haut degré l'égoïsme particulier aux malades de ce genre, rapportant tout à elle et ne trouvant rien de bien en dehors d'elle.

XXVII. — *Sur le traitement de l'épilepsie par la méthode de Flechsig*; par le D^r Isabel M. Davenport (numéro d'octobre). — Cette méthode consiste dans l'emploi de l'opium à dose progressive, depuis un grain jusqu'à quinze grains par jour (de 5 centigrammes à 1 gramme environ), les bromures étant donnés pendant les suspensions de la médication opiacée. Les essais faits par l'auteur lui ont donné à conclure: que cette méthode n'amène pas la guérison; qu'elle espace les attaques et donne quelque soulagement aux malades; qu'elle calme leur irritabilité et ranime ceux qui sont déprimés.

XXVIII et XXIX. — *Sur le régime alimentaire des hôpitaux et asiles*; par Ellen H. Richards. — *Régime alimentaire des asiles dans l'État de New-York*; par le D^r Chas. W. Pilgrim (numéro d'octobre). — Le premier de ces articles soutient en particulier qu'il est inadmissible de condamner des Américains à un régime d'où la viande serait presque exclue et qui comprendrait surtout du fromage, des œufs et des farineux. Dans le second article, le D^r Pilgrim expose que deux années d'essai lui font admettre comme atteignant bien à la fois le double but d'être économique et substantiel, l'emploi des quantités suivantes d'aliments, comptées pour cent personnes et pour trente jours :

Viande fraîche ou salée (os compris), volaille,	
poisson, environ	1.000 kilos.
Farines et pommes de terre, de chaque	1.000 —
Lait.	1.700 litres.
Sucre et beurre, de chaque.	170 kilos.

Fromage.	90 kilos.
Œufs.	250 douz.
Riz, maïs, gruau d'avoine, de chaque.	40 kilos.
Haricots et pois secs	120 —
Café	70 —
Thé.	10 —

Il va sans dire qu'à l'occasion des aliments exceptionnels pourront être ajoutés et que les menus devront être aussi variés que possible. Le D^r Pilgrim considère comme très important de n'avoir pas l'habitude de faire revenir à jour fixe certains menus. Les malades ne tardent pas à s'en apercevoir, et cela nuit aux bonnes dispositions de leur appétit.

XXX. — *Alimentation thyroïdienne dans quelques formes de trouble mental*; par le D^r C.-R. Clarke (numéro d'octobre). — L'action de la glande thyroïdienne en aliment n'est point indifférente; elle peut être plus nuisible qu'utile; on doit donc chercher à préciser le mieux possible les cas où il convient de l'employer. On en est encore à la période des tâtonnements. Le D^r Clarke relate les résultats obtenus dans les cas suivants: Homme de vingt ans; troisième accès de maladie mentale; hérédité; dépression profonde; signes de démence; l'accès remontant déjà à deux ans. Pendant deux mois, ingestion de pulpe thyroïdienne, de 25 centigrammes à 1 gramme par jour; avait paru d'abord s'animer et s'éveiller, mais est retombé inopinément dans son état ancien.

Homme de trente-cinq ans; d'abord agitation maniaque, tendances désordonnées, incohérence du langage, tendances dangereuses, puis état de stupeur profonde et ensuite alternances d'excitation et de dépression. La maladie dure depuis un an quand le traitement spécial est commencé. Dose de pulpe thyroïdienne, 25 centigrammes à 1 gramme, progressivement et avec des suspensions irrégulières. Au bout de trois mois, après une amélioration progressive, sort de l'asile guéri.

Homme de quarante-cinq ans. Mélancolie avec hallucinations. Grand affaiblissement physique. Après cinq mois de traitement thyroïdien, il a meilleure santé physique et son état mental semble s'améliorer.

Femme de vingt et un ans. Agitation maniaque, désordonnée et destructive; grand affaiblissement physique. Le traitement thyroïdien est commencé au bout de deux mois de séjour dans l'asile. Guérie au bout de trois mois, après des alternatives variables.

Femme de trente-quatre ans ; mélancolie puerpérale, ayant tourné à la stupeur. Au bout de cinq mois de traitement, elle ne faisait que commencer à s'améliorer.

XXXI. — *Nécessité d'un service psychiatrique dans les prisons* ; par le D^r Jules Morel (numéro d'octobre). — Notre confrère de Belgique plaide chaleureusement une cause très juste. Il demande que parmi le grand nombre de délinquants qui ont à subir des peines temporaires, on fasse, après mûr examen médical, le choix de tous ceux qui, sans être de véritables aliénés, sans être par conséquent de vrais irresponsables, présentent cependant des tares morbides, soit héréditaires, soit acquises ; leur troupe comprend ceux qu'on nomme des dégénérés, les faibles d'esprit, les individus dont l'éducation a été faussée ; et qu'au lieu de les traiter en simples prisonniers, on les traite un peu en malades, en même temps qu'on doit chercher à relever leur sens moral. Ces délinquants ne doivent être rendus à la société que s'ils sont en état de l'être, et les maisons qui leur seront destinées, où on devra les occuper beaucoup, tiendront le milieu entre la prison et l'asile d'aliénés. Cette manière de faire contribuerait énergiquement à diminuer la criminalité, en mettant hors d'état de nuire ceux qui en sont pour ainsi dire les principaux facteurs.

VICTOR PARANT.

BIBLIOGRAPHIE

I limiti della psicologia (Les limites de la psychologie); par le professeur Eugenio Tanzi. — S. l. 1896-1897.

Où commence et où finit l'intelligence? Quelle est sa nature, quelles sont ses limites dans le monde? — Tous les phénomènes psychiques sont réductibles à des sensations. Il n'y a en psychologie qu'un fait unique, la sensation, qu'une seule loi, l'association (Mill). Et cela est vrai non pas seulement des représentations, mais des tons affectifs qui les accompagnent (émotions, passions, etc.), et de la volonté qui, en tant que prévision, appartient aux représentations, et enfin des désirs, ou états de nos affections. Mais s'il nous paraît vrai que sentir, pour un organisme vivant, c'est distinguer, il ne suit pas, pour nous, que les sensations soient, comme l'enseigne Tanzi, des *distinctions* de nécessité *conscientes*. « Les sensations inconscientes, l'activité psychique inconsciente, dit aussi Ardigo, sont une contradiction dans les termes, conduisant aux plus étranges erreurs. »

Il faut que la diversité des esprits soit bien grande, car ce que des philosophes et des savants considèrent comme un axiome logique impliquant l'impossibilité de concevoir le contraire, nous apparaît comme une erreur manifeste, évidente, et qui n'a plus même besoin d'être démontrée. Les sensations inconscientes, l'activité psychique inconsciente, c'est simplement le domaine le plus étendu de la vie psychique des êtres vivants à tous les degrés d'organisation. Dans ce domaine, il n'y a qu'un fait, la *sensation*, parce que le protoplasma de la cellule vivante n'a qu'une propriété fondamentale, la sensibilité. L'*association*, qui n'est qu'un produit de la division physiologique du travail chez les êtres vivants à système nerveux plus ou moins différencié et centralisé en ganglions, chaînes ganglionnaires, moelle épinière, mésocéphale, ganglions de la base et écorce cérébrale, l'association réalise uniquement les conditions de la conscience à tous ses degrés. Mais la conscience n'est

qu'un état, qui varie nécessairement avec ces conditions d'existence, et que rien n'autorise le biologiste à élever à la dignité de *fait*, c'est-à-dire d'énergie propre et indépendante, autonome, invariable au milieu de toutes les transformations et qu'on retrouve toujours, comme la sensation, ce corps simple des synthèses psychiques, dans toutes les combinaisons de l'intelligence sur cette planète. Dans les organismes les plus hautement différenciés, chez l'homme lui-même, les sensations inconscientes et l'activité psychique inconsciente expliquent seules, avec les variations du milieu et les fonctions biologiques de l'adaptation, la nature même et l'intensité relative des réactions du système nerveux, en d'autres termes, nos images ou idées, à tous les degrés d'affaiblissement ou d'éclat, notre complexion intellectuelle et morale, notre humeur, nos passions et nos goûts, nos actes et nos actions. Aucune détermination de l'idéation ou de l'activité volontaire n'est consciente dans son principe : elle ne le devient, lorsqu'elle a atteint un degré de durée, d'intensité et de complexité suffisant, qu'après sa réalisation sous forme de langage intérieur ou extérieur, d'acte ou d'action effectués.

Voilà ce que ma façon de sentir et d'associer les résidus de mes sensations en images et en idées, conscientes au moment où elles s'évoquent dans mon cerveau, me force d'opposer aux idées et aux conceptions psychologiques d'un savant et d'un philosophe, tels que Tanzi et Ardigo, que j'aime et admire d'ailleurs également tous deux.

L'action physiologique des énergies extérieures du monde, objet de la connaissance, écrit Tanzi, dont nous nous attachons maintenant à suivre et à traduire la pensée, autant que possible dans les termes mêmes, trouve dans la structure des organes des sens et dans celle du système nerveux central les conditions les plus favorables à cette différenciation ou *distinction* des sensations et de leurs états dans la conscience qui, selon l'auteur, constituent l'intelligence. Là où les fibres nerveuses se croisent et s'entrecroisent en réseaux ou feutrages très denses, la transmission isolée est assurée, chez les organismes supérieurs, au moyen d'une substance isolante, la myéline, qui engaine le prolongement nerveux, dont la fonction est de conduire l'onde nerveuse, comme le fil électrique l'électricité, isolé lui aussi au moyen de spires de soie. Il y a plus ; entre les éléments centraux apparaît, chez les vertébrés, un nouveau tissu, d'isolement et de soutien tout ensemble, la névroglie. Composé, lui aussi, de fibres et de cellules, qui se

colorent autrement que le système nerveux proprement dit, ce tissu, tout étranger qu'il soit aux processus psychiques, ne laisse pas d'être en rapport anatomique et fonctionnel avec les neurones : il semble tracer le chemin aux fibres nerveuses qui, dès les premiers temps de la vie, s'orientent dans des directions déterminées et tendent vers quelque but précis ; il enveloppe les cellules nerveuses comme s'il devait les protéger et surtout empêcher la dispersion de leur activité. De ce fait, la névroglie de la substance grise atteint une finesse corpusculaire et une extension de ramifications qu'on ne retrouve pas dans la névroglie de la substance blanche.

Toujours pour saisir et fixer les différences objectives que l'intelligence doit percevoir *distinctement*, chaque fibre ou filament axile se subdivise en fibrilles. Même structure fibrillaire du protoplasma de la cellule nerveuse (Max Schultze), qui semble ainsi capable d'ébranlements partiels, susceptible de modifier, d'une façon variée, la direction de l'onde nerveuse afférente, qui traverse la cellule et sa décharge transformée. Cette délicatesse de structure unie à la séparation rigoureuse existant entre les nerfs, les fibres et les fibrilles, ainsi qu'entre les différentes parties de la cellule, décèle l'extrême différenciation des connexions nécessaires à une localisation distincte, et également différenciée, des innombrables processus dynamiques ou fonctionnels qui correspondent à nos représentations mentales. D'autre part, les panaches touffus des dendrites des neurones, s'étendant sur un espace souvent considérable ; les fibres collatérales sortant, assez rapprochées, de cylindraxes parfois très longs ; les faisceaux de fibres d'association reliant des neurones prochains ou éloignés, toutes ces structures semblent faites à souhait pour réaliser cette multiplicité de rapports anatomiques qui sont les conditions nécessaires de toute intelligence. Analytiques dans la sensation, synthétiques dans la perception, les processus de l'intelligence enveloppent des constellations entières de cellules : ils se succèdent, non de cellules à cellules, mais de systèmes à systèmes. L'*association* n'a pas lieu sous forme de contiguïté résultant de pures dispositions topographiques dues au hasard, mais d'un *engrenage systématique* entre éléments voisins et éloignés au moyen d'expansions intermédiaires, évidemment destinées à assurer une solidarité fonctionnelle, caractère absolument propre, entre tous les tissus vivants, à celui du système nerveux.

Ces associations systématiques, condition de l'intelligence,

constituent-elles un attribut général du système nerveux dans chacune de ses parties, dans chacune de ses formes zoologiques? — Non, répond Tanzi. La moelle épinière n'a point de conscience; ni les échinodermes, ni les cœlentérés n'ont de conscience. La fin biologique du système nerveux en général, aussi bien que de tout autre organe, n'est ni nécessairement, ni exclusivement la *conscience*, mais, avant tout, l'utilité ou la conservation de l'organisme, et cette fin-là peut être atteinte sans intelligence ni conscience. Dans la lutte de chaque jour pour la vie, les survivants sont les plus aptes ou les mieux adaptés aux conditions du milieu. La sélection fixe et perpétue les adaptations utiles en caractères stables qui deviennent ceux de l'espèce. Dans l'évolution du système nerveux, cette organisation est d'une grande simplicité: à un ordre donné de stimuli ou irritants efficaces correspond un ordre de réactions spéciales. Pour cela, il n'est besoin ni de systèmes d'association étendus, ni de conscience. Il suffit qu'un groupe de *neurones sensitifs*, chargés de force mécanique ou chimique en état de tension, se distribuent dans le tégument externe et, par leurs terminaisons centrales, aillent se mettre en rapport de contiguïté avec un groupe de *neurones moteurs*: les mouvements rudimentaires de rétraction et de préhension, de fuite ou d'approche, nécessaires à la sécurité ou à la nutrition de l'organisme, en résulteront. Quand, dans le temps et dans l'espace, des actions externes toujours plus variées et plus nombreuses nécessitent des adaptations toujours plus adéquates aussi, partant des réactions plus différenciées et en plus grand nombre, l'organisation du système nerveux se complique d'autant de *mécanismes spéciaux*, qui, d'abord distincts et autonomes, finissent par dépendre si étroitement les uns des autres qu'ils forment un *mécanisme* dont la complexité et la généralité s'associent en une souveraine unité. L'office de ce mécanisme est de pouvoir résoudre les différentes actions externes — qui sont autant de problèmes pour son activité — non plus par des réactions stéréotypées, mais par des réponses qui varient suivant les cas, en se posant en quelque sorte en arbitre au milieu et au-dessus des anciens mécanismes spéciaux.

Ni l'économie d'espace, ni l'économie de temps ne permet la formation de nouveaux mécanismes spéciaux, dont le nombre devrait toujours croître avec les besoins d'organismes plus différenciés. Le mécanisme central doit désormais répondre par des « réactions opportunes » aux combinaisons souvent nouvelles

et imprévues des stimuli externes. Un système de rapports définis s'établit désormais entre certaines excitations externes et certaines réactions internes ou nerveuses, les unes et les autres toujours plus complexes et plus multipliées, « fruit d'une discrémiation consciente, objet d'une prévision intelligente, équivalent d'une détermination volontaire ». C'est cette centralisation progressive du système nerveux, « unifiant les adaptations réactives en une adaptabilité systématique », et dont le siège est dans un organe central des plus complexes, qui « conduit nécessairement à l'intelligence ». L'intelligence, au point de vue fonctionnel, est donc un produit de l'évolution des *réactions spéciales* de l'organisme et des *réactions systématiques*, et, au point de vue organique, un produit de l'évolution des petits centres disséminés en un grand centre unificateur. Cette organisation supérieure du système nerveux n'exclut pas, d'ailleurs, l'utilité des réactions réflexes : voilà pourquoi, dans un système nerveux élevé, coexistent, avec des centres supérieurs de discrémiations et de déterminations conscientes, des centres inférieurs de réactions réflexes : l'automatisme continue à végéter à l'ombre de l'intelligence.

Relativement à la structure du système nerveux et à son développement phylogénique, les « conditions requises pour l'effectuation des processus conscients » ne sont réalisées que dans les formes supérieures du système nerveux. Dans le domaine du *nerf sympathique*, les rapports de cellule à cellule, de neurone à neurone, sont, pour ainsi dire, individualisés : il existe des arborisations terminales que n'embrassent pas plus d'un élément nerveux. Dans la *moelle épinière*, les neurones sensitifs émettent, sans doute, de très nombreuses collatérales, mais chacun de ces ramuscules n'entre en rapport qu'avec une catégorie déterminée de neurones moteurs, ne donnant lieu, sinon qu'à un seul, du moins qu'à un petit nombre de types de réactions spécialisées très simples. Dans le *cervelet*, on retrouve ces nids péricellulaires autour des cellules, ainsi que d'autres établissements de rapports aussi simples entre neurones et neurones ; ces connexions affectent, en outre, une régularité géométrique : les fibres des cellules de Purkinje et des petites cellules de la couche moléculaire se déploient en éventail dans le plan sagittal, tandis que des prolongements cylindraxiles des grains s'étendent parallèlement comme des fils télégraphiques dans un plan transversal, perpendiculaire au précédent. La structure de l'organe centralisateur par excellence, l'*écorce céré-*

brale, est toute différente. Parsemée de cellules en nombre immense et en apparente confusion, comme le ciel étoilé, elle présente en tous sens les rapports les plus compliqués sans ombre d'uniformité géométrique. La cellule pyramidale, avec les arborescences luxuriantes de ses dendrites pourvues d'épines, qui recueillent peut-être les stimuli agissant sur la cellule, est plongée au milieu d'un inextricable enchevêtrement de terminaisons nerveuses provenant, soit des faisceaux de projection sensitifs, soit des « fibre éminemment psychiques » d'association, qui réunissent entre elles les différentes parties du cerveau, masse imposante dans le cerveau humain, tout un système de communications intercellulaires éloignées, tendues à grandes distances, de circonvolution à circonvolution, de lobe à lobe, d'hémisphère à hémisphère. Cette multiplicité de rapports n'est pas affaiblie par ces intervalles microscopiques qui, dans toutes les parties du système nerveux, séparent entre eux les neurones, conservant à chacun une individualité anatomique : le courant des processus nerveux triomphe sans arrêts de ces intervalles minimes. « Peut-être même ces lacunes servent-elles à des rapprochements anaplastiques graduels extra neurones qui expliquent et la lenteur de l'organisation psychique, et la perfectibilité continue, indéfinie pour ainsi dire, des fonctions intellectuelles. »

Les fibres motrices émanées des cellules corticales émettent, dans leur long trajet cérébral et ultra-cérébral, à angle droit, d'innombrables collatérales, ouvrant autant de débouchés sans nombre à la volonté. La diffusion progressive des processus nerveux au sein des organes centraux est prouvée jusqu'à l'évidence lorsque l'on considère le système des fibres optiques. Chaque bâtonnet de la rétine conduit son faisceau de rayons lumineux aux cellules sensorielles des centres de la vision en passant par une série de neurones dont le nombre augmente toujours sur le parcours de l'onde nerveuse, de la périphérie au centre : c'est ce qu'on a appelé l'avalanche (Ramon y Cajal) : le processus élémentaire, initial, serait resté une simple boule de neige, si, sur son chemin, il n'avait rencontré le monde des neurones cérébraux.

Telle est, du plus au moins, la loi commune de toutes les voies nerveuses des sens.

Sur la vaste voûte du cerveau se projettent ainsi les faisceaux de projection de la rétine, de l'organe de l'ouïe, des points sensibles de la peau, etc. L'écorce est comme un second tégument,

un second organe auditif, une seconde rétine mentale. Et chacune de ces projections centrales, de structure semblable, résulte d'autant de projections partielles, qui correspondent aux éléments épithéliaux constituant les organes périphériques des sens. Alors que ces éléments sont, dans l'organe périphérique, soit alignés comme dans la rétine ou dans l'organe auditif, soit disséminés, ainsi que dans la peau, sur la langue, dans la muqueuse nasale, mais non superposés, comme l'exige leur fonction analytique, il en est tout autrement dans l'écorce cérébrale. Là, les projections partielles, mais étendues, sur lesquelles se déchargent les avalanches parties de chaque sens, se superposent et rayonnent, au contraire, comme les cercles que fait la pluie sur l'eau. Chacun de ces cercles a des points qui lui sont communs avec d'autres cercles, et il en est ainsi de tous, sans qu'aucun soit entièrement isolé des autres, encore que chaque cercle possède et conserve son individualité propre. Il en résulte que chaque cellule de l'écorce appartient, en même temps, à un certain nombre de projections partielles émanées, soit d'un grand nombre de bâtonnets, de cellules ciliées de Corti, de points sensibles de la peau, etc.

C'est dans cette complexité de rapports, plus encore que de forces élémentaires, dans cette superposition de processus simultanés entrant en conflit entre eux, et donnant lieu à des « distinctions conscientes élémentaires », que consiste le mécanisme physiologique de l'*intelligence*. Cette fonction, la plus élevée du système nerveux, n'est donc possible que dans l'*écorce cérébrale*, ou dans des ganglions dont la centralisation et la structure rappellent celles de l'écorce cérébrale.

S'il n'y a pas de *conscience* dans des organes pourtant aussi compliqués et centralisés que la moelle épinière, les ganglions du sympathique et les ganglions analogues de beaucoup d'invertébrés, représentons-nous ce que pourraient en posséder les coelentérés les plus inférieurs, les protozoaires, voire les protistes et les végétaux. La science contemporaine établit non seulement l'action directe, efficace, des agents physiques et chimiques, tels que la lumière, le pesanteur, l'électricité et la présence de substances réductrices sur les mouvements des êtres unicellulaires et sur les cellules mobiles des métazoaires : ces études nous indiquent la voie qui permet de remonter et d'atteindre à une interprétation mécanique de l'âme humaine elle-même.

Quant aux autres êtres vivants, les arthropodes sans con-

treddît montrent de l'intelligence, parce qu'ils disposent de bons organes des sens et de ganglions cérébroïdes où se trouve réalisée une certaine centralisation ou unification des processus nerveux. Toutefois « le type d'une telle intelligence est bien différent du nôtre ». Chez les abeilles et les fourmis, l'extraordinaire perfection atteinte par la spécialisation des réactions utiles a rendu inutile, et, partant, a empêché le développement ultérieur du centre cérébroïde : le triomphe de l'automatisme réflexe fut la condamnation de leur intelligence. Ces primates des insectes, qui ne sont plus perfectibles parce que, dans leur genre, ils sont trop parfaits, se sont arrêtés à un degré d'intelligence cristallisée d'où ne rayonné plus qu'une activité semi-automatique, invariable, qui rappelle la civilisation chinoise.

Les mollusques céphalopodes, pourvus d'appareils délicats de sensibilité et de ganglions cérébroïdes, mais chez qui les centres réflexes prévalent moins, sont des animaux moins perfectionnés, mais plus variés dans leurs réactions pour la poursuite des proies, les mouvements de défense, etc. : on voit poindre un type d'organisation nerveuse, d'intelligence, dont ils sont déjà eux-mêmes un bel exemplaire, si on les compare aux ordres inférieurs de leur groupe zoologique. Chez les échinodermes, au contraire, avec leur anneau incomplet de ganglions simples et mal rapportés, la conscience n'existe point. Quand, saisie par un de ses segments, l'astérie se sépare au point d'articulation et sauve ainsi de la mort le reste de son corps, comment ne pas sourire de la fantaisie des savants, demande Tanzi, qui, dans cet acte réflexe, veulent voir une automutilation volontaire?

Ce n'est pas sans rapport défini de cause à effet que, à mesure qu'on descend dans le règne animal, les neurones si ramifiés du cerveau humain se présentent toujours plus simples et finissent par perdre presque toute trace de dendrites. Ce n'est pas sans raison que, dans les premières stations des nerfs sensoriels, s'ourdit, chez les vertébrés, une trame de conjuguaisons indirectes qui, avec celles de l'écorce cérébrale, gardent d'un isolement réciproque les corps genouillés et le tubercule acoustique, par exemple : autrement la conscience de « distinctions » entre deux ordres de sensations aussi hétérogènes que celles de la lumière et du son ferait défaut, et l'intelligence s'arrêterait à un degré absolument rudimentaire. La même uniformité et continuité de structure dans la vaste étendue de l'écorce cérébrale démontre bien l'unité de son office de *synthé-*

tisation. L'évolution intellectuelle va de conserve, en somme, avec la formation graduelle d'un organe nerveux de centralisation. Et si l'on étend la signification de cette formule au bénéfice des ganglions susœsophagiens, on peut conclure que, dans le monde des vivants, l'intelligence s'étend aussi loin que le cerveau, et que « là où manque le cerveau, il n'existe pas la moindre lueur d'intelligence ». Si la vie est une propriété des substances albuminoïdes dans une certaine condition d'équilibre, l'intelligence est une propriété du système nerveux à un certain degré d'évolution. Si un cerveau ou un ganglion, fonctionnant de la manière que nous avons décrite, sont la condition nécessaire et suffisante de la production de la conscience, tout processus qui se développe dans cet organe et avec cette propriété doit être de nécessité un acte conscient.

Est-ce vrai ? se demande Tanzi lui-même.

Nous avons répondu par avance à cette question. Il ne nous reste qu'à reproduire les conclusions de l'auteur.

Les actions, même coordonnées et complexes, mais devenues automatiques par l'habitude, les actions inconscientes (marche, natation, travaux manuels, etc.), mais précises comme un réflexe, ont été à l'origine des actes d'intelligence. Il y a là comme une « dégénération de faits conscients » par lesquels les zoologistes expliquent nombre d'instincts fort compliqués pouvant se transmettre par hérédité chez les descendants, où ils restent à l'état d'automatisme, après avoir été pensés et voulus, quoique déjà devenus inconscients, chez l'ancêtre intelligent. Ainsi, les instincts et les habitudes ne s'organisent pas seulement d'en bas, par un perfectionnement du mouvement réflexe, mais aussi d'en haut, par une décadence, par une dégénérescence de l'acte volontaire et conscient. Mais il n'importe, pour Tanzi. Le mécanisme de cette transformation est très simple : ces processus automatiques et utiles ou ne se développent plus dans le cerveau, ou ils s'y développent encore, mais ils n'affectent qu'un nombre inférieur d'éléments nerveux, insuffisants à la production de la conscience. L'orbite de l'activité organique est ainsi réduite, la succession des moments fonctionnels est devenue plus simple, une association directe a eu lieu entre les neurones subalternes, le neurone moteur s'est solidarisé physiologiquement avec le neurone sensitif : la satisfaction suit le besoin par la voie la plus courte, spinale ou bulbaire et même cérébrale, mais en évitant cette diffusion supérieure qui envahissait de vastes zones cérébrales, *condition phy-*

sique de la conscience. Mais si la réaction ne change pas de siège, si elle ne se dégrade pas anatomiquement, aucune répétition ne peut la rendre inconsciente, « la dégrader physiologiquement ». Il en est ainsi pour les images visuelles qui, engagées dans des systèmes complexes de neurones, croissant en avalanche sans possibilité de simplification, ne sortent jamais de la conscience, quoiqu'elles se répètent d'une manière continue.

Tel est l'horizon immense et lointain où Tanzi discerne les grandes lignes d'une « anatomie de l'intelligence », c'est-à-dire du sujet le plus ardu auquel puissent tenter de s'élever les études biologiques. « Nous avons fixé indissolublement, et en termes suffisamment nets et précis, dit-il, le lien d'airain qui réunit ces trois choses : 1° le monde des phénomènes subjectifs ; 2° le système des processus dynamiques qui en sont la condition ; 3° la trame des connexions anatomiques sur lesquelles se développent les uns et les autres. » Chacun admet que pour toute fonction un organe est nécessaire : à une fonction aussi complexe que l'intelligence doit correspondre un organe non moins complexe, le cerveau.

JULES SOURY.

Revue des thèses soutenues devant la Faculté de médecine de Lyon pendant l'année 1896.

I. — *Psychoses génitales. Contribution à l'étude des troubles mentaux dépendant des affections utérines* ; par le D^r R. Serrigny. Th., 1896, 63 p.

M. Serrigny a examiné, au point de vue des rapports entre certaines psychoses et des affections utérines concomitantes, une quarantaine d'observations prises dans les auteurs (Azam, de Fourcauld, Belhomme, Lisfranc, Martineau, Mairet, etc.), auxquelles il a joint quatre faits inédits recueillis dans les services du professeur Pierret et de M. le professeur agrégé Lannois.

L'auteur constate que les affections utérines sont très fréquentes chez les aliénées (p. 3) ; qu'elles peuvent retentir sur l'état mental, déterminer de la mélancolie sous toutes les formes, et imprimer parfois au délire un caractère qui permet de soupçonner la lésion d'après la seule allure des troubles mentaux.

La marche de la psychopathie est soumise aux vicissitudes de l'affection utérine. Si celle-ci guérit, augmente ou persiste,

le délire disparaît, reparaît ou devient chronique; il importe donc d'établir de bonne heure le diagnostic étiologique ferme, de diriger simultanément le traitement contre la double affection mentale et utérine et d'agir de bonne heure, car si l'affection est trop ancienne, le délire a peu de chances de se modifier.

Le mécanisme par lequel on peut expliquer ce retentissement à distance se résume en trois théories : a) sympathie ou réflexe; b) effet de l'imagination de la malade; c) intoxication par les toxines résorbées.

II. — *De la neurasthénie et de son traitement par les exercices physiques*; par le D^r O. Fache. Th., 1896, 82 p.

Cette thèse contient, dans une première partie, un bon exposé de l'historique de la maladie et des principales théories pathogéniques en vogue sur ce sujet. La deuxième partie, la plus développée, expose méthodiquement les divers modes de traitement employés, et l'auteur y consacre plusieurs chapitres intéressants aux exercices physiques. Il examine successivement l'escrime, l'équitation, la marche, la course, l'aviron, la natation, la gymnastique, les jeux et l'emploi de la bicyclette, et conclut qu'il faut donner la préférence aux exercices simples qui ne nécessitent qu'un faible effort cérébral et qui se font au grand air. Même avec ceux-ci, il faudra se garder de plusieurs écueils : de l'abus par excès où tombe très facilement le malade, et du manque de suite dans le traitement.

III. — *De la suggestion à l'état de veille. Neutralisation des dangers et influence favorable de l'agglomération des névropathes par son emploi thérapeutique*; par le D^r Paloque. Th., 1896, 92 p.

S'appuyant sur quatorze observations, dont douze inédites, provenant les unes et les autres de la pratique du D^r Tournier, chef de clinique médicale, et précédées d'une étude psychopathologique des miracles du tombeau de Saint-Louis, de Saint-Médard et de Lourdes, l'auteur pense qu'il y aurait intérêt à réunir, dans des services hospitaliers spéciaux, les hystériques, les névropathes et les neurasthéniques, au lieu de les isoler. Dans un pareil milieu, la suggestion serait rendue facile en vertu des lois de l'imitation et de la suggestibilité spéciale aux agglomérations. On créerait ainsi des centres de guérison analogues à ceux où se trouvent réalisées les cures dites mira-

culeuses, en y substituant la foi scientifique à la foi religieuse.

Dût-on ne pas partager la confiance de M. Paloque en l'innocuité de cette hypnothérapie spéciale, on n'en trouvera pas moins fort attachante la lecture de sa thèse, très philosophique et semée d'idées originales dont il fait du reste, avec beaucoup de modestie, remonter le mérite à M. Tournier. Les observations sont intéressantes ; mais en présence des résultats obtenus par la suggestion à l'état de veille, on se demande avec quelque inquiétude si nous sommes déjà arrivés aux temps prédits par Nordau qui prétend, avec son mélange d'humour et de pessimisme particulier, que le xx^e siècle verrait naître la profession d'affirmateur pour malades atteints de délire des négations et d'excitateur pour abouliques.

IV. — *Des affections cérébrales d'origine obstétricale et de leur interprétation pathogénique* ; par le D^r A. Bouveyron. Th., 1896, 52 p.

L'accouchement avant terme, le travail long et prolongé, les circulaires du cordon sont des causes de lésions méningées dont les plus fréquentes sont des hémorragies, qui tantôt se traduisent immédiatement chez les nouveau-nés par de la mort apparente, de l'asphyxie, des convulsions, des hémiplegies, des paralysies homonymes ou croisées de l'hydrocéphalie aiguë, tantôt ne donnent lieu à aucun symptôme immédiat.

Mais leur cicatrisation laisse un reliquat, des kystes, des pseudo-porencéphalies, des atrophies cérébrales. Et suivant l'abondance de ces différentes hémorragies, suivant leur siège uni ou bilatéral, on aura des hémiplegies, des diplégies spasmodiques ou des paraplégies comme la maladie de Little. On aura encore de l'idiotie, de l'épilepsie, qui peut ne se manifester que longtemps après, de l'hydrocéphalie, voire même du bégaiement.

L'influence des positions occipito-iliaques postérieures, droite ou gauche, est considérable, en raison des lenteurs du travail, car sur dix-sept observations d'enfants assistés, hémiplegiques, idiots ou épileptiques, plus de la moitié sont nés en O P.

Le mérite de cette thèse est d'attirer l'attention sur la pathogénie d'affections qu'on met trop facilement sur le compte de l'hérédité, tandis qu'elles ne sont souvent dues qu'à des accidents de la vie fœtale et même, de moins que cela, de l'accouchement seul, et l'auteur a raison de signaler trois de ses

observations dans lesquelles des stigmates de dégénérescence chez l'enfant ont coïncidé une fois avec l'inflammation des membranes de l'œuf, une fois avec de l'albuminurie, une fois avec de l'éclampsie chez la mère, cas dans lesquels on peut voir plus qu'une simple coïncidence.

V. — *Etude médico-légale de l'état mental des vieillards*; par le D^r L. Scheffler. Th., 1896, 189 p.

Au point de vue mental, l'évolution sénile peut se diviser en trois périodes admettant entre elles de nombreuses transitions : la *première* est caractérisée surtout par une tournure d'esprit particulière et des manifestations instinctives mal réprimées ; la *deuxième*, préface de la démence, est caractérisée : 1^o par la disparition graduelle des facultés intellectuelles ; 2^o par la disparition graduelle des facultés affectives et des sentiments ; 3^o par le retour à l'instinct ; la disparition des facultés et de sentiments se fait dans l'ordre inverse de leur acquisition ; les acquisitions artistiques ne suivent pas cette loi de régression ; la *troisième période* est la période démentielle.

Cette thèse, faite sous l'inspiration du professeur Lacassagne, contient un essai d'explication de la fréquence du suicide et des attentats à la pudeur chez les vieillards, et quelques considérations sur la capacité civile et la responsabilité : l'auteur y admet une responsabilité presque toujours entière à la première période de la sénilité, partielle et limitée à la deuxième, nulle à la troisième. Elle se termine par deux chapitres sur la sénilité précoce et les psychoses de la vieillesse, d'après les travaux de Fürstner, Ritti et Pécharman.

TH. TATY.

Erregung und Laehmung (*Excitation et paralysie*); par le prof. Max Verworn, d'Iéna. Tirage à part de la *Prager med. Wochenschrift*, XXI, n^{os} 45-47, 1896.

Avant d'exposer ce sujet d'une manière spéciale dans ce travail, Max Verworn en avait esquissé les grandes lignes dans le chapitre V de sa *Physiologie générale*, un des plus beaux monuments élevés en notre siècle à la science de la vie (1). Il avait montré que l'excitation, résultat de la stimulation de l'or-

(1) *Allgemeine Physiologie. Ein Grundriss der Lehre vom Leben*. Iéna, 1895.

ganisme; et la phase antagoniste de dépression et de paralysie des phénomènes de la vie ne représentent que deux degrés d'intensité différente d'un seul et même processus biologique, ne différant entre eux que quantitativement. C'est un fait d'observation bien connu qu'un excès d'excitation provoque des phénomènes de paralysie. Les mêmes excitants qui, lorsqu'ils ne dépassent pas une certaine durée et intensité, déterminent un état d'excitation, peuvent, avec une intensité plus élevée et une plus longue durée, produire des effets tout opposés, des paralysies. Les effets des anesthésiques présentent à cet égard une analogie complète avec les phénomènes de fatigue, etc.

La loi de JEAN MÜLLER sur l'énergie spécifique des nerfs ou des organes des sens est vraie de toute substance vivante. Max Verworn la formule ainsi à son tour : Pour une même forme de substance vivante, des excitants (*stimuli*) différents provoquent des phénomènes semblables ; inversement, le même excitant, appliqué à des formes différentes de substance vivante, provoque des phénomènes vitaux différents, caractéristiques pour chaque forme. Toutefois, formulée ainsi, cette loi de l'*énergie spécifique de la matière vivante*, réagissant aux excitations du monde extérieur, est incomplète. L'effet des *stimuli* ou de la stimulation ne consiste pas toujours dans une excitation, c'est-à-dire dans une plus grande intensité des phénomènes de la vie, ou plus exactement dans des échanges matériels plus actifs. Dans beaucoup de cas, par exemple sous l'influence de l'abaissement de la température, des narcotiques, etc., ce qui résulte de la stimulation de l'organisme, c'est une paralysie, c'est-à-dire une diminution d'intensité de ces phénomènes, voire un arrêt complet des échanges. Ainsi les paralysies peuvent être réalisées soit par un ralentissement des processus biologiques correspondant à l'abaissement de la température, qui est une des conditions de la vie, par exemple, soit par un excès d'excitation. La loi générale des effets des excitants ou causes d'excitation, dérivée de celle de l'énergie spécifique de la substance vivante, est ainsi présentée par Verworn : Les excitants ou *stimuli* (*Reize*) influent sur l'intensité du processus normal de la vie de la cellule, soit en l'exagérant — excitation, soit en l'abaissant, en le paralysant — dépression. L'excitation et la paralysie des échanges matériels des cellules, voilà les causes fondamentales de l'ensemble des phénomènes les plus variés de stimulation d'un organisme.

Lorsque, des cellules libres, on s'élève à la considération des

cellules associées en tissus, en organes et en appareils, bref, en états cellulaires (plantes et animaux), le jeu des processus antagonistes de l'excitation et de la dépression ou paralysie est infiniment plus compliqué : d'innombrables cellules y prennent part, successivement ou à la fois, et dans une mesure différente, s'influençant réciproquement, et inégalement excitables. Chez les animaux, le système nerveux apparaît, lien et condition de la dépendance réciproque de presque tous les organes de l'économie, réglant les états d'activité ou de repos des différents groupes de cellules. Grâce à ce principe de centralisation, presque tous les phénomènes de la vie ne sont plus, chez les animaux, que l'effet d'un engrenage de processus d'« excitation » et de « paralysie » des cellules du système nerveux ; car ces cellules ou neurones sont, comme toutes les autres cellules de l'organisme, soumises aux lois générales de ces phénomènes élémentaires de la vie. Il faut se bien pénétrer, avec Max Verworn, qui l'écrit ici expressément, que notre intelligence des phénomènes du système nerveux sera d'autant plus étendue que les lois générales de la vie cellulaire seront plus profondément scrutées. Pour ce physiologiste, les progrès considérables de l'anatomie fine du système nerveux ont aussi fourni un fondement solide à la science de la vie.

Dans la vie normale de la cellule, l'étroit rapport de dépendance des différents processus du cercle des échanges est l'effet d'une fonction physiologique que Verworn, après Hering, appelle auto-régulation interne des échanges. Tout état d'excitation d'un groupe de cellules, déterminant la phase de désassimilation, entraîne, dans un autre groupe de cellules, un état antagoniste, la phase d'assimilation. Alors que l'effet initial provoqué par l'excitation s'affaiblit peu à peu quand l'excitant a cessé d'agir, l'action antagoniste augmente et persiste jusqu'à ce que la substance désassimilée soit régénérée et que l'équilibre organique soit rétabli. Ainsi, le muscle épuisé par une excitation, incapable d'agir, se régénère bientôt et retrouve son ancien degré de contractilité. C'est surtout à la théorie des couleurs de Hering, et aux phénomènes de contraste simultanés et consécutifs dans cette théorie, que Max Verworn a emprunté ses meilleurs arguments.

Il nous faut renvoyer à la lecture et à l'étude des travaux dont nous venons de transcrire les titres, non seulement pour la théorie du sommeil et pour celle de l'hypnose chez les animaux et chez l'homme : on y trouvera des pages d'une hauteur de

vue remarquable sur la nature des phénomènes d'arrêt. Toute la vie du système nerveux est ramenée à une auto-régulation rythmique d'assimilation et de désassimilation de la matière vivante des neurones.

JULES SOURY.

Notiz zur Prognose der acuten Hirnerweichung (Du pronostic du ramollissement cérébral aigu) ; par A. Pick (*Sonderabdr. a. d. Prager med. Wochenschr.*, XXI, n° 38, 1896).

L'accord est loin d'exister entre les auteurs relativement au pronostic qu'il convient de porter sur l'époque où, après des symptômes de lésions en foyer, on peut sûrement admettre qu'une transformation régressive de l'écorce cérébrale a eu lieu. « L'expérience et l'observation démontrent, a écrit Brissaud, que la dégénération est déjà commencée après un délai qui n'est jamais supérieur à quarante-huit heures, soixante-douze au maximum. » (*Traité de méd.*, VI, 158.) Dana, Gowers, Wernicke, Oppenheim indiquent comme terme ultime du ramollissement consécutif à l'obturation des artères des périodes de temps qui varient de vingt-quatre heures à cinq ou six jours et davantage. De là, l'intérêt de cette observation très remarquable du professeur Arnold Pick. Dans une opération pratiquée, le 24 décembre 1895, sur une malade de vingt-cinq ans, la carotide interne fut lésée par accident ; pour arrêter l'hémorragie abondante, on dut comprimer l'artère au moyen d'un tampon de gaz iodoformée. Dès le 28 décembre, aphasie motrice complète, à laquelle s'associe, le 29, une paralysie des extrémités droites avec exagération des réflexes du genou et du pied ; le 2 janvier, plusieurs attaques de convulsions cloniques avec déviation conjuguée des yeux et de la tête à droite. Le 4 janvier, quand Pick observa lui-même la malade, il nota, en outre de l'*aphasie motrice complète*, un certain degré de surdité verbale, une *parésie du facial inférieur* droit, une *paralysie flaccide des extrémités* du même côté. Le 7 janvier, la paralysie du bras droit rétrocede ; il ne retombe plus lorsqu'on le soulève. La malade, qui a beaucoup crié, et est en proie à une excitation fébrile extrême, alternant avec des états d'apathie, ne parle toujours pas. Le 9 janvier, alors que la jambe droite réussit à faire quelques mouvements, un ou deux mots auraient été prononcés dans un état émotionnel. Le 10 janvier, l'aphasie motrice est pourtant constatée encore, mais l'intelligence du langage paraît complè-

tement revenue. Le 11, la malade chante un lied sans paroles ; le 13, elle dit le mot *tafe*, et, l'après-midi, articule son nom, son âge, demande du café, etc. Du 14 au 21 janvier, une rechute eut lieu : somnolente, ne répondant que par de légers mouvements de tête, gâtant, la malade ne recommença que le 16 à parler d'une manière intelligible, et n'atteignit que le 21 l'état où elle était déjà arrivée quant à cette fonction. Plus de parésie des extrémités à droite ; motilité normale en février ; l'ancien trouble du langage n'était encore sensible que lorsque la malade se lamentait et pleurait ; le langage était alors tout à fait inintelligible. Enfin, l'intelligence semble avoir subi quelque atteinte durable : tout l'habitus est celui d'un petit enfant.

Le premier symptôme, le plus grave et qui a persisté le plus longtemps, l'aphasie motrice, relevait bien directement d'une lésion en foyer. L'hémiplégie droite, plus tardive, mais très rapidement complète, n'était-elle qu'un symptôme indirect de la même lésion? Pick ne le croit pas. L'ensemble de tous ces symptômes doit être rapporté, en effet, à peu près exclusivement, au trouble de la circulation des trois premières branches de l'artère sylvienne. Pour avoir été atteints plus tard, les territoires corticaux irrigués par la deuxième et la troisième branche ont éprouvé les mêmes troubles de nutrition que la région du cerveau vascularisée par la première branche, la région de Broca ou de l'aphasie motrice. L'ordre successif dans lequel ont apparus les paralysies, ainsi que les accès d'épilepsie corticale, démontrent la réalité d'une affection de l'écorce cérébrale. Or, si l'on tient compte et de la longue durée des symptômes de foyer dans cette observation, et de la restitution fonctionnelle qui y succéda, voici quel doit avoir été le mécanisme de l'affection : la compression de l'artère carotide interne n'a pas dû déterminer une abolition complète de la circulation de la sylvienne par la formation du thrombus ; la circulation persista encore assez dans cette artère pour que, *en dépit de l'abolition des fonctions*, la nutrition des éléments nerveux des territoires de l'écorce irrigués par cette artère se maintint dans des conditions telles qu'il n'en a point résulté de ramollissement. Après la disparition du thrombus, les éléments nerveux sont redevenus capables de fonctionner. On pourrait aussi supposer qu'une circulation collatérale, bientôt établie, suffit d'abord à maintenir les conditions de vitalité des territoires considérés et à les préserver de la nécrose jusqu'au retour possible de leur fonctionnement. Quel qu'ait été le mécanisme de cette résurrec-

tion physiologique des fonctions les plus élevées de l'innervation cérébrale, il s'agit bien d'un phénomène analogue à l'*anabiose* de Preyer, c'est-à-dire d'un état où les fonctions de la vie de l'organisme sont considérées comme éteintes ou perdues, sans que l'organisme soit mort, ce qui explique la résurrection de ces fonctions.

Des symptômes de lésion en foyer d'une durée de plus de dix jours n'autorisent donc pas à conclure en toute sûreté à l'existence d'un ramollissement cérébral définitif. Même après des troubles de si longue durée, l'oblitération du vaisseau nourricier d'un territoire cortical peut toujours avoir été incomplète, et, quant au diagnostic, une restitution fonctionnelle demeure toujours possible.

JULES SOURY.

Ueber degenerative Veränderungen an den Rückenmarkswurzeln und ihren intraspinalen Fortsetzungen in Folge von cerebralen Affectionen (Dégénérescences des racines spinales et de leurs prolongements dans la moelle épinière consécutivement aux affections cérébrales); par A. Pick, *ibid.*, n^{os} 36-37, 1896.

Après C. Mayer qui, dans des cas de tumeurs cérébrales, avait observé des dégénérescences des racines spinales, et après Dinkler qui a fait connaître le même fait d'une manière indépendante, A. Pick s'est persuadé de la justesse de ces observations. Il s'est surtout proposé dans ce travail d'insister sur la pathogénie de l'affection. Mayer incline à en rapporter la cause à une augmentation de la pression intracrânienne se propageant au canal de la moelle épinière. Dinkler (également dans un cas de tumeur cérébrale et d'hydrocéphalus) s'est demandé si la tumeur produisait les substances capables de provoquer ces dégénérescences ou si celles-ci étaient des phénomènes cachectiques dus à l'inanition; il adopte cette dernière interprétation. Anton, sans se prononcer sur l'étiologie, a observé, dans deux cas de tumeurs du cervelet, une dégénérescence dans la zone radiculaire et dans les colonnes de Clarke. Les observations personnelles de Pick ont trait à différents cas d'affections du cerveau qui presque tous présentaient des symptômes de compression cérébrale. Un cas d'hypertrophie cérébrale lui a surtout paru important pour la solution de la question relative à la pathogénie de cette affection: il ne s'agit pas en effet de tumeur cérébrale. Cliniquement et anatomiquement, il s'agissait, dans

ce cas (obs. V), des symptômes essentiels du complexe que désigne le mot compression cérébrale, et, quant au cerveau lui-même, de « ce processus assez obscur, aigu ou subaigu, dénommé hypertrophie cérébrale » (*Hirnhypertrophie*). Les altérations de la moelle correspondaient tout à fait à celles qui avaient été signalées dans les cas de tumeurs cérébrales. Le degré considérable du processus dégénératif était marqué par une prolifération abondante du tissu interstitiel. Ni le facteur intoxication ni le facteur inanition ne pouvant être ici incriminés, Pick estime, avec Mayer, que les altérations de la moelle, étudiées avec les méthodes de Marchi et de Weigert-Pal, doivent être rapportées comme à leur cause à la compression cérébrale. Des recherches ultérieures, en établissant le point où s'exerce la compression sur les éléments anatomiques du canal de la moelle, expliqueront peut-être du même coup la participation différente des racines spinales et de leurs prolongements intramédullaires à la dégénération.

JULES SOURY.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— I sogni e il sonno nell' isterismo e nella epilessia (Les songes et le sommeil dans l'hystérie et dans l'épilepsie) ; par le D^r Sante de Sanctis, adjoint à la Clinique psychiatrique de Rome. 1 vol. in-18 de 217 pages. Roma, Societa editrice Dante Alighieri, 1896.

— Der Aufbau des Cervicalmarks und der Oblongata bei Marsupialiern und Monotremen (La structure de la moelle cervicale et de la moelle allongée chez les marsupiaux et les monotrèmes) ; par le professeur Th. Ziehen, d'Iéna, 4 pages in-8°. Extrait de l'*Anatomisches Anzeiger*, 1897, n° 6.

— Supra uno speciale disturbo dell' attenzione in un degenerato (Sur un trouble spécial de l'attention chez un dégénéré) ; par le D^r Sante de Sanctis. 12 pages in-8°. Extrait de *Bolletino della Societa Lancisiana degli Ospidali di Roma*, 1896.

— Psychoses primaires. Esquisses de psychiatrie, médico-légale ; par le D^r Paul Kovalewsky, professeur à l'Université de Varsovie, 56 pages in-8°. Extrait du *Bulletin de la Société de médecine mentale* de Belgique, 1895.

— Negativismo vesanico e allucinazioni antagonistiche (Délire des négations et hallucinations antagonistes) ; par le

D^r Sante de Sanctis. 16 pages in-8°. Extrait du *Bolletino della Societa Lancisiana degli Ospitali di Roma*, 1896.

— Our Association and our Associates. Some relations sustained by the insane Hospital superintecdent (Notre Association et nos associés); par le D^r Richard Dewey. 21 pages in-8°. Extrait de l'*American Journal of Insanity*, octobre 1896.

— Emozioni e sogni (Emotions et rêves); par le D^r Sante de Sanctis. 27 pages in-8°. Extrait de la *Rivista sperimentale de Freniatria*, 1896.

— Sulle cosidette allucinazioni antagonistiche (Des soi-disant hallucinations antagonistes); par les D^{rs} Sante de Sanctis et Maria Montessori. 17 pages in-8°. Extrait du *Poli-clinico*, 1897.

— Etudes de sociologie. Les anarchistes; par Cesare Lombroso. Traduit de la 2^e édition italienne par le D^r M. Hamel et A. Marie. 1 vol. in-12 de 259 pages. Paris, Ernest Flammarion, édit. s. d.

— Arbeiten aus dem Gesamtgebiet der Psychiatrie und Neuropathologie (Travaux sur le terrain réuni de la psychiatrie et de la neuropathologie); par le professeur R. de Kraft-Ebing, 1^{er} fascicule 165 pages in-8°. Leipzig, Johann Ambrosius Barth. 1897.

— Le faisceau pyramidal et la maladie de Little (van Ge-huchten, Anton, Déjerine); par Jules Soury. 26 pages in-8°. Extrait des *Annales médico-psychologiques*, mars-avril 1897.

— On imperative ideas. Being a discussion on D^r Hach Tuke's Paper. *Brain*, 1894 (Les idées obsédantes. Réponse à un travail du D^r Hack Tuke's publié dans le *Brain*, 1894); par le D^r J. Milne Bramwel. 23 pages in-8°. Extrait de *Brain*, 1896.

— L'obsession de la rougeur (éreuthophobie); par les D^{rs} A. Pitres et E. Régis. 26 pages in-8°. Extrait des *Archives de neurologie*, 1897, n^o 12.

— Casuistische Beiträge zur forensischen Psychiatrie (Contributions casuistiques à la psychiatrie légale); par le D^r E. Simmerling, directeur de la clinique psychiatrique de Tubingue. 1 vol. in-8° de 172 pages. Berlin, August Hirschwald, 1897.

— James Braid, surgeon and hypnotist (James Braid, chirurgien et hypnotiseur); par le D^r J. Milne Bramwell. 27 pages in-8°. Extrait de *Brain*, 1896.

— Etude sur les sensations illusoires des amputés; par le D^r A. Pitres. 30 pages in-8°. Extrait des *Annales médico-psychologiques*, n^{os} de janvier et mars 1897.

— Le Juif-errant à la Salpêtrière. Etude sur certains névropathes voyageurs; par le D^r Henri Meige. 64 p. in-8°. Paris, L. Battaille et C^{ie}, 1893.

— L'aliéné non interdit; par Auguste Grisolle, administra-

- teur provisoire à l'asile départemental de Pierrefeu (Var). 83 pages in-8°, Toulon, 1896.
- Prophètes et thaumaturges au XIX^e siècle; par le D^r Henri Meige. 20 pages in-8°. Extrait du *Journal des connaissances médicales*, avril-mai 1896.
- Les persécutés mélancoliques; par le D^r Gaston Lalanne. 219 pages in-8°. Bordeaux, 1897.
- Les possédées noires; par le D^r Henry Meige. 90 pages in-8°. Paris, Imprimerie Schiller, 1894.
- Aux insouciantes qui s'alcoolisent sans le savoir; par Adolphe Coste, 16 pages in-32. Publication de la Société française de tempérance. Paris, Asselin et Houzeau, s. d.
- Les altérations de la face dans la myopathie progressive; par le D^r Henry Meige, 12 pages in-8°. Paris, Imprimerie Schiller, 1894.
- Des troubles psychiques d'origine thyroïdienne et de leur traitement chirurgical; par le D^r Etienne Austin. 49 pages in-8°. Lyon, Storck, s. d.
- Gigantisme et acromégalie; par le D^r E. Brissaud et H. Meige, 34 pages in-8°. Extrait du *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*. 25 janvier 1895.
- Myopathie primitive généralisée; par les D^{rs} Paul Londe et Henry Meige. 17 pages in-8° avec planche. Extrait de la *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, s. d.
- Trois nouveaux cas de « torticollis mental »; par les D^{rs} E. Brissaud et H. Meige. 6 pages in-8°. Extrait de la *Revue neurologique*, s. d.
- La maladie de la fille de Saint-Géosmes; par le D^r Henry Meige. 56 pages in-8°. Paris, L. Bataille et C^{ie}, 1896.
- Applications médicales de la méthode de Röntgen. I. — Un nouvel interrupteur à mercure pour bobines d'induction. II. — Radiographies des extrémités d'un sexdigitaire; par Albert Londe et Henry Meige. 9 pages in-8° avec 2 planches. Extrait de la *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, s. d.
- Les peintres de la médecine. Samuel van Hoogstraten (école hollandaise); par Henry Meige. 13 pages in-8° avec planches. Extrait de la *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, s. d.
- Leçons de clinique médicale. Psychoses et affections nerveuses; par Gilbert Ballet. 1 vol. in-8° de 451 pages avec 52 figures dans le texte. Paris, Octave Doin, 1897.
- L'infantilisme, le féminisme et les hermaphrodites anti-ques; par le D^r Henry Meige, 58 pages in-8°. Paris, G. Masson, 1895.
- Étude sur le diagnostic de la paralysie générale; par les

D^{rs} Th. Taty et Belous, anciens chefs de clinique des maladies mentales à la Faculté de Lyon, 72 pages in-8°, Lyon, s. d.

— Les peintres de la médecine (école flamande et hollandaise). Les opérations sur l'épaule; par Henry Meige, 8 pages in-8° avec 2 planches. Extrait de la *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, s. d.

— Verslag betreffende het gesticht Meerenberg over het jaar 1896, ingezonden aan de Commissie van Toezicht over genoemd gesticht (Rapport sur l'asile de Meerenberg pour l'année 1896, adressé à la Commission de surveillance de cet asile); par le D^r G. van Deventer, médecin directeur. 84 pages in-8°. Haarlem, 1897.

— Die Färbetechnik des Nervensystems (La technique colorée du système nerveux); par le D^r B. Pollack. 1 vol. in-18 de 130 p., cart. à l'anglaise. Berlin, S. Karger, 1897.

— Morphinomanie et morphinisme. Mœurs, symptômes, traitement, médecine légale; par le D^r Paul Rodet. 1 vol. in-12 de 331 pages. Paris, Félix Alcan, 1897.

— Ueber puerperale Psychosen. Für practische Aertzte (Des psychoses puerpérales. Pour médecins praticiens); par le D^r Oswald Knauer. Avec une préface du professeur Martin, de Berlin. 54 pages in-8°. Berlin. S. Karger, 1897.

— « Hallucinationen » und Gegenbeweire. Ein Rechtsfall, erlebt und dargestellt (« Hallucinations » et la preuve du contraire. Récit d'une cause vécue); par Auguste Menn. 95 pages in-12. Salzburg, 1897.

— Neurasthénie et paralysie générale; par E. Régis. 58 pages in-8°. Extrait de la *Presse médicale*, n° 28, 7 avril 1897.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Arrêté du 25 janvier 1897 : M. le D^r BLIN, médecin-adjoint, faisant fonctions de médecin en chef de la colonie annexée à l'asile de Vaucluse, est nommé médecin en chef des asiles d'aliénés de la Seine, et remplira ces fonctions à la colonie de Vaucluse.

— *Arrêté du 31 janvier 1897* : M. le D^r ADAM, médecin en chef de l'asile de Clermont (Oise), est nommé directeur-médecin de l'asile d'Evreux (Eure), en remplacement de M. le D^r BRUNET, admis à faire valoir ses droits à la retraite et nommé directeur-médecin honoraire des asiles d'aliénés ;

M. le D^r HOMERY, directeur-médecin de l'asile de Quimper, est nommé directeur-médecin de l'asile de Bourges ;

M. le D^r MEILHON, médecin préposé responsable du quartier d'aliénés de l'hospice de Montauban, est nommé directeur-médecin de l'asile de Quimper.

— *Arrêté du 10 février 1897* : M. le D^r MAUNIER, directeur-médecin de l'asile d'Aix-en-Provence, est nommé médecin en chef de l'asile de Marseille.

— *Arrêté du 18 février 1897* : M. le D^r REY, médecin en chef de l'asile de Marseille, est nommé directeur-médecin de l'asile d'Aix-en-Provence.

— *Arrêté du 3 mars 1897* : M. le D^r CHAMBARD, directeur-médecin de l'asile de Bourges (Cher), est nommé médecin en chef de l'asile de Clermont (Oise).

— *Arrêté du 13 mars 1897* : M. le D^r DUBOURDIEU, médecin-adjoint de l'asile de Pau, est promu à la 1^{re} classe de son grade (3,000 fr.).

— *Arrêté du 23 mars 1897* : MM. les D^{rs} PILLEYRE, directeur-médecin de l'asile de Prémontré (Aisne) ; REY, directeur-médecin de l'asile d'Aix (Bouches-du-Rhône), et MARTINENQ, directeur-médecin de l'asile de Dury (Somme), sont promus à la classe exceptionnelle de leur grade (8,000 fr.) ;

M. le D^r SÉRIEUX, médecin-adjoint à l'asile de Villejuif, est nommé médecin-adjoint à l'asile de Ville-Evrard et fera fonction de médecin en chef, chargé spécialement du service des alcooliques ;

M. le D^r TOULOUSE, médecin-adjoint de l'asile Sainte-Anne,

à Paris, est nommé médecin-adjoint de l'asile de Villejuif (Seine).

— *Arrêté du 30 mars 1897* : M. le D^r BROQUÈRE, médecin-directeur de l'asile de La Rochegandon (Mayenne), est promu à la 2^e classe de son grade (6,000 fr.).

— *Arrêté du 3 avril 1897* : M. le D^r FEBVRE, médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard, est promu à la classe exceptionnelle de son grade (8,000 fr.).

— *Arrêté du 8 avril 1897* : M. le D^r PAIN, médecin-adjoint de l'asile de Naugeat (Haute-Vienne), est promu à la 1^{re} classe de son grade (3,000 fr.).

— *Arrêté du ministre de l'instruction publique du 1^{er} mars 1897* : M. le D^r P. Pottier, de Paris, est promu officier de l'instruction publique.

SÉANCE SOLENNELLE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

La Société médico-psychologique a tenu sa séance solennelle le lundi 3 mai 1897, sous la présidence de M. Paul Garnier.

Les récompenses suivantes ont été décernées :

PRIX ESQUIROL. — 200 francs, plus les œuvres d'Esquirol. — Le prix a été décerné au mémoire n^o 2, qui a pour titre : *Essai sur les hallucinations motrices verbales*, et pour auteurs : MM. MARIUS BATTIER et GEORGES LELONG, internes des asiles de la Seine.

Une mention honorable est accordée au mémoire n^o 1, qui a pour titre : *Les idées de suicide chez les hypocondriaques mélancoliques*, et pour auteurs : MM. COLOLIAN et MANHEIMER, internes des asiles de la Seine.

PRIX MOREAU (DE TOURS). — 200 francs. — Le prix a été décerné à M. le D^r RIEDER, pour sa thèse intitulée : *Recherches sur les urines à la deuxième période de la paralysie générale*

Une première mention honorable a été accordée à M. le D^r ERNEST DE MASSARY, pour sa thèse intitulée : *Le tabes dorsalis. Dégénérescence du protoneurone centripète*; une deuxième mention honorable a été accordée, *ex æquo*, à M. le D^r ERNEST COULON, pour sa thèse qui a pour titre : *Considérations sur la nature de la paralysie générale (Encéphalite parenchymateuse)*, et à M. le D^r H. LEMESLE, pour sa thèse intitulée : *Les irresponsables devant la loi*.

PRIX BELHOMME. — 600 francs. — Question : *Du langage chez les idiots*.

Deux mémoires ont été adressés à la Société, qui partage le prix entre eux : un prix de 400 francs au mémoire n^o 1, qui a pour auteur, M. le D^r BONNET, médecin-adjoint de Saint-

Robert (Isère), et un prix de 200 francs à M. le D^r L. MAUPATÉ, médecin-adjoint de l'asile d'Armentières (Nord), auteur du mémoire n° 2.

Après la distribution des récompenses, M. le D^r Ritti, secrétaire général, a lu l'éloge du D^r Calmeil, l'illustre médecin de la Maison de Charenton, un des représentants les plus distingués de l'école anatomique en médecine mentale. Cet éloge sera publié dans le prochain numéro des *Annales*.

Le soir, à huit heures, une quinzaine de membres de la Société se réunissaient au restaurant Marguery, en un banquet, plein de cordialité, auquel avaient été invités les lauréats. Au dessert, de nombreux toasts ont été portés par MM. Paul Garnier, Falret, Ritti, Rist, etc. Il nous est impossible de passer sous silence les regrets exprimés par la majorité des convives, de voir si peu de membres de la Société prendre part à ces agapes confraternelles, qui, autrefois, étaient si animées, auxquelles nos maîtres les plus éminents tenaient tant à assister et donnaient l'exemple de l'entrain et de la gaieté. Espérons que les prochains banquets seront plus fréquentés, et qu'on y verra un plus grand nombre de membres titulaires de la Société.

PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Dans la séance du 2 mars 1897, l'Académie de médecine a reçu communication de la liste des mémoires et ouvrages envoyés pour concourir aux prix proposés pour l'année 1897; elle a procédé ensuite à la nomination des Commissions de ces prix. Voici les renseignements relatifs à la médecine mentale et nerveuse :

PRIX ALVARENGA DE PIAUHY (Brésil). — Ce prix sera distribué à l'auteur du meilleur mémoire ou œuvre inédite (dont le sujet restera au choix de l'auteur), sur n'importe quelle branche de la médecine. Douze mémoires ont été envoyés, parmi lesquels nous relevons :

N° 2. Etude historique, clinique et thérapeutique de l'acromégalie. — *Pas de devise*.

Commission : MM. Dumontpallier, Grancher, Guyon.

PRIX CIVRIEUX. — Question : *Valeur sémiologique des délires systématisés*.

N° 1. Devise : « *C'est à la médecine qu'il faut demander la solution des problèmes qui intéressent le plus la grandeur et le bonheur de l'humanité.* » (Descartes).

N° 2. Devise : « *Mentem agitat moles.* » (Pas de pli cacheté.)

Commission : MM. Luys, Ferrand, Magnost.

PRIX DESPORTES. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique. Quatre mémoires ont été envoyés, parmi lesquels nous relevons :

N° 9. Traitement de la chorée de Sydenham, par M. le D^r J. Comby, de Paris.

N° 14. Folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices, par M. le D^r A. Pâris, à Maréville (Meurthe-et-Moselle).

Commission : MM. Blanchard, Duguet, Worms.

PRIX THÉODORE HERPIN (de Genève). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

N° 1. De l'aphasie sensorielle, par M. le D^r Mirallié, de Nantes.

N° 2. Les tumeurs cérébrales, par M. le D^r Maurice Auvray, de Paris.

N° 3. L'épilepsie, par M. le D^r J. Voisin, de Paris.

N° 4. Le tabes dorsalis, dégénérescence du protoneurone centripète, par M. le D^r Ernest de Massary, de Paris.

N° 5. Maladies du crâne et du rachis. — Travaux de neurologie chirurgicale, par M. le D^r Chipault, de Paris.

N° 6. Une série de mémoires sur les maladies nerveuses, par M. le D^r Clozier, de Beauvais (Oise).

Commission : MM. Potain, Motet, Huchard.

PRIX PHILIPPE RICORD. — Ce prix sera décerné à l'auteur de meilleur ouvrage, paru dans les deux ans, sur les maladies vénériennes. Quatre mémoires ont été envoyés, parmi lesquels nous signalons le suivant :

N° 4. Syphilis des centres nerveux. — Note à propos des lésions vasculaires dans la syphilis des centres nerveux, par M. le D^r Henri Lamy, de Paris.

Commission : MM. Cornil, Hallopeau, Fournier.

PRIX VERNOIS. — Ce prix est décerné au meilleur travail sur l'hygiène. Parmi les vingt-six ouvrages envoyés, nous relevons le suivant :

N° 19. L'alcoolisme au village, par M. le D^r A. Baratier, de Juigny (Aube).

Commission : MM. Colin, Nocard, Vallin.

LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME (suite).

Création d'un café de tempérance à Montpellier. — On lit dans *Le Temps* (numéro du mardi, 15 décembre 1896) :

« Samedi soir a eu lieu, à Montpellier, l'inauguration d'une

œuvre, fondée par un philanthrope de cette ville, M. Cussac père. C'est un « Café de tempérance » installé dans une salle petite encore, avec des ressources modiques, — café dans lequel toutes les consommations sont à 15 centimes, où le pourboire est rigoureusement interdit, d'où toutes les boissons alcooliques et tous les journaux légers ou pornographiques sont proscrits.

« M. Charles Gide, professeur d'économie politique à la Faculté de droit, a fait à cette occasion et dans la salle même du café une conférence pleine d'humour. Il a montré comment ce café, d'apparence si modeste, pouvait servir à combattre l'alcoolisme, à remplacer les funestes débits de boissons, à devenir un lieu de réunion où les bourgeois et les ouvriers pourraient causer, discuter et s'entendre, où les professeurs et les étudiants de l'université pourraient parler, instruire les ouvriers et les enfants des ouvriers. Il a dit ce que des œuvres pareilles avaient produit dans d'autres pays, en Angleterre notamment, et tout le bien qu'on en pourrait attendre en France, si M. Cussac avait des imitateurs. M. Gide a terminé en indiquant les moyens de soutenir cette œuvre : donner largement d'abord, venir au café consommer ensuite, attirer les donateurs et les consommateurs, venir y parler enfin, et il a exhorté son auditoire à choisir entre ces moyens ou à les cumuler. »

Les établissements de tempérance en Angleterre. — On écrit de Londres au *Petit Temps* (numéro du vendredi, 15 janvier 1897) :

« Il suffit de parcourir une grande ville pour constater que tout semble y avoir été organisé à souhait pour pousser les populations et à la gourmandise et à l'alcoolisme. Les cafés, cabarets, restaurants, buvettes, public-houses, bars, estaminets, les magasins des pâtisseries et des confiseurs deviennent de plus en plus confortables et luxueux. Les grands restaurants ajoutent à leurs menus des concerts dont le programme retient à la fois les dilettantes et les gastronomes. A Londres, dans les établissements bien tenus, il y a des fleurs naturelles sans cesse renouvelées sur toutes les tables. Tout au contraire, les établissements de tempérance et les restaurants végétariens sont à peine plus décorés que des salles d'armes ou des préaux de maisons centrales. Pour les hommes sobres, pas de musique, pas de fleurs, jamais de fresques, de violons, ni d'éclairage électrique. Le commerce de l'alimentation juge naturellement inutile de se ruiner en frais généraux pour des clients qui mangent peu et ne boivent pas du tout.

« Cette différence a choqué les comités de l'Association nationale de tempérance de l'Église anglaise. Dans une réunion tenue ce matin, les délégués de ces comités ont décidé que,

dorénavant, tous les établissements publics ouverts aux « teetotalers » seraient décorés avec goût, que les menus seraient illustrés de vignettes dont les originaux seront demandés aux dessinateurs de nos journaux comiques et que des concerts seraient donnés pendant les repas.

« Une telle décision marquera d'un souvenir inoubliable l'année où l'Association nationale va célébrer son cinquantième anniversaire. La fondation remonte en effet au 9 novembre 1847 et le nombre des membres dépasse actuellement trois millions. On ne saurait douter que ces trois millions de buveurs d'eau s'épuisent en louables efforts pour arracher l'espèce humaine au démon de l'alcool ; mais on ne peut guère s'empêcher de constater que, depuis cinquante ans que cette association existe, la consommation de l'alcool par tête d'Anglais augmente dans des proportions effrayantes et avec une régularité constatée par toutes les statistiques annuelles.

« Nous allons voir s'ils réussiront mieux désormais grâce aux peintures murales et à la musique. »

Création d'un établissement de tempérance à Brest. — On écrit de Brest au *Temps* (numéro du samedi 16 janvier 1897) :

« Quelques personnes de Brest, voulant essayer de réagir contre l'alcoolisme dont les ravages, ici, sont particulièrement effrayants, ont formé le projet d'ouvrir, dans le faubourg Kéravel, une salle, où, le soir, elles recevraient quelques familles d'ouvriers du quartier, pour prendre le thé avec elles et afin d'essayer, par la conversation, de les éclairer et de les relever.

« A ce « parloir » serait adjointe une salle de lecture pour les hommes, salle ouverte tous les soirs et à tout venant, où les lecteurs auraient, avec un abri, de la lumière et du feu quand il ferait froid, des livres élémentaires, éducateurs et distrayants, avec des journaux. »

Une pétition originale à la Chambre des communes. — Aux termes d'une pétition couverte de plusieurs milliers de signatures, et à laquelle ont adhéré déjà des membres de la Chambre des communes et de la Chambre des lords, le Parlement sera dès sa rentrée invité à voter une loi stipulant à la charge des cabaretiers une obligation essentiellement originale.

Il arrive souvent, quotidiennement, que des ivrognes sortent d'un public-house dans un état qui rend indispensable l'intervention de la police. Les agents s'emparent du pochard, le conduisent au poste de police, dressent procès-verbal et conservent le délinquant toute une nuit sur un lit de camp. En de certains samedis soir, les postes sont encombrés d'ivrognes qu'on ne sait où coucher. Les pétitionnaires demandent que tout ivrogne rencontré à l'intérieur ou à la porte d'un public-

house soit reconduit à son domicile en voiture aux frais du cabaretier qui lui aura servi son dernier verre de bière ou d'alcool. A la bonne heure ! Voilà une idée neuve, juste et pratique ! Son application ne pourrait avoir que de bons résultats. Le cabaretier y regardera à deux fois avant de servir un homme en état d'ivresse, s'il sait que son bénéfice de quelques centimes sur un verre de bière peut être compensé par une dépense de 2 ou 3 francs de fiacre. En outre, les postes de police ne seront plus encombrés de lamentables pochards et pourront donner asile aux pick-pockets pour lesquels ils ont été construits. Il n'y a même pas à craindre que de malicieux alcooliques abusent de cette nouvelle loi pour rentrer chez eux en voiture sans bourse délier. L'obligation imposée aux cabaretiers ne supprimerait nullement le procès-verbal des agents à la charge de l'ivrogne et la comparution de ce dernier devant un magistrat de police. (Le *Petit Temps*, numéro du mardi 19 janvier 1897.)

L'alcoolisme au Conseil supérieur de l'instruction publique. — Le Conseil supérieur de l'instruction publique, sur le rapport de M. Mangin, a adopté plusieurs projets d'arrêtés portant adjonction de notions sur les dangers de l'alcoolisme, aux programmes de morale et d'hygiène dans les lycées, les collèges, les écoles normales, les écoles primaires supérieures, les cours complémentaires et les écoles primaires élémentaires.

Circulaire du ministre de l'instruction publique relative à l'enseignement anti-alcoolique. — Le ministre de l'instruction publique vient d'adresser aux recteurs une circulaire relative à l'enseignement anti-alcoolique dans les établissements d'enseignement public.

Avec cette circulaire, le ministre transmet aux recteurs le texte des arrêtés par lesquels, après avis du conseil supérieur de l'instruction publique, il a décidé d'introduire dans les programmes d'enseignement secondaire et d'enseignement primaire des notions précises sur les dangers de l'alcoolisme au point de vue de l'hygiène, de la morale, de l'économie sociale et politique. Il leur transmet également le rapport présenté au nom de la commission constituée en 1895, en vue de rechercher les moyens de combattre l'alcoolisme dans les établissements publics d'enseignement.

Dans sa circulaire, le ministre rappelle les graves dangers que l'alcoolisme fait courir à la santé publique :

« Les ravages de l'alcoolisme sont en proportion avec les progrès de la consommation : pour ne citer qu'un exemple, le nombre des aliénés dont la maladie est due directement à cette cause était en moyenne de 713 par année, dans la période de 1866 à 1875 ; il a été, en 1893, de 3,386.

« Il ne s'agit donc point ici d'un danger passager, mais d'un

fléau qui prend un caractère permanent, dont les effets s'aggravent d'année en année et qui, par sa continuité et ses progrès, est plus redoutable que les guerres ou les épidémies les plus meurtrières. L'alcoolisme ne borne point ses ravages à la génération présente, il menace de vicier dans son germe la génération de demain. Les enfants d'alcooliques, victimes des excès des parents, portent dans leur sein un poison dont le médecin est impuissant à arrêter les effets ; c'est parmi eux que se recrute pour la plus grande partie cette foule toujours croissante des enfants rachitiques, dégénérées, des gâteux, des hystériques, des épileptiques, qui envahit nos hôpitaux, nos maisons de santé.

« Les avertissements n'ont point manqué au pays, mais ils n'ont pas été écoutés. L'expérience des peuples voisins prouve cependant qu'on peut lutter avec succès. J'ai pensé qu'il appartenait à l'Université de donner l'exemple. Elle y est d'autant plus intéressée que son œuvre serait stérile si, après tant de généreux efforts pour former les intelligences et les âmes des enfants, l'alcoolisme pouvait compromettre chez eux, avec la vie physique, la vie intellectuelle et morale. Il importe de leur signaler de bonne heure le danger, de leur inspirer la crainte et le dégoût de l'alcoolisme, de leur en faire comprendre toutes les conséquences. Les professeurs et les instituteurs s'acquitteront de ce rôle avec la conscience de faire œuvre de bien public. Je leur recommande de donner ces notions sous la forme la plus simple, la plus familière, et, par suite, la plus pénétrante ; de faire appel à la réflexion des enfants ; en un mot, de convaincre encore plus que d'enseigner. En dehors du programme, en dehors des heures de classe, je leur serai reconnaissant de tout ce qu'ils pourront faire pour que leurs leçons et leurs conseils soient suivis de résultats : conférences aux adultes, sociétés de tempérance, etc.

« Il est à désirer que les professeurs des universités s'intéressent également à cette œuvre. Ils rendraient assurément un grand service si, en quelques conférences, ils donnaient à nos instituteurs les notions d'hygiène, d'économie politique que ceux-ci seraient parfois embarrassés de réunir et de contrôler. Ils pourraient attirer sur ce point l'attention des étudiants, les associer à leur action, leur faire comprendre les services que plus tard, dans les situations diverses qu'ils occuperont, ils rendront en réagissant autour d'eux contre l'alcoolisme. Pour lutter contre un si grave danger, l'union de toutes les bonnes volontés s'impose. »

Projet de réglementation des cabaretiens. — MM. Joseph Reinach, Sonnery-Martin, Alicot, Albert Decrais, le prince d'Arenberg, Aynard, Goujon, Henri Laniel, Chavoix, Rou-

zaud, Jules Roche, Viellard, etc., viennent de déposer, à la Chambre des députés, l'amendement suivant à l'article 1^{er} de la loi sur la réforme des boissons :

« Nul ne pourra, à l'avenir, ouvrir un débit comportant la vente de l'alcool ou des spiritueux, sans une autorisation émanée du préfet et rendue sur l'avis conforme du maire de la commune, de l'avis d'une commission départementale ainsi composée : le préfet président, les directeurs des contributions directes et indirectes, et quatre conseillers généraux élus annuellement par le conseil général. »

L'armée et les Sociétés de tempérance. — Une note ministérielle autorise les membres de l'armée à faire partie de la Société contre l'abus des boissons spiritueuses.

LES MÉFAITS DE L'ALCOOL (suite).

20. *Un martyr de la tempérance.* — On lit dans le *Temps* (numéro du mardi 15 décembre 1896) :

« Les journaux de Stockholm relatent un exemple stoïque et même tolstoïque donné par un sous-officier appartenant à une société de tempérance.

« A l'occasion de sa fête, le roi Oscar faisait envoyer dernièrement quelques bouteilles de punch suédois à la garnison de Wexholm. Le sous-officier Olssen, chargé de transporter les bouteilles à destination, déclara que, apôtre convaincu de la tempérance, il refusait de s'acquitter de cette mission. Ses chefs le réprimandèrent et lui enjoignirent de porter ces liqueurs ; ils lui adjointèrent même un camarade chargé de le contrôler. Mais l'obstiné Olssen jeta les bouteilles dans la mer. Il vint d'être traduit en conseil de guerre et condamné à huit jours de prison et à la dégradation ».

21. *Précoces ivrognes.* — On télégraphie de Saint-Dié au *Figaro* (numéro du mardi 5 janvier 1897) :

« Deux enfants, de huit et six ans, profitant de l'absence de leurs parents, sont descendus à la cave et ont absorbé de l'alcool et du vin. Dans la soirée, on les a retrouvés gisant inanimés sur le lieu de leurs libations.

« L'aîné a succombé après vingt-quatre heures de souffrances ; le plus jeune est sauf. »

22. *Ivrognerie dans la marine anglaise.* — On écrit de Londres au *Temps* (numéro du lundi 6 janvier 1897) :

« Le conseil de guerre de Chatham s'est réuni ce matin pour la mise en jugement du capitaine de vaisseau Heugh, accusé d'ivrognerie habituelle ayant entraîné l'abandon de son poste. Cette accusation est basée sur les faits suivants :

« La journée du 22 novembre dernier fut particulièrement accidentée pour cet intrépide buveur. Dès le matin, le capitaine se présenta devant son chef dans cet état vaguement chancelant que les habitués des public-houses définissent par la formule symbolique : « avoir son jeune homme ». Il s'agissait de recevoir des ordres relatifs à des exercices de tir à la cible qu'il se trouvait chargé de diriger. A midi, le capitaine n'avait plus « son jeune homme », parvenu à un grade supérieur, il avait son « plumet ». A deux heures il était « dans les vignes », et, à cinq heures du soir, « raide comme la justice ». A sept heures, il se trouvait « complet », et son chef l'envoyait se coucher.

« On s'attendait à ne plus en entendre parler jusqu'au lendemain; mais, un peu avant minuit, le capitaine sortait de sa cabine et reprochait à l'officier de quart de permettre aux matelots de détériorer l'artillerie du bord. Puis il soutint qu'on avait introduit un orgue de Barbarie dans la soute aux torpilles et qu'il en entendait la musique. Bien qu'on essayât de le détromper, il entendait toujours cet orgue et il suivait le rythme de la mélodie imaginaire en battant la mesure avec son sabre. Les hommes d'équipage suivaient cette pantomime avec le plus bienveillant intérêt, mais le prestige de l'épaulette diminuait à vue d'œil. Dans la batterie où il descendit — l'acte d'accusation assure qu'il y dégringola — il s'indigna de découvrir un bal de chaussures. Les souliers des hommes se trémoussaient, disait-il, et comme une paire lui parut s'obstiner à ne pas sauter en mesure, il lui infligea huit jours de cale et lui défendit de descendre à terre avant un mois.

« Peu après, la scène faillit tourner au tragique. M. Heugh s'imaginait que le diable, monté dans une chaloupe à vapeur, se dirigeait vers son bâtiment, et il donna l'ordre de le couler à coups de canon. L'officier de quart fit immédiatement reconduire le capitaine de vaisseau à sa cabine et réveilla d'urgence un médecin.

« Les dépositions des témoins ne laissent place à aucun doute sur le caractère scandaleux et sur les périls de cette scène bachique. Le conseil a prononcé en conséquence contre le capitaine Heugh, la peine de la radiation du tableau d'avancement et une mise en disponibilité de six mois. Le président a expliqué cet indulgent arrêt en donnant lecture des états de service du prévenu où figurent deux campagnes, trois décorations, plusieurs citations à l'ordre du jour et des témoignages de satisfaction des lords de l'amirauté. Par contre, le conseil de guerre a blâmé sévèrement trois camarades du capitaine de vaisseau Heugh qui, cités à décharge, avaient essayé d'expliquer la scandaleuse attitude de cet officier pendant la journée du 22 no-

vembre par des fièvres contractées en Égypte et au Zoulouland. »

23. *Tentative d'homicide commis en plein jour dans une rue de Paris.* — On lit dans le *Temps* (numéro du samedi 9 janvier 1896) :

« Un attentat criminel à été commis hier, en plein jour, rue La Feuillade, près de la place des Victoires. Un jeune homme, le comte Guy de Malmignati, docteur en droit, qui se trouvait à Paris depuis une quinzaine de jours seulement, s'arrêtait là pour lire une des nombreuses affiches qui tapissent la muraille, quand, tout à coup, un individu armé d'un rasoir s'est approché de lui, furtivement, et lui a fait au côté gauche de la tête une profonde blessure. Par cette blessure qui va de la tempe à l'occiput, le sang a jailli en abondance. Le jeune docteur en droit, qui est très grand et de forte corpulence, est tombé comme une masse sur le trottoir. On s'est empressé de le relever et de le transporter dans une pharmacie voisine d'où, après un pansement sommaire, il a été conduit à l'Hôtel-Dieu. Il a été placé salle Saint-Côme, lit n° 4.

« Cependant, le meurtrier avait pris la fuite. Un gardien de la paix, nommé Illig, et le sergent Bertrand, du 41^e de ligne, s'étaient élancés à sa poursuite. Ils le rejoignaient bientôt sur la place des Victoires où, se retournant soudain, le misérable les menaça de les frapper de son rasoir. L'agent dégaina, et, pour éviter d'être atteint à la tête, l'individu se baissa. Illig en profita pour l'enlacer fortement de ses bras, tandis que le sergent Bertrand le désarmait.

« Non sans difficulté, ils réussirent à conduire chez M. Porrée, commissaire de police du quartier du Palais-Royal, l'auteur de cette odieuse agression, que la foule voulait lyncher. Au commissariat, c'est en vain qu'on essaya de l'interroger. Il ne répondit aux questions qu'on lui posait que par des grognements semblables à ceux d'un ours. Parfois, pris de violentes crises nerveuses, il tentait de saisir les gardiens de la paix, auxquels il paraissait en vouloir tout particulièrement.

« On a trouvé sur lui des lettres au nom d'Octave Blin, qui portent comme adresses, les unes rue Poliveau, 17, les autres rue Buffon, 5 ».

On crut tout d'abord à un attentat anarchiste ; mais on ne tarda pas à savoir que Blin ne faisait pas de politique ; qu'il était, jour et nuit, presque continuellement dans un état fort avancé d'ébriété ; qu'il prodiguait alors grossièretés et menaces : on l'a entendu répéter parfois en rentrant chez lui : « Il faut que je le tue ». Blin a donc commis son acte criminel sous l'influence du délire alcoolique.

24. *Fausse nouvelle de la disparition d'une île annoncée par*

un ivrogne. — La prétendue disparition de l'île de Juan-Fernandez, la légendaire île de Robinson Crusôé, au large de la côte chilienne dans le Pacifique sud, et qu'on disait avoir été engloutie il y a quelques mois dans l'Océan par une commotion terrestre n'était qu'un racontar d'ivrogne.

Le capitaine Slocum, qui vient d'arriver à San-Francisco revenant d'un tour du monde, a parfaitement retrouvé l'île à sa place et les trente-cinq familles qui l'habitent saines et sauvées. Voici en réalité ce qui s'était passé :

Le patron de barque chilien chargé d'aller ravitailler la population de l'île commença à s'enivrer, ayant à peine quitté Valparaiso, avec les boissons alcooliques qui se trouvaient parmi les provisions destinées aux habitants de Juan-Fernandez. Il le fit si consciemment qu'il devint incapable de diriger le bâtiment. Les hommes de l'équipage ne connaissant rien à la navigation, le navire, après avoir longé la côte pendant plusieurs jours, se retrouva à Valparaiso.

Le patron, qui n'avait su trouver l'île, déclara tout simplement qu'elle avait disparu ; et voilà comment la nouvelle en a été télégraphiée aux quatre coins du monde. (*Le Temps*, numéro du vendredi 15 janvier 1897).

25. *Un ingénieur cabaretier anglais.* — On écrit de Londres au *Petit Temps* (numéro du dimanche 17 janvier 1897) :

« La police métropolitaine vient de découvrir un établissement d'un genre tout particulier dont l'exploitation remonte déjà, paraît-il, à plus de dix ans, et qui offrait l'inestimable avantage de donner de la considération aux ivrognes. Comme hypocrisie, comme respect aveugle du qu'en dira-t-on, on ne saurait imaginer mieux.

« Supposez une maison à deux issues donnant sur deux rues parallèles. Sur l'une des façades, les inscriptions peintes au-dessus du rez-de-chaussée annonçaient un public-house ordinaire, avec force spiritueux et petites barmaids affriolantes. L'autre façade ouvrait deux larges portes à un établissement de tempérance d'où les boissons alcooliques et fermentées étaient sévèrement exclues et où le plus intransigeant des « teetotalers » serait entré comme chez lui. Dans le public-house le whisky coulait à pleins bords servi par des demoiselles familières. Derrière le comptoir de l'établissement de tempérance allait et venait un grand garçon maigre, aux allures de clergyman. Enfin — et là est le chef-d'œuvre — les deux buvettes communiquaient par un couloir central.

« Vous jugez si c'était commode ! Les pochards invétérés, que retient pourtant un reste de respect humain, n'avaient plus à redouter qu'on les vît pénétrer dans un public-house puisqu'ils entraient *coram populo* dans une sorte de sanctuaire

de l'abstinence. Par contre, les teetotalers pouvaient de temps à autre s'offrir le petit régal d'une infraction à leurs vœux ou à leur système, sans prêter au moindre reproche, les apparences étant sauvées.

« La police eût vraisemblablement fermé les yeux sur cette plaisante comédie, mais il y a à Londres d'autres agents que ceux de New Scotland Yard, et les agents du fisc ne pouvaient tolérer qu'un établissement de tempérance, exonéré des frais de patentes qui pèsent sur les débitants d'alcools, fraternisât de façon si intime avec les clients d'un assommoir.

« Le propriétaire de cette entreprise à deux fins a donc été appelé devant un magistrat qui, après avoir beaucoup ri de son idée, l'a sérieusement condamné à 12,500 francs d'amende et à la perte définitive de sa licence ».

26. *Un cas d'uzoricide.* — On télégraphie de Saint-Quentin 25 janvier 1897, à l'Agence Havas :

« Hier, à Neuville-Saint-Amand, un nommé Germain (Georges), trente-quatre ans, a tué sa femme d'un coup de fusil à la tête. La mort a été instantanée.

« Le meurtrier a ensuite essayé de se faire justice mais il ne s'est blessé que légèrement. Il a agi sous l'empire de la boisson.

« Le meurtrier a été écroué. »

27. *Suicide d'un ivrogne.* — On télégraphie de Rive de Gier à l'Agence Havas (1^{er} février 1897) :

« Un nommé Sébastien Giraud, âgé de trente-quatre ans, originaire du Creusot, colporteur, arrêté pour ivresse, a tenté de se suicider cet après-midi, en mettant le feu à la paille sur laquelle les détenus s'étendent au violon municipal, ainsi qu'à ses vêtements qu'il avait quittés.

« Un agent de police a pu sauver Giraud, qui n'est pas grièvement blessé. »

28. *Enfant blessé par sa mère en état d'ivresse.* — On lit dans le *Temps* (numéro du vendredi 12 février 1897) :

« Une nommée Eugénie Thénot, fleuriste, âgée de trente-cinq ans, demeurant rue du Mont-Cenis, a, étant en état d'ivresse, frappé sa fille, âgée de huit ans, d'un coup de couteau à la joue gauche.

« L'enfant, assez légèrement blessée, a reçu des soins au poste de police. La mère a été arrêtée. »

29. *Impulsions homicides chez deux ivrognes.* — Deux ouvriers mineurs de la Louvière, en état d'ivresse, se sont armés de haches et ont fait en cet état l'assaut du charbonnage de Houssu, à Haine-Saint-Paul (Belgique), où ils sont employés. Le porion qui a voulu leur interdire l'accès de la cour de l'établissement a eu la main droite coupée. Un ingénieur accourut, il allait

être frappé, lui aussi, quand les autres ouvriers se jetèrent sur les forcenés et, après une lutte terrible, parvinrent à les désarmer. Mais auparavant les deux furieux avaient tout brisé dans le bureau et cassé tous les carreaux de vitre. La gendarmerie s'en est emparée et les a mis en état d'arrestation. (*Le Temps*, numéro du vendredi 19 février 1897.)

30. *Uxoricide commis sous l'influence d'une jalousie alcoolique.* — Un nommé Edmond Laflaisselle, employé de commerce, âgé de dix-neuf ans, qui avait épousé, il y a trois mois, une jeune personne du même âge, Juliette Naisson, a assassiné celle-ci, hier soir, sur le boulevard de l'Hôpital. Laflaisselle, en même temps alcoolique et jaloux, sortait d'un cabaret lorsqu'il rencontra sa femme. Il sortit son revolver de sa poche et tira une première fois sur la malheureuse que la balle n'atteignit pas. Une seconde fois, Laflaisselle tira et la jeune femme tomba sur le trottoir. Elle a été tuée net par le projectile qui lui a troué le front.

« L'assassin s'est ensuite fait justice. Il s'est logé une balle dans la tempe droite. Transporté à l'hôpital de la Pitié, il y est mort ce matin. (*Le Temps*, numéro du 6 mars 1897.)

31. *Une jeune fille millionnaire condamnée deux cent cinq fois pour ivresse.* — *Le Temps* publie, dans son numéro de mardi 6 avril 1896, le fait suivant :

« Le coroner de la petite ville d'Ongar, dans le comté d'Essex, a dû ouvrir une enquête sur les causes de la mort de miss Isabel-Margaret Murphy, âgée de vingt-sept ans, décédée dans des conditions qui jettent de tristes lumières sur certaines mœurs anglaises. Cette jeune fille, que ses parents et les témoins entendus présentent comme jolie, intelligente et bien élevée — que serait-ce, si elle avait été mal élevée? — a succombé à plus de dix années d'excès alcooliques. Et, comme elle laisse près de 2 millions de fortune, on n'a pu soutenir qu'elle buvait pour échapper aux souffrances de la misère.

« Orpheline vers seize ans et libre de son bien, miss Murphy semble n'avoir mis à profit son indépendance et sa fortune que pour s'adonner sans contrainte à l'ivrognerie. Dès sa dix-septième année, sa dépense mensuelle en liquide, alcools et vin de Champagne, atteignait 1,000 francs par mois en chiffres ronds, tandis qu'elle dépensait à peine 300 francs pour sa nourriture et son entretien. A vingt ans, elle avait comparu trente-cinq fois devant les cours de police pour ivresse publique ou tapage dans la rue. A vingt et un ans, elle entra pour la première fois dans un hôpital spécial et y séjourna cinq mois, quitte à reprendre ses funestes habitudes au lendemain de sa libération. A vingt-trois ans, elle célébra, par une fête donnée à quelques amis, sa centième comparution et sa centième condamnation

pour ivresse. A vingt-quatre ans, elle faisait la connaissance d'un prêtre catholique, M. Smullens, qui crut la sauver en la changeant de milieu et l'emmena faire un voyage en Amérique. Les voyages forment la jeunesse. Miss Murphy apprit, en effet, à connaître un grand nombre de boissons totalement inconnues de ce côté de l'Océan Atlantique et auxquelles elle prit tant de goût que les magistrats de New-York lui octroyèrent une vingtaine de condamnations.

« Rentrée en Europe, la malheureuse jeune fille renonça peu à peu aux alcools de consommation pour avaler de l'esprit de vin, de l'eau de Cologne et s'injecter de la morphine. A partir de ce moment, le clergé renonça à la sauver et la médecine à la guérir. Vendredi matin, comme elle rentrait chez elle, après avoir purgé sa deux cent cinquième condamnation — un mois de prison — elle s'enferma avec un certain nombre de bouteilles. Sa domestique la trouva morte le lendemain, étendue tout de son long sur le parquet. Un vieux testament retrouvé dans le secrétaire de la défunte, légua toute sa fortune à l'abbé Smullens.

« Les parents de miss Murphy ont tenu à proclamer devant le coroner la vertu de cette intrépide buveuse. Elle est morte sans avoir rien aimé que les spiritueux.

« Cette malheureuse était la fille d'un millionnaire de San-Francisco. Deux de ses sœurs sont mariées en Angleterre et la troisième est la femme d'un secrétaire de légation fixé à Paris. Ces trois sœurs annoncent l'intention d'attaquer le testament qui enrichit l'abbé Smullens. »

32. *Parricide commis par un alcoolique.* — On écrit de Pont-Audemer, au *Temps*, le 21 avril 1897 :

« Un crime épouvantable vient de causer la plus vive émotion dans le petit bourg de Manneville-sur-Risle, à 13 kilomètres de Pont-Audemer.

« Dans une maison assez isolée vivait, avec une servante, une vieille rentière, M^{me} Gigan, âgée de quatre-vingts ans environ. Cette dame recevait fréquemment la visite d'un de ses petits-fils, nommé Théodule-Jean, alcoolique invétéré, qui, à la suite d'attaques de *delirium tremens*, avait dû être enfermé à l'asile des aliénés d'Evreux. Chacune de ses visites n'avaient d'autres causes que des demandes d'argent, et, si la vieille grand'mère refusait, Jean la frappait à coups redoublés.

« Hier soir, ce misérable se présenta chez M^{me} Gigan, qu'il trouva en compagnie de sa bonne, M^{me} Labigne. Cette dernière ayant voulu lui faire quelques observations, il la chassa à coups de pieds et de poings, et ferma la porte. Ce matin, des voisins, l'ayant vu partir, ont pénétré dans la maison. Un spectacle affreux s'est offert à leurs yeux : sur le lit, le pauvre vieille

râlait, le visage couvert d'effroyables blessures faites avec un instrument tranchant. On essaya de lui donner des soins, mais la malheureuse ne tarda pas à succomber à ses multiples blessures.

« Leparquet de Pont-Audemer, prévenu télégraphiquement, s'est transporté cet après-midi à Manneville, pour procéder à une enquête. L'assassin est activement recherché. »

33. *Mort de misère.* — On a trouvé mort mardi soir, dans l'écurie de M. Rouxel, rue de Brest, à Dinan, un vieux chiffonnier, mendiant, Pierre-Marie Cambland, dit Laoula, âgé de soixante ans environ, originaire de Pleyber-Christ (Finistère) et vivant à Dinan depuis une trentaine d'années.

Le malheureux est mort de privations et de misère. Il avait été condamné une soixantaine de fois pour ivresse, injures, rébellion, mendicité, mais jamais pour vol, — ce dont il était très fier (1).

34 et 35. *Soldats ivres en conseil de guerre.* — Le soldat Besnier, du 48^e régiment d'infanterie, retenu au corps pour faire un an de *rabiot*, disparut de sa compagnie pendant les dernières manœuvres d'automne, et rentra pris de boisson après une absence de vingt-quatre heures. Gardé par quatre hommes et un caporal, il essaya de s'échapper. Il tomba entre les bras de son capitaine et fut saisi immédiatement par un sergent vigoureux qui le retint. Alors, fou de colère, il se tourna vers ses supérieurs et les injuria grossièrement.

Le Conseil de guerre de Rennes a condamné Besnier à cinq ans de travaux publics pour outrages envers des supérieurs.

— Le soldat Bonnaire, du 71^e régiment d'infanterie a comparu mardi dernier, 22 décembre, devant le conseil de guerre du 10^e corps à Rennes. En voici les motifs :

Emile Bonnaire est un Vosgien qui se crut un jour né pour le métier des armes. Il s'engagea donc pour quatre ans au 155^e de ligne ; mais les rigueurs de la discipline, peu faites pour son caractère sournois, brutal, querelleur et aventureux, le firent bientôt désertir à l'étranger. De retour en France, il fut condamné par le conseil de guerre de la 6^e région à trois ans de travaux publics. La remise d'une partie de cette peine n'améliora pas Bonnaire.

Envoyé au 71^e de ligne, à Saint-Brieuc, il s'y distingua par son indiscipline. Le 30 novembre dernier, il n'assista pas à l'appel du soir et ne rentra à la caserne que vers minuit. L'état

(1) Ce fait divers et les suivants nous ont été envoyés par notre savant collaborateur, le D^r Paul Aubry, qui les a recueillis dans les journaux de la Bretagne.

d'ivresse où il se trouvait lui avait excité les nerfs : on l'entendit, pendant qu'il montait l'escalier, proférer des menaces contre les caporaux et les sergents, jurant de *faire son affaire* au premier qu'il rencontrerait. Ce bouc émissaire, que Bonnaire devait envoyer au désert porteur de tous les péchés de l'armée contre cet irascible soldat, fut le sergent Tannoux.

Voici dans quelles circonstances : Bonnaire ayant allumé la lampe, se livrait dans la chambre à des bacchanales qui firent intervenir Tannoux. A peine ce dernier était-il entré dans la chambre que Bonnaire lui dit :

— Sergent, je suis saouï.

— Je le vois bien, répondit le sous-officier, couchez-vous ou je vous fais descendre à la salle de police.

— J'aime mieux aller à la *boîte*, répond l'ivrogne.

Puis, croisant les bras, il dit à son chef :

— Tu sais, Tannoux, tu commences par me faire...

Cependant Bonnaire prenait sa capote pour se rendre aux locaux disciplinaires, quand, trompant l'attention du sous-officier, il asséna à ce dernier un vigoureux coup de poing sur la tête. On dut le garrotter, mais, pendant ce temps, il se livra à des injures grossières vis-à-vis de Tannoux.

En vertu d'un article du Code de justice militaire ainsi conçu : « Voies de fait envers un supérieur pendant le service ou en dehors du service — mort », M. le commissaire du gouvernement a requis contre le coupable la peine capitale.

M^e Lemarc'hadour a présenté la défense de Bonnaire. Celui-ci, bénéficiant des circonstances atténuantes, a été condamné à cinq ans de travaux publics.

36. *Mauvais père*. — Dimanche matin (8 novembre 1896), M. le commissaire de police était prévenu qu'un nommé Briand, ouvrier cordonnier, demeurant rue de Gouët, maltraitait son enfant et le laissait dans le plus complet abandon.

M. le commissaire de police envoya un agent sur les lieux pour renseignements. L'enquête a démontré que Briand, qui a été marié deux fois, est un ivrogne incorrigible et qu'il ne s'occupe pas plus de son enfant que si celui n'existait pas.

Le petit enfant a été conduit d'urgence à l'hospice des Enfants-Assistés.

37. *Coups et blessures*. — Martin (Emile), vingt et un ans, appartient à une bonne famille de Loudéac. Devenu sourd-muet à la suite d'un accident, son éducation a été malheureusement négligée. Tout son plaisir est de boire et de fumer, et quand sa mère lui refuse de l'argent, il lui fait des scènes terribles et lui porte même des coups. C'est sous cette prévention qu'il comparait devant le tribunal qui lui inflige deux mois de prison.

38. *Dévoré par une truie*. — Le nommé Fournis, vieillard de

soixante-quinze ans, habitant la commune de Plougasnou (Finistère), s'était rendu la semaine dernière, au bourg de Plouézoch pour assister à un service de bout de l'an.

Fourmis qui s'était livré à d'abondantes libations, n'était plus, après le repas, en état de rentrer chez lui. Son fils le coucha dans une crèche à porc pendant qu'il allait chercher un cheval et une voiture. Pendant son absence, une truie qui avait mis bas quelques jours auparavant, chavira une séparation très primitivement installée et dévora le bas-ventre du vieillard qui fut horriblement mutilé.

Deux docteurs, appelés d'urgence, ont prodigué leurs soins à la victime, inconsciente pendant une grande partie de l'opération et qui est morte quelques heures après (10 novembre 1896).

39. *Noyé dans le bassin de Saint-Malo.* — Dimanche matin, à sept heures, on retirait du bassin de Saint-Malo, derrière les chantiers de construction du Talard, le cadavre de Henri Marchand, âgé de vingt-quatre ans, de Saint-Servan, ouvrier charron chez M. Gilbert, à Ploubalay. Le malheureux était debout, dans 1 mètre d'eau à peine, la tête hors de l'eau.

Marchand avait été vu ivre samedi soir, vers onze heures et demie, à Saint-Malo. C'est probablement en retournant à la Chaussée, à Saint-Servan, où habitent ses parents, qu'il sera tombé dans le bassin. On croit qu'il a succombé à une congestion. On a constaté, en effet, qu'il n'avait pas avalé une goutte d'eau.

Détail navrant : Marchand appartenait à une famille de marins, et son père et son frère ont disparu en mer. C'est pour éviter une pareille destinée que sa famille lui fit apprendre un métier. Cette précaution devait être inutile, puisqu'il meurt noyé. (5 novembre 1896.)

40. *Un ivrogne tué par sa femme.* — Vendredi 30 octobre, le sieur Auguste Fanton, âgé de soixante-dix ans, cultivateur au bourg de Baguer-Pican, canton de Dol (Ille-et-Vilaine), sortait vers deux heures de chez lui pour aller, ainsi qu'il en avait, hélas ! trop l'habitude, s'enivrer chez les débitants du bourg.

Vers quatre heures et demie, Fanton rentre chez lui et trouve sa fille, âgée de seize ans, travaillant du beurre, et entendant sa femme dévider du fil dans le grenier, il se dirige vers l'escalier avec un bâton en épine.

Sa femme, Victoire Juhel, habituée aux mauvais traitements de son mari, qui plusieurs fois l'avait menacée, ainsi que ses enfants, le voyant monter avec son bâton, eut peur et lui dit de ne pas approcher. Fanton ne tint aucun compte de cette invitation. Alors sa femme pris une pelle en bois, de ces pelles qui

servent pour le marc de pommes et pour le grain, et asséna un coup de cet instrument sur la tête de son mari.

Du milieu de l'escalier où il se trouvait, Fanton tomba au bas, à la renverse, les pieds dans l'escalier, la tête au bas, la bouche sur la terre.

Sur l'invitation de sa mère, la fille Fanton mit une échelle à la fenêtre du grenier, sur la cour, pour descendre. Alors elles se rendirent toutes les deux au pied de l'escalier. Elles ne trouvèrent plus qu'un cadavre.

Il paraît que le crâne porte deux blessures ; Fanton se sera peut-être blessé en tombant.

Fanton était un mauvais mari, un mauvais père, un mauvais voisin. La semaine dernière il battait sa fille, âgée de seize ans, et à peu près chaque jour il faisait des scènes de la dernière violence à sa pauvre femme.

La mort de Fanton est due à cette scène ; mais il est hors de doute que la femme Fanton n'a jamais eu l'intention de tuer son mari.

La malheureuse victime a fait des pertes, il y a quatre ou cinq ans, qui l'ont forcé à vendre partie de son bien. Depuis cette époque, il avait changé de vie, et de père commode il était devenu un monstre.

La justice et la gendarmerie se sont transportées sur les lieux et ont fait les constatations d'usage. (5 novembre 1896.)

41. *Condamnation d'un ivrogne pour coups donnés à sa femme.* — Le tribunal correctionnel de Saint-Brieuc a jugé, dans son audience du jeudi 24 décembre 1896, un nommé Bannier, Y.-M., maçon à Plœuc, ivrogne de la pire espèce, violent et brutal, qui bat à chaque instant sa femme et sème la terreur dans son quartier.

Le 12 décembre, sa femme, Marie-Louise Hamon, prévenue que son mari ivre, la cherchait pour la battre une fois de plus, se réfugia chez sa belle-sœur Anne-Marie Bannier. Le maçon, furieux, ne tarda pas à s'y rendre et, sur le refus de sa sœur de lui dire où était Marie-Louise Hamon, il la saisit brutalement et la frappa comme un sauvage à coups de poing et de pied. Des témoins intervinrent, entre autres le nommé Gourio. Bannier tourna contre lui sa fureur, le terrassa et le maltraita à son tour.

Ce fou furieux ne comparait seulement pas à l'audience. Le tribunal le condamne à trois mois de prison.

42. *Un drame de l'ivresse.* — L'ivrognerie vient d'être, une fois de plus, la cause d'un drame affreux.

C'est au village de Plougouven (Finistère) que s'est passée la scène de sauvagerie que nous allons raconter.

Au village de Roudoufly, en Plougouven, habitent, avec

leurs enfants, les époux Scignac, cultivateurs. Yves Scignac, âgé de quarante-deux ans, se prit de querelle avec le domestique de la ferme, François Primel, beaucoup plus jeune que lui puisqu'il n'a que vingt-huit ans. Tous deux étaient ivres. La dispute devenant très vive et Primel formulant des menaces, le père Scignac et sa femme engagèrent leur fils à aller se coucher pour mettre fin à cette scène, dont ils redoutaient les conséquences en raison du caractère violent de Primel.

Yves Scignac se rendit à leurs instances. Mais le domestique, de plus en plus furieux, le suivit, un couteau à la main et lui en porta quatre ou cinq grands coups. L'un de ces coups atteignit Yves Scignac et lui fit une blessure si large et si profonde que les intestins, s'échappant de la cavité abdominale, pendaient jusqu'aux genoux du malheureux. Malgré sa gravité, cette blessure n'était point en soi mortelle, les intestins n'ayant pas été perforés ; mais un autre coup de couteau, pénétrant entre deux côtes, avait atteint un poumon, et celui-là a occasionné la mort du malheureux Scignac. L'agonie toutefois a été longue : frappée ainsi le vendredi vers quatre heures, la victime n'a succombé que le samedi dans la soirée, malgré tous les soins de MM. les D^{rs} Camus, de Plouigneau et Prouff, de Morlaix.

Comme on le pense bien, les parents d'Yves Scignac s'étaient jetés sur le meurtrier ; mais celui-ci, aveuglé par la fureur et l'ivresse, frappait au hasard et son couteau les atteignit tous successivement. Le père, Jean Scignac, un vieillard de soixante-dix-sept ans, fut blessé à la cuisse droite ; la mère, Jeannette Le Meur, à la cuisse gauche ; un second fils, Jean-Marie Scignac, fut atteint à la tête, d'un coup de sabot. La blessure de ce dernier est légère, mais les deux vieillards sont gravement atteints, sans que leurs jours cependant soient en danger, pourvu qu'il ne survienne pas de complications.

François Primel a été arrêté et écroué le même jour à la prison de Morlaix. Aux questions des magistrats, il s'est obstiné à répondre qu'il ne se rappelait absolument rien de la scène du 1^{er} janvier. Il prétend que ce jour-là, dans l'après-midi, il est allé voir son fils au village de Trélesquin, à une lieue de Roudoufly, et qu'en revenant, il s'est couché. Quant au couteau dont il a frappé Yves Scignac et les autres, on ne l'a pas retrouvé. (10 janvier 1897.)

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ

Un inventeur homicide. — On lit dans le *Temps* (numéro du dimanche 14 mars 1897) : « Cette nuit, un homme de stature herculéenne arrêtait les passants attardés sur l'avenue des Terrenes et les priait d'écouter avec attention l'exposé d'un système

de ballon dirigeable dont il se disait l'inventeur. Si le promeneur manifestait quelque impatience au cours du récit, l'homme tirait un rasoir de sa poche et lui annonçait que, pour le punir de son indifférence, il allait lui couper la gorge.

« Plusieurs personnes, effrayées des menaces de cet aliéné, allèrent se plaindre au poste de police, et deux agents, nommés Valadier et Larabidie, furent chargés d'en opérer l'arrestation.

« Ce n'était pas une mission facile à remplir. L'homme, devenu furieux à la vue des gardiens de la paix, se mit à les frapper à coups de rasoir et à coups de pied. L'agent Larabidie fut grièvement blessé au ventre, son collègue reçut de nombreuses contusions et il ne fallut pas moins de six hommes pour réduire le fou à l'impuissance.

« Ce malheureux se nomme Morin et il est âgé de quarante ans. On l'a envoyé à l'infirmerie du dépôt.

« L'état du gardien Larabidie est assez grave. »

Un médecin atteint de délire de persécution. — On lit dans le *Grand Echo du Nord* :

« Depuis plusieurs mois, le bruit courait à Thumesnil que le D^r M..., qui à son cabinet médical avait adjoint une officine de produits pharmaceutiques, donnait des signes d'aliénation mentale.

« Aussi quelques clients seulement étaient-ils restés fidèles au médecin. Parmi ces derniers était M. X..., qui, il y a une dizaine de jours, se trouvant indisposé, envoya sa femme demander au docteur un médicament inoffensif. M^{me} X..., ayant conçu des doutes sur la nature de la potion délivrée, la fit analyser par un pharmacien. Celui-ci découvrit qu'on lui avait délivré un poison violent.

« Une plainte ayant été déposée au parquet, le D^r M... fut arrêté samedi matin et placé en observation à l'hôpital Saint-Sauveur, où les médecins le reconnurent atteint de la folie de la persécution.

« Le malheureux sera prochainement interné. »

Tentative d'assassinat commise par un persécuté à la Trappe de Chambarand. — On télégraphie de Grenoble au *Temps* (numéro du 24 avril 1896) :

« Un crime vient d'être commis à la Trappe de Chambarand.

« Le révérend père dom Marie-Antoine venait de dire sa messe et se rendait dans sa chambre, lorsqu'il fut accosté par un nommé Eymard, exerçant la profession de tailleur au monastère, sous le nom de frère Paul, qui se jeta sur lui sans aucune provocation et tenta de l'assommer avec une énorme pierre de un kilogramme.

« Le père prieur, frappé avec violence à la tête, tomba, baignant dans son sang.

« Eymard allait l'achever lorsque les frères Germain et Raphaël accoururent et purent arracher le prieur des mains de son agresseur.

« Le père dom Marie-Antoine a reçu les soins du D^r Roux, de Saint-Antoine.

« Eymard, son crime accompli, alla se coucher tranquillement dans sa cellule, où il fut gardé à vue par deux pères en attendant l'arrivée de la justice.

« Le parquet de Saint-Marcellin a interrogé Eymard, qui n'a manifesté d'abord aucun repentir. Il voulait assassiner le prieur, duquel il avait à se plaindre. Il ajouta qu'il était victime du prieur ainsi que des pères qui lui voulaient du mal. Il voyait des persécuteurs partout.

« Il a été arrêté cet après-midi. Les magistrats ont fait amener Eymard dans la chambre du prieur. La victime était étendue sur sa couchette, la tête enveloppée de bandelettes.

« Eymard se jeta à genoux et pleura demandant pardon au père prieur.

« Ce dernier, connu sous le nom de père Nortet, est prieur depuis trois ans. Il avait été missionnaire diocésain et directeur d'un séminaire. Il est âgé de soixante-douze ans.

« Ses blessures sont excessivement graves. Il porte à la tête, dans la région occipitale, une plaie pénétrante de 7 centimètres, dans la région pariétale une plaie de 4 centimètres, une blessure prenant sur l'arcade sourcilière au haut de la région temporale, et deux profondes blessures au sommet de la tête.

« Eymard, qui est âgé de trente-cinq ans, est originaire de la Meuse.

« Il fut employé chez les frères de Saint Jean-de-Dieu, puis à la grande trappe de Mortagne. Il fut envoyé à Chambarand en 1887. C'est un esprit sournois et il était atteint du délire de la persécution. »

TRIBUNAUX

Séquestration d'un imbécile dans sa famille. Acquittement. — On mande de Nancy au *Soleil* (numéro du jeudi 11 février 1897) :

La veuve Aubry, âgée de trente-sept ans, et le sieur Ary, âgé de trente-neuf ans, cultivateurs à Manonviller, ont comparu devant les assises sous l'inculpation de séquestration arbitraire.

Les deux accusés avaient tenu enfermée dans un réduit obscur et humide la jeune Joséphine Aubry, depuis la mort de son père.

Joséphine fut découverte au mois de mai dernier ; elle était vêtue uniquement d'une vieille chemise, elle avait une rétraction des muscles et une ankylose des articulations, et était complètement idiote. La malheureuse victime, âgée de dix-neuf ans, était presque privée de nourriture.

Les accusés nient la séquestration, ils prétendent l'avoir simplement empêchée de sortir à cause de sa simplicité d'esprit.

De nombreux témoins, notamment trois autres enfants de la veuve Aubry, déclarent que leur sœur était privée de nourriture et maltraitée.

Les défenseurs prétendent qu'il n'existe aucune preuve formelle de séquestration. Le jury a rendu un verdict d'acquiescement.

L'affaire Léauté à Dijon. — Voici, sur cette curieuse affaire, les renseignements fournis par le *Petit Temps* (numéro du 24 février 1897) :

« Il vient de se produire à la cour d'assises de la Côte-d'Or un fait qui mérite d'être signalé.

« La cour avait à juger un vieux paysan presque septuagénaire, Alexis Léauté, accusé d'avoir tué sa fille de deux coups de fusil tirés à bout portant, le 10 juillet, l'an dernier. Le motif, c'est qu'il voulait quitter sa fille et son gendre dont il se plaignait et que ceux-ci s'y opposaient.

« Au moment de son arrestation, il avait dit, en guise d'excuse : « J'étais à bout ; elle ne cessait de me battre ! » Puis, il avait changé de système. A l'audience, sa fille, à qui il avait demandé un fusil pour se suicider, lui avait sans hésitation donné cette arme. Mais, en la prenant de ses mains, il avait fait involontairement partir les deux coups, qui l'avaient atteinte dans le dos.

« Cette version était, d'ailleurs, en contradiction formelle avec les constatations médico-légales et la déclaration même de la victime, qui n'avait succombé qu'au bout d'une heure, après avoir raconté la scène à la gendarmerie accourue à la première nouvelle du meurtre.

« La fille de Léauté n'avait, du reste, pas été frappée seulement de deux coups de fusil : la tête portait les traces de blessures provenant d'une pierre avec laquelle son père avait voulu l'achever.

« La culpabilité du vieillard ne paraissait donc guère douteuse. Mais, lorsque l'affaire vint, pour la première fois devant le jury, il y a trois mois, la question de savoir si Léauté pouvait être considéré comme responsable se posa.

« Atteint de paralysie partielle, faisant au président des réponses incohérentes, il ne semblait pas jouir de toutes ses

facultés. La cour ordonna son examen mental. Mais les médecins experts le déclarèrent responsable.

« Les témoins entendus lors de la deuxième comparution qui vient d'avoir lieu ont représenté le père Léauté comme un « ivrogne invétéré », fort peu commode quand il avait bu, assommant les servantes de son gendre et de sa fille.

« Mais la fille a été, d'autre part, représentée comme peu respectueuse pour son père, et sans moralité.

« Là-dessus, sont venus deux médecins : le D^r Cordier a déclaré Léauté atteint d'une sorte de folie de la persécution. Dans sa famille, a-t-il dit, plusieurs personnes ont donné des preuves de troubles cérébraux. Tout en pouvant être considéré, jusqu'à un certain point, comme responsable de ses actes, Léauté peut très bien être enfermé dans une maison de santé.

« Tel a été aussi l'avis du D^r Lallemand, directeur de l'asile d'aliénés de Dijon :

« Léauté peut être déclaré responsable, jusqu'à un certain point seulement. Par instants, il se livre à des actes incohérents. Inoffensif presque toujours, il a des instants d'égarement ; alors il devient très dangereux. »

« Le D^r Lallemand a ajouté que Léauté pourrait très bien être admis au nombre de ses pensionnaires.

« A la suite de ces dépositions, le substitut Thuriot n'a pas cru devoir, « en son âme et conscience », requérir une condamnation. Il s'en est rapporté purement et simplement à la décision du jury.

« Mais le jury, après un quart d'heure de délibération, a rendu un verdict de culpabilité, mitigé par des circonstances atténuantes. Et la cour a condamné Léauté à huit années de réclusion. »

Le 13 mars suivant, le *Temps* publiait la note suivante que lui envoyait un correspondant de Dijon :

« Vous avez annoncé, ces jours derniers, que la cour d'assises de Dijon, vu le verdict du jury, avait condamné à huit ans de réclusion, un vieillard de soixante-neuf ans, nommé Léauté, fermier à Champignolles, accusé d'avoir tué sa fille. On sait que les médecins aliénistes avaient déclaré Léauté irresponsable et que le ministère public avait même abandonné l'accusation.

« L'avocat, M^e Guerrier, vient d'adresser au ministère de la justice une demande en revision basée sur ces faits. »

L'affaire a été, en effet, portée en cassation, et l'arrêt de cette cour, ainsi que le rapporte le même journal (numéro du 17 avril 1897), a été notifié à la cour d'appel de Dijon. Il décide que Léauté sera enfermé dans une maison de santé. Cet arrêté a été exécuté aussitôt.

FAITS DIVERS

Suicide étrange. — On écrit de Castelsarrasin (Tarn-et-Garonne) au *Temps* (numéro du jeudi 28 janvier 1897) :

« Un ouvrier nommé Justin Gillis, âgé de quarante-deux ans, a tenté de se suicider dans des conditions vraiment épouvantables. En l'absence de sa femme et à la sortie de son travail, il s'est couché tout vêtu sur son lit, à répandu sur ses vêtements une bouteille de pétrole et y a mis le feu avec une allumette. Ses cris ont donné l'alarme ; sa femme, son fils, les voisins sont accourus à son secours. On l'a roulé dans des couvertures pour éteindre l'incendie et ses vêtements ont dû être arrachés par lambeaux. On ne désespère pas de le sauver, malgré ses blessures. »

Augmentation de la criminalité juvénile et infantile en Italie. — Le président de la Cour d'assises de Bologne et celui de celle de Forli ont constaté avec tristesse, dans leur discours d'ouverture de l'année judiciaire, que la criminalité augmente chaque année dans une progression épouvantable en Italie et que les crimes sont commis maintenant, pour la plupart, par des jeunes gens et même par des enfants. A Padoue, par exemple, c'est un enfant de douze ans qui vient de tuer un autre enfant en le frappant à la tête avec un gros caillou. A Rome, c'est un jeune homme de seize ans qui éventre sa mère à coups de couteau et poignarde ensuite son père. A Florence, c'est un frère qui coupe la tête à son frère, blessé dans une tentative de vol commise de commun accord, de crainte que, survivant à la blessure que lui avait faite le propriétaire du magasin où le vol était commis, il ne le dénonçât à la justice. Dans les Romagnes, presque chaque gamin porte un couteau dans sa poche et s'en sert dans les rixes. On ne peut guère essayer de réprimer leurs actes de vandalisme sans être exposé à recevoir des coups de pierres. (Le *Temps*, numéro du mardi 2 février 1897.)

Séquestration d'un idiot dans sa famille. — On télégraphie de Dijon au *Temps* (numéro du 6 février 1897) :

« Une très grave affaire de séquestration vient d'être découverte au hameau de Massoult (Côte-d'Or). Un fermier, nommé X..., tenait séquestré un de ses enfants âgé de quinze ans et un peu idiot. Le pauvre garçon était dans un état lamentable lorsque, au cours des perquisitions, il fut découvert par les gendarmes. D'après les dispositions, cet enfant était plus maltraité que les chiens de la ferme ; on ne disait rien, parce que X... est craint dans le pays. Il a été arrêté et emmené à la prison de Châtillon. L'enquête est continuée sur place par le procureur de la République, assisté du juge d'instruction et d'un médecin.

Un assassin de douze ans. — Un enfant de douze ans, Giovanni Priori, vient de commettre un double assassinat à Taggia, petite ville de la Ligurie, voisine de San-Remo.

Priori s'aperçut que deux enfants de cinq et sept ans, les frères Conio, avaient quelques sous dans leur poche — 65 centimes en tout.

Il résolut de s'en emparer et attira les deux enfants dans la campagne. Le plus petit ayant fait mine de résister (ce qui résulte de la première enquête), Priori lui fracassa la tête à coups de pierre et jeta ensuite son cadavre dans un puits. L'aîné, épouvanté, s'était enfui vers la ville; Priori le rattrapa et engagea une lutte avec lui, ce qu'indiquent des traces de sang marquant sur plusieurs points la route; il l'acheva encore en le frappant avec une pierre.

Après s'être emparé des 65 centimes, il rentra tranquillement au village de Taggia.

La découverte des cadavres amena son arrestation; mais il commença par nier avec une habileté surprenante, et il a fallu toute l'adresse du préteur, M. Piccardi, pour lui arracher enfin des aveux.

Le trop jeune assassin a été écroué à la prison de San-Remo (là même où fut enfermé le capitaine Romani), et la police a eu fort à faire pour le garantir de la foule qui voulait l'écharper.

Le tribunal de San-Remo avait récemment acquitté Priori, l'assassin, accusé de vol. (*Le Temps*, numéro du 14 février 1897.)

CONGRÈS DE 1897

Parmi les nombreux Congrès qui se tiendront cette année, comme tous les ans, nous signalerons tout spécialement et par ordre de date les suivants qui intéressent les médecins aliénistes.

I. — DEUXIÈME CONGRÈS NATIONAL D'ASSISTANCE. — Ce congrès s'ouvrira à Rouen, le lundi 14 juin 1897, sous la présidence de M. le sénateur Th. Roussel; notre sympathique collaborateur, M. le D^r Giraud, médecin-directeur de l'asile de Saint-Yon, en est le secrétaire.

Ce Congrès se divisera en trois sections; la troisième sera consacrée aux *hôpitaux, hospices, asiles d'aliénés, assistance à domicile*; entre autres questions, elle traitera de l'assistance des épileptiques, des sociétés de patronage pour les malades sortant des asiles d'aliénés.

II. — HUITIÈME CONGRÈS ANNUEL DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES. — Le huitième Congrès annuel des Médecins aliénistes et neurologistes français s'ouvrira à Tou-

louse, le lundi 2 août 1897, sous la présidence de M. le D^r Ritti, médecin de la Maison nationale de Charenton.

Le programme comprendra :

1^o Questions mises à l'ordre du jour :

Pathologie mentale. — Diagnostic de la paralysie générale. — Rapporteur : M. le D^r Arnaud, médecin de la Maison de santé de Vanves.

Pathologie nerveuse. — L'hystérie infantile. — Rapporteur : M. le D^r Bézy, chargé du cours de clinique infantile à la Faculté de médecine de Toulouse.

Assistance des aliénés. — Organisation du service médical dans les asiles d'aliénés. — Rapporteur : M. le D^r Doutrebente, médecin directeur de l'asile de Blois.

2^o Lectures, présentations, travaux divers ;

3^o Visite de l'asile d'aliénés de la Haute-Garonne ;

4^o Assemblée générale de l'Union des Aliénistes français ;

5^o Excursions ;

6^o Impression et distribution des travaux du Congrès.

Prix de la cotisation : 20 francs. — Adresser, dès maintenant, les adhésions, les cotisations et toutes communications au secrétaire général du Congrès, M. le D^r Victor Parant, allées de Garonne, 17, Toulouse.

III. — CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE LÉGALE DE BRUXELLES (du 2 au 7 août 1897). — Ce Congrès qui se tiendra à l'occasion de l'Exposition universelle de Bruxelles et dont la Société de médecine légale de Belgique a pris l'initiative, a un programme des plus intéressants, dont nous détachons les questions suivantes qui méritent tout spécialement d'attirer l'attention des médecins aliénistes :

Législation. — 1. Les aliénés criminels et les maisons-asiles. — Rapporteur : M. de Busschere, conseiller à la Cour d'appel de Bruxelles.

2. Le secret professionnel médical devant la justice. — Rapporteurs : MM. Alfred Moreau et Smets-Mondez, avocats près la Cour d'appel de Bruxelles.

Médecine mentale. — 1. De la responsabilité, notamment de la responsabilité partielle. — Rapporteur : M. le D^r de Boeck, chargé de la clinique de psychiatrie à l'hôpital Saint-Jean, Bruxelles.

2. L'hypnotisme dans ses rapports avec la criminalité. — Rapporteur : M. le D^r Camille Moreau, docteur en sciences naturelles, médecin-légiste à Charleroi.

IV. — CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE DE MOSCOU (du 19 au 26 août 1897). *Section des maladies mentales et nerveuses.* — Le programme des questions relatives à la patholo-

gie mentale et nerveuse qui seront discutées à ce Congrès, est très chargé.

En ce qui concerne la neurologie, il sera traité successivement de la *pathologie de la cellule nerveuse*, de la *pathogénie et anatomie pathologique de la syringomyélie*, de la *pathogénie et traitement du tabes dorsalis*, du *traitement opératoire des maladies du cerveau*.

Pour les maladies mentales, le programme comprend aussi trois questions :

1° *Obsessions et idées fixes*. Rapport: *La sémiologie des obsessions et idées fixes*, par le professeur Pitres et le D^r Régis, de Bordeaux. — Communication annoncée: *Pathogénie et diagnostic des obsessions verbales et des pseudo-hallucinations*, par le D^r James Shaw, de Liverpool;

2° *Pathogénie de la paralysie générale des aliénés; délimitation de cette maladie des formes morbides voisines*. — Rapporteur: M. le professeur Binswanger, d'Iéna. — Communications annoncées: *Délimitation de la paralysie générale*, par le D^r J. Althaus, de Londres; *Nouvelles contributions sur une singulière maladie de famille sous forme de démence progressive*, par le professeur Homen, d'Helsingfors; *Pathogénie des lésions en foyer dans la paralysie générale des aliénés*, par le D^r W. Muratow, de Moscou;

3° *L'hypnotisme et la suggestion dans leurs rapports avec les maladies mentales et la médecine légale*. — Rapport: *L'hypnotisme et la suggestion dans leurs rapports avec la médecine légale et les maladies mentales*, par le prof. Bernheim, de Nancy. — Communications annoncées: *De l'application de l'hypnotisme et de la suggestion au traitement des maladies mentales*, par le D^r A. Tokarsky, de Moscou; *L'hypnotisme et la suggestion dans leurs rapports avec les maladies mentales*, par le D^r Alex. Robertson, de Glasgow; *La psychothérapie dans les différentes variétés de délire émotif*, par le D^r Gorodichze, de Paris.

4° *Communications annoncées sur d'autres sujets*. — *Chaque dégénération a-t-elle un type?* par le professeur Cesare Lombroso, de Turin; *Le délire généralisé (confusion mentale, Verwirrtheit)*, par le D^r Xavier Francotte, de Liège; *Névroses héréditaires chez les enfants*, par le D^r G.-E. Shuttleworth, de Richmond (Angleterre); *Sur l'hébéphrénie*, par le D^r J. Christian, de la Maison nationale de Charenton; *Des troubles mentaux dans la lèpre*, par le professeur Meschede, de Kœnigsberg (Prusse).

V. — CONGRÈS INTERNATIONAL DE NEUROLOGIE, DE PSYCHIATRIE, D'ÉLECTRICITÉ MÉDICALE ET D'HYPNOLOGIE A BRUXELLES (du 14 au 19 septembre 1897). — Ce Congrès

qui promet d'être des plus intéressants, a mis à son ordre du jour les questions suivantes :

a) *Neurologie*. — 1. Le traitement chirurgical de l'épilepsie. Ses indications et ses conséquences. — Rapporteur : Professeur Winkler, d'Amsterdam (Hollande).

2. Pathogénie et traitement du goitre exophtalmique. — Rapporteur : professeur Eulenburg, de Berlin (Allemagne).

3. Pathologie et séméiologie des reflexes. — Rapporteur : professeur Mendelssohn, de Saint-Pétersbourg (Russie).

4. (*Question à fixer ultérieurement.*) — Rapporteur : professeur Oppenheim, de Berlin (Allemagne).

5. Influence de l'accouchement sur les maladies nerveuses et mentales que présentent ultérieurement les enfants. — Rapporteur : professeur Anton, de Graz (Autriche-Hongrie).

6. Pathogénie de la rigidité musculaire et de la contracture dans les affections organiques du système nerveux. — Rapporteur : professeur Van Gehuchten, de Louvain (Belgique).

b) *Psychiatrie*. — 1. La valeur diagnostique des symptômes prodromaux qui précèdent de *longtemps* les manifestations de la paralysie générale. — Rapporteur : professeur Thomsen, de Bonn (Allemagne).

2. Psychoses et rêves. — Rapporteur : D^r Sante de Sanctis, de Rome (Italie).

3. Des modifications de l'image morbide de la paralysie progressive des aliénés durant les trente dernières années. — Rapporteur : professeur Mendel, de Berlin (Allemagne).

4. Des relations entre les psychoses, la dégénérescence mentale et la neurasthénie. — Rapporteur : D^r Lentz, de Tournai (Belgique).

c) *Electricité médicale*. — La valeur séméiologique des réactions électriques des muscles et des nerfs. — Rapporteur : professeur Doumer, de Lille (France).

2. La valeur thérapeutique des courants à haute fréquence. — Rapporteur : professeur Bergonié, de Bordeaux (France).

d) *Hypnologie*. — 1. La valeur thérapeutique de l'hypnotisme et de la suggestion. — Rapporteur : D^r Milne-Bramwell, de Londres (Angleterre).

2. La question des suggestions criminelles. Ses origines, son état actuel. — Rapporteur : professeur Liégeois, de Nancy (France).

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE V^e VOLUME DE LA HUITIÈME SÉRIE

PREMIÈRE PARTIE

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS

I. — Pathologie.

	PAGES
Etude sur les sensations illusoire des amputés; par le Dr A. Pitres	5 et 177
Des variétés cliniques du délire de persécution; par les Drs Th. Taty et J. Toy	20, 193 et 369
Une enquête sur le suicide. — Un genre de suicide: le suicide sans motifs (mélancolie intermittente bénigne); par le Dr Lauptz.	38
Des idées de richesses et de grandeur chez les émigrés aliénés. — Etude de pathogénie par statistique; par le Dr A. Pailhas.	50
Une forme de délire systématisé des persécutés persécuteurs: le délire de revendication; par le Dr A. Cullerre.	353

II. — Thérapeutique.

Sur le rôle du séjour au lit dans le traitement des aliénés; par le D. Al. Bernstein.	55
---	----

III. — Législation.

Contribution à l'article 8 de la loi du 30 juin 1938; par le Dr H. Bonnet	219
La loi fédérale suisse pour la protection des aliénés; par le Dr Paul Ladame.	384

IV. — Établissements d'aliénés.

Les adjudications dans les asiles d'aliénés; par le Dr Doutrebente.	228
---	-----

V. — Revue critique.

A propos de l' « Open Door ». Réponse à M. Marandon de Montyel; par le Dr J. Christian	68
Le faisceau pyramidal et la maladie de Little (van Gehuchten, Anton, Dejerine); par Jules Soury	238
Les myoclonies. Physiologie pathologique; par Jules Soury	398

DEUXIÈME PARTIE

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

I. — Société médico-psychologique.

	PAGES
<i>Séance du 26 octobre 1896.</i> — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Paul Garnier, Serge Soukhanoff, Raymond, Pitres, Bernstein, Bechholm, Roubinovitch, Durand (de Gros).	78
<i>Séance du 30 novembre 1896.</i> — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Dagonet, Luys, Rousselin, Boissier, Durand (de Gros), Paul Aubry, Pierson, Falret, Toulouse, Paul Garnier. — Rapport de M. Arnaud sur la candidature de M. F. Raymond : élection. — Rapport de M. Vallon sur la candidature de M. Pitres : élection. — Rapport de M. Roubinovitch sur la candidature de M. Bernstein : élection. — Sur la période terminale de la paralysie générale et sur la mort des paralytiques généraux : MM. Arnaud, Christian, Vallon, Charpentier, Aug. Voisin, Falret, Dupain. — Jubilé Théophile Roussel : M. Briand	79
<i>Séance du 28 décembre 1896.</i> — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Raymond, Pitres, Pailhas, Naggar, Toy, Roberto Massalongho, Miguel Bombarda, J. Voisin, Aug. Voisin. — Jubilé Théophile Roussel : MM. Charpentier, Ritti, Th. Roussel. — Election du bureau de 1897. — Rapport de M. Pactet sur la candidature de M. Bechholm; élection. — Hallucinations à caractère pénible dans le tabes dorsalis : M. Marcel Briand. — Questions et réflexions au sujet d'un cas de médecine légale en matière d'aliénation mentale : MM. Bargy, Charpentier, Paul Garnier.	264
<i>Séance du 25 janvier 1897.</i> — Installation du bureau : MM. Charpentier, Paul Garnier. — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Bechholm, Bernstein, Ziehen, Boucher. — Mémoires envoyés pour les prix à décerner en 1897. — Nomination de la commission des prix. — Rapport de la commission des finances : M. Christian. — Rapport de M. Chaslin sur la candidature de M. Toy : élection. — Rapport de M. Vallon sur la candidature de M. Pailhas : élection. — Enquête médico-psychologique sur les rapports de la supériorité intellectuelle avec la névropathie : M. Toulouse.	290
<i>Séance du 22 février 1897.</i> — Mort de M. Ch. Loiseau : MM. Garnier, Ritti. — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Pailhas, Toy, Sante de Sanctis, Beca, Boucher. — Rapport de M. Chaslin sur la candidature de M. Ziehen : élection. — Enquête médico-psychologique sur les rapports de la supériorité intellectuelle avec la névropathie (<i>suite</i>) : M. Toulouse.	422

II. — Revue des journaux de médecine.**JOURNAUX ANGLAIS (1894).**

(Anal. par le Dr PONS.)

Symptômes mentaux du myxœdème et effets du traitement thyroïdien sur ces symptômes.	100
De la mélancolie.	102
Drogues du chanvre et aliénation mentale.	104
Paralysie générale de développement.	104
Altérations neuro-musculaires dans la paralysie générale.	105

	PAGES
Accroissement prétendu de la folie	108
Folie de la période climatérique	109
Faculté musicale dans la folie	111
Trépanation dans l'épilepsie et la compression cérébrale.	115
L' « Open Door » et le traitement familial des aliénés	119
Folie de la persécution.	120
Accroissement de la folie en Irlande.	123
Conseils pour la prévention des désordres mentaux	125
Folie morale dans ses rapports avec la criminalité.	126
Nécessité d'une législation sur le suicide	127
Responsabilité criminelle des aliénés	128
Les aliénés dans les workhouses.	130
Législation des aliénés en Irlande.	130
Cas de folie avec goitre traité par l'extrait de thyroïde.	131
Pathologie de l'othématome.	132
Changements morbides dans le système nerveux cérébro-spinal des aliénés âgés.	133
Un cas de porencéphalie	135
Lésions microscopiques du cerveau des aliénés	136
Constituants normaux d'une circonvolution	138
Nouveaux aspects de la pathologie de la folie	138

JOURNAUX AMÉRICAINS (1894-1895).

(Anal. par le Dr V. PARANT.)

Cas d'hallucinations de plusieurs sens	447
L'aphasie au point de vue médico-légal	447
Céphalématome opéré chez un aliéné, période consécutive de lucidité.	447
Genèse des hallucinations, des illusions et des idées délirantes.	448
L'alcool dans la neurasthénie	448
Surveillance et protection des aliénés convalescents	448
A propos de trois cas de folie circulaire.	449
Influence de l'hérédité sur l'idiotie.	449
Cas de paralysie générale examiné relativement aux variations de la température, du pouls et de la respiration	449
Folie et phtisie, leurs transmutations et leur coexistence	450
Traitement des aliénés dans la famille	450
Hérédité morbide et prédisposition à la folie chez l'homme de génie.	452
L'alcoolisme peut être traité avec succès sans qu'il soit besoin de remèdes secrets.	452
Folie chez les enfants.	452
Traitement et prophylaxie de la folie	453
La folie devant la loi.	453
Moyens de prévenir et de guérir la folie	453
Criterium de la responsabilité dans la folie.	453
Hallucinations et illusions	453
Psydiatrie et localisations cérébrales.	453
Marques de raison dans les actes criminels des aliénés.	454
Inversion sexuelle chez la femme	454
Pupilles au point de vue de diagnostic.	455
Paranoïa morale.	456
Les progrès de la folie.	456
L'hypnotisme et la loi	457
La race humaine est-elle en dégénérescence.	457
La folie chez les nègres.	457
Modifications à apporter aux lois qui régissent les aliénés aux Etats-Unis	457

Cas de folie consécutive à l'ovariotomie.	458
Avenir du service des asiles.	458
Assistance des épileptiques	459
Enseignement de la psychiatrie dans les collèges médicaux américains.	459
Assistance des aliénés au Canada	459
Névrite périphérique consécutive à l'influenza.	459
Assistance des aliénés en Finlande.	460
La paralysie générale est-elle d'origine toxique?	460
Les rois aliénés de la Bible.	460
Trois cas de guérison de folie d'une longue durée.	460
Deux cas de tumeurs cérébrales avec autopsie.	461
Statistique de la folie dans la colonie du cap de Bonne-Espérance.	461
Bases physiques de la folie et diathèse de la folie.	461
Internement, assistance et traitement des aliénés en Amérique.	461
Traitement médical de l'épilepsie chronique	462
Physiologie pathologique de la démence paralytique	463
Observations sur l'hébétéphrénie.	464
Système du traitement des aliénés chez les particuliers, en Ecosse.	464
Rapports de l'urée et de l'épilepsie.	465
L'hypnotisme dans la psychiatrie américaine il y a cinquante ans.	465
Règles qui président actuellement au choix du personnel des asiles d'aliénés dans l'Etat de New-York.	465
Un aliéné persécuté.	465
Treize cas d'ataxie héréditaire chez l'adulte.	466
Modifications que comporte le traitement des aliénés incurables.	466
Folie alcoolique chez deux sœurs, suite de l'abus secret des alcools.	466
La folie dans ses rapports avec les troubles gynécologiques	466
La chlorobrome comme hypnotique chez les aliénés	466
Sur le sang des aliénés.	466
Influence des maladies accidentelles sur la marche de la folie.	467
Guérison d'une maladie mentale par introduction d'un faux testicule chez un individu monocryptorchide	467
Folie communiquée.	467
L'action médicale dans l'asile d'aliénés	467
Jennina Wilkinson, « l'Amie universelle »	468
Le bain pluie	468
Du régime alimentaire dans les asiles d'aliénés.	468 et 470
Mal de Bright et folie	468
Importance des troubles moteurs dans la folie.	469
Les aliénés criminels hors des Etats-Unis.	469
Délire systématisé des persécutions et alcoolisme aigu.	469
Un cas de folie morale	469
Traitement de l'épilepsie par la méthode de Flechsig.	470
Alimentation thyroïdienne dans quelques formes de trouble mental.	471
Nécessité d'un service psychiatrique dans les prisons	472

III. — Bibliographie.

Leçons sur la structure des organes du système nerveux central de l'homme et des animaux; par le D ^r L. Edinger (Anal. par J. Soury).	142
La confusion mentale primitive. Stupidité, démence aiguë, stupeur primitive; par le D ^r Ph. Chaslin (Anal. par le D ^r Camuset).	317
L'année psychologique; par H. Beaunis et Binet (Anal. par le D ^r Ph. Chaslin).	322
Psychologie de l'attention; par Th. Ribot (Anal. par le D ^r Ant. Ritti).	324
Sur la localisation subjective des hallucinations verbales psychomotrices; par le D ^r Gaëtan Angiolella (Anal. par le D ^r Nicoulau).	327

	PAGES
Douzième rapport du Comité des aliénés du Bureau de la Charité publique de l'Etat de Pensylvanie pour l'année finissant le 30 septembre 1894 (Anal. par le Dr A. Cullerre)	329
Trente-septième rapport annuel du Bureau général des « Commis-sonners in lunacy » pour l'Ecosse, 1895 (Anal. par A. Cullerre).	330
Trente-cinquième rapport annuel du directeur-médecin de l'asile d'Etat de Matteawan-New-York, 1895 (Anal. par le Dr Cullerre).	331
De l'accroissement prétendu du nombre des aliénés en Ecosse. Supplément au trente-sixième rapport du Bureau des « Commis-sonners in lunacy (Anal. par A. Cullerre)	332
Thermo-esthésies crurales. Sensations du chaud et du froid; par le prof. Silvio Venturi (Anal. par Ph. Chaslin)	332
Les limites de la psychologie; par le professeur Eugenio Tanzi (Anal. par J. Soury).	473
Revue des thèses soutenues devant la Faculté de médecine de Lyon pendant l'année 1896; par le Dr Th. Taty	482
Excitation et paralysie; par le professeur Max Verworn, d'Iéna (Anal. par J. Soury)	485
Du pronostic du ramollissement central aigu; par le Dr A. Pick (Anal. par J. Soury).	488
Dégénérescence des racines spinales et de leurs prolongements dans la moelle épinière consécutivement aux affections cérébrales; par A. Pick (Anal. par J. Soury).	490
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE	143, 333 et 491

IV. — Variétés.

Liste des membres de la Société médico-psychologique. — Nomi-nations et promotions : MM. Toulouse, Berbez, Chaussinand. — Jubilé Théophile Roussel. — Prix de l'Académie de médecine. — La lutte contre l'alcoolisme. — Les méfaits de l'alcool. — Les alié-nés en liberté. — Tribunaux. — Faits divers. — Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes. Session de Toulouse (1897).	145
Nominations et promotions : MM. Boubila, Belletrud, Journiac, Tre-nel, Guillemain, Boudrie, Vigouroux, Jalabert, Bransoulié, An-glade. — Nécrologie : Ch. Loiseau. — Martyrologe de la psychia-trie (<i>suite</i>). — Prix de l'Académie des sciences. — Epidémie de folie religieuse au Brésil. — Cas de folie religieuse à deux. — Les aliénés en liberté. — Tribunaux. — Faits divers. — Prix de la Société médico-psychologique (1898).	336
Nominations et promotions : MM. Blin, Adam, Brunet, Homery, Meilhon, Maunier, Rey, Chambard, Dubourieu, Martinenq, Pil-leyre, Sérieux, Toulouse, Broquère, Febvré, Pain. — Séance so-lennelle de la Société médico-psychologique. — Prix de l'Acadé-mie de médecine. — La lutte contre l'alcoolisme (<i>suite</i>). — Les méfaits d' l'alcool (<i>suite</i>). — Les aliénés en liberté. — Tribu-naux. — Faits divers. — Congrès de 1897 : 1 ^o Deuxième Con-grès national d'assistance à Rouen; 2 ^o Huitième Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes, à Toulouse; 3 ^o Congrès international de médecine légale à Bruxelles; 4 ^o Congrès inter-national de médecine de Moscou. Section des maladies mentales et nerveuses; 5 ^o Congrès international de neurologie, de psychiatrie, d'électricité médicale et d'hypnologie, à Bruxelles .	495
Table des matières du tome V de la 8 ^e série	524

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.