Bibliothèque numérique

medic@

Annales médico-psychologiques

n° 10. - Paris: Masson, 1899.
Cote : 90152, 1899, n° 10

BIUM

(c) Bibliothèque interuniversitaire de médecine (Paris)
Adresse permanente : http://www.bium.univ-paris5.fr/histmed/medica/cote?90152x1899x10

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

©BIUM

©BIUM

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



FONDATEUR

Dr J. BAILLARGER

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

RÉDACTEUR EN CHEF

Dr ANT. RITTI

Médecin de la Maison nationale de Charenton.

—

HUITIÈME SÉRIE — TOME DIXIÈME

CINQUANTE-SEPTIÈME ANNÉE

90152

PARIS

MASSON ET Cie, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

—

1899

©BIUM

©BIUM

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



Pathologie

DE LA DÉMENCE PRÉCOCE DES JEUNES GENS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'HÉBÉPHRÉNIE

Par le Dr J. CHRISTIAN
Médecin de la Maison nationale de Charenton.

Suite (1)

II. — *Causes occasionnelles.*

Daraszkiewicz fait la remarque que, dans l'étiologie de la démence précoce, il n'a trouvé aucune des causes *morales* si souvent invoquées pour expliquer les aliénations mentales graves chez les individus bien portants (rüstigen). Quand, dit-il, on note chez ces jeunes malades quelques-uns de ces troubles moraux (chagrins, amour

(1) Voir les *Annales* de janvier-février, mars-avril et mai-juin 1899.

©BIUM

contrarié, jalousie, etc.), ce sont des réactions maladives de l'individu, dues à des causes insignifiantes, et non pas des causes de la maladie. Je partage entièrement cette manière de voir; mais, par contre, je crois que les causes *physiques* jouent un rôle important. Ces causes physiques sont d'apparence très diverse, mais elles ont un caractère commun : elles sont débilitantes, elles affaiblissent, elles épuisent le système nerveux. Aussi bien la démence précoce mérite-t-elle d'être rangée parmi les *psychoses par épuisement*, si bien décrites par Binswanger, d'Iéna (1). On en jugera par les observations suivantes, dans lesquelles je me suis efforcé de dégager cette étiologie.

a) *Onanisme.* — Nous ne sommes plus au temps de Tissot, où l'onanisme était regardé comme le grand coupable, où on lui attribuait à peu près tous les maux qui affligent les jeunes gens. Cependant, aujourd'hui encore, c'est une des causes que l'on invoque le plus volontiers. Il me semble qu'on en exagère l'influence. Assurément, je ne songe pas à exonérer les pratiques solitaires de toute action fâcheuse. Mais, comme j'ai essayé de l'établir ailleurs (2), l'onanisme est une pratique si commune qu'elle ne saurait être aussi nuisible que tend à le faire croire un préjugé trop répandu : ce n'est qu'exceptionnellement que l'onanisme devient facteur principal de la maladie.

Car il y a deux catégories à établir : chez les uns, et c'est de beaucoup le plus grand nombre, la pratique de la masturbation est rare, accidentelle, passagère; il n'y a pas lieu d'en tenir un grand compte. D'autres, infiniment plus rares, se livrent aux pratiques solitaires

(1) O. Binswanger, d'Iéna. Erschœpfüngspsychosen, in *Berlin. klin. Wochenschrift*, juin 1897.

(2) J. Christian, art. *Onanisme* du Diction. de Dechambre.

©BIUM

avec une véritable fureur, et sans que rien puisse les retenir. Pour ces derniers, il faut se demander si leur funeste passion n'est pas déjà un symptôme de maladie, symptôme d'autant plus grave qu'il augmente l'épuisement nerveux et hâte la déchéance intellectuelle.

Obs. XVII. — *Hérédité. — Enfance intelligente, aptitudes artistiques. — Fracture de cuisse à l'âge de quinze ans. — Onanisme. — Démence.*

La mère du malade est morte à Charenton. Son père, s'étant remarié, mourut peu de temps après, et H..., enfant, se trouva à peu près abandonné.

Une tante le recueillit et lui tint lieu de mère. Comme il avait des aptitudes brillantes pour le dessin, elle le plaça dans une école professionnelle, où il se montra vite hors de pair.

A l'âge de quinze ans, fracture accidentelle de la cuisse, qui le retint au lit pendant près de deux mois. C'est dans cette période que H... contracta des habitudes d'onanisme, auxquelles il s'abandonna d'une façon effrénée. Quand la fracture fut guérie, on remarqua que son caractère, naturellement triste et sérieux, s'était encore assombri, que son goût pour le travail avait disparu, et qu'on ne pouvait plus obtenir de lui aucune application. Il ne voulait plus se lever ni voir personne; il refusait même de manger. Placé dans une maison de santé, il en sortit amélioré au bout de deux mois; mais presque aussitôt il fallut le réintégrer. Tel était alors son état de démence, que, dans l'asile où on le fit entrer, il fut d'emblée placé dans le quartier des idiots, dont il imita rapidement les tics et les grimaces. Retiré de là, et conduit à Charenton, il y végéta pendant plusieurs années. Les habitudes d'onanisme avaient cessé. Il finit par être transféré à Sainte-Anne.

On remarquait chez H... une asymétrie cranienne très accentuée; sa verge était volumineuse, et elle le paraissait d'autant plus que le malade lui-même était de petite taille et très maigre.

On voit que, chez H..., tout en faisant, dans l'étiologie, la part de l'onanisme aussi grande que possible, il faut aussi tenir un grand compte de l'hérédité.

©BIUM

Obs. XVIII. — *Pas d'hérédité. — Intelligence brillante jusqu'à quinze ans. — Santé délicate. — Onanisme. — Démence.*

A... était malade depuis plusieurs années, quand il entre, en janvier 1891, âgé de vingt-trois ans. C'est un grand jeune homme blond, bien développé, qui ne présente d'autre anomalie physique que d'avoir les oreilles mal ourlées et écartées du crâne. On nie toute hérédité. Les parents vivent et sont bien portants; mais la mère est peu intelligente, très nerveuse; le père paraît être d'un caractère faible; une sœur, plus âgée, est excellente musicienne, mais nerveuse comme la mère.

Le passé pathologique de notre malade est très chargé : à trois ans, rougeole, avec accidents méningitiques (!); à quatre ans, fracture de l'avant-bras; à douze ans, fracture de la clavicule; à quinze ans, fracture du bras. Dans l'intervalle, plusieurs bronchites. A l'âge de quinze ans, A... grandit beaucoup; c'est alors qu'il a commencé à se masturber. Jusque-là il avait été un brillant élève dans un lycée de Paris, tenant le premier rang dans sa classe, et montrant une aptitude remarquable pour les langues, et surtout le grec. Il avait passé la première partie du baccalauréat en se jouant, avec une dispense d'âge : mais ce fut tout. Survinrent des maux de tête, de l'insomnie, une insurmontable paresse; il devint capricieux, difficile, prompt à la colère; il manifesta pour les siens un éloignement de plus en plus marqué. Il se livrait à la masturbation avec une véritable fureur. Comme sa famille, persuadée que là était la cause principale de son état maladif, cherchait, par tous les moyens, et surtout par une surveillance de tous les instants, à l'empêcher d'assouvir sa passion, il entrait dans des colères terribles, brisait les meubles, frappait sa mère et sa sœur. Souvent il quittait la maison, errait à l'aventure des journées entières, ne rentrait même pas la nuit. Plus d'une fois la police le ramassa, endormi sur un banc des boulevards extérieurs. Il fallut enfin le séquestrer.

A son entrée, A... est déjà en complète démence; il ne parle pas, rit niaisement; de temps en temps, il prononce quelques paroles sans suite. Il est d'une malpropreté révoltante, crache partout, frotte sa salive sur ses vêtements, se barbouille avec son urine et ses matières fécales, se roule par terre, met en pièces ses habits, sa literie. Il ne veut pas voir les siens,

©BIUM

frappe sa mère et sa sœur, quand elles s'approchent de lui, mais dévore les friandises qu'elles lui apportent, tandis qu'il refuse obstinément le régime de la maison. Très amaigri, il a conservé ses habitudes d'onanisme, auxquelles il se laisse aller sans aucune retenue. Pendant les deux ans que je l'ai eu dans mon service, je n'ai constaté aucun changement. Retiré par sa famille, il est mort quelques mois après, de phtisie pulmonaire.

Ici, comme dans l'observation précédente, l'onanisme était devenu une passion maladive, obsédante, telle que rien n'a pu en triompher. Il a agi comme cause débilitante, et son action a été d'autant plus nocive que notre malade avait une constitution plus faible; cette faiblesse de constitution est attestée par les nombreux accidents pathologiques qui ont traversé son existence, et notamment par la fréquence des fractures dans son jeune âge.

C'est encore comme débilitantes qu'interviennent les autres causes que je vais examiner. Il serait oiseux de les étudier séparément, et d'ailleurs, il est bien rare, ou même il n'arrive jamais, que l'une ou l'autre agisse isolément. Elles combinent leurs effets, et il en résulte cet état complexe, auquel je crois que l'on peut donner le nom de *surmenage*. C'est, en effet, le surmenage qui me paraît être le grand facteur de la démence précoce.

b) *Surmenage*. — D'une façon générale, il y a surmenage chaque fois que l'on demande à un organe plus qu'il ne peut donner, quelle que soit d'ailleurs la cause de cette insuffisance, qu'elle réside dans l'organe lui-même, ou au contraire qu'elle tienne à des circonstances extérieures. Ce n'est pas la somme de travail plus ou moins considérable que l'on exige de l'organe, qui, à elle seule, constitue le surmenage; celui-ci tient uniquement au défaut de rapport qu'il y a entre ce travail, et, si je puis dire, la *capacité de rendement* de l'organe. C'est ce qu'Esquirol exprimait en quelques mots dans

©BIUM

le passage cité plus haut : « l'activité n'étant pas en rapport avec les forces physiques ».

Quand on parle de surmenage cérébral chez les enfants, — et c'est de celui-ci qu'il s'agit ici, — on songe instinctivement à ceux que l'on pousse vers les grandes écoles, et notamment l'École polytechnique. C'est une erreur, ce n'est pas parmi eux que se recrutent les hébéphréniques, sinon d'une façon exceptionnelle. La raison en est simple : les seuls enfants qui poursuivent ce but sont ceux qui, dès leurs premières années, ont montré des aptitudes telles qu'ils ont pu, sans fatigue, se livrer aux études de plus en plus difficiles qui leur étaient imposées. Les autres ont dû s'arrêter dès les premiers pas, et chercher une autre voie : « Ceux qui ne sont pas taillés pour la course, disait, dans son langage pittoresque, Colin, d'Alfort, doivent se contenter de marcher (1). »

Un cerveau bien conformé, sagement entraîné depuis l'enfance, peut, sans peine, suffire à un travail considérable et prolongé, pourvu que les conditions physiques ne laissent rien à désirer. Le surmenage cérébral est surtout fréquent et à craindre chez les enfants de la campagne, faits pour vivre au grand air et cultiver leurs champs, et qu'une ambition mal entendue transplante dans les villes et pousse vers les études : j'en citerai des exemples.

Les 104 jeunes gens dont j'ai recueilli l'histoire se répartissent en deux groupes : le premier comprenant tous ceux qui n'ont reçu que l'instruction primaire, ils sont au nombre de 56 ; le second renfermant les 48 autres, ayant tous commencé ou achevé leurs études.

Sur ces 104 jeunes gens, il n'en est que 9 dont l'intelligence a été donnée comme médiocre, pas assez

(1) *Bull. de l'Acad. de médecine*, 1887, t. XVIII.

©BIUM

cependant pour empêcher les études primaires. En général l'intelligence était ordinaire : dans 23 cas elle s'accompagnait même de facultés remarquables, pour la musique (3), pour la peinture (2), pour la poésie (2), pour les langues (3), etc. Un de mes malades avait montré des dispositions si heureuses qu'une institution de Paris avait proposé de le prendre comme interne et de terminer, à ses frais, son éducation (1).

Dans le groupe de ceux qui n'ont fait que leurs études primaires, je note deux instituteurs, un élève de l'école des Arts et Métiers (premier de sa promotion), 8 employés de commerce ou de banque, 5 employés d'administration; les autres n'avaient pas encore embrassé une carrière.

Parmi les 48 du second groupe, 10 étaient bacheliers, et se préparaient, soit à l'Ecole polytechnique, soit à l'Ecole normale supérieure, 1 à l'Ecole navale; 4 étaient étudiants en médecine, 4 en droit, 1 en théologie protestante, 3 avaient été reçus à l'Ecole polytechnique, 1 à l'Ecole centrale, 1 à l'Ecole des chartes. On compte en outre 1 avocat, 2 architectes, 5 employés de l'enregistrement, 2 élèves des Beaux-Arts, dont l'un avait remporté des prix et l'autre se préparait à concourir pour le prix de Rome.

Tout cela dénote une moyenne intellectuelle satisfaisante ; aucun de mes malades ne saurait être considéré comme étant né avec une débilité mentale qui se serait simplement aggravée à la puberté. Si chez eux il y a eu surmenage, ce n'est pas qu'on ait imposé à leur cerveau

(1) Je rappelle ici la statistique d'Aschaffenburg, que j'ai donnée plus haut; nos chiffres diffèrent notablement. Ainsi, d'après Aschaffenburg, sur 100 hébéphréniques hommes, il y en a 27 p. 100 d'intelligence moyenne ; j'en ai trouvé au contraire 69 p. 100. 55 p. 100 étaient bons (A.); dans ma statistique il n'y en a que 22 p. 100. Enfin 18 p. 100 étaient médiocres (A); des miens il n'y en avait que 8 p. 100.

©BIUM

un effort exagéré, mais c'est qu'on demandait à l'enfant plus qu'il ne pouvait donner, soit qu'il y eût une insuffisance constitutionnelle (héréditaire ou acquise), soit qu'il ait été soumis à des causes accidentelles de faiblesse, d'épuisement (alimentation insuffisante comme qualité ou comme quantité ; maladie incidente, infectieuse ou autre ; onanisme ; fatigues physiques exagérées, etc.) ; le résultat est toujours le même, l'usure cérébrale, la démence. J'ai rapporté quelques faits dans lesquels l'onanisme m'a paru être le facteur principal. Voici des observations dont les conditions étiologiques ont été différentes.

On se rappelle que Morel, dans ses *Études cliniques* (1), parle d'individus qui, jeunes encore, étaient tombés dans le dernier degré de l'imbécillité et de la démence. C'étaient ordinairement, dit-il, des jeunes gens de la campagne, chez lesquels on avait pu remarquer des dispositions pour faire ce que l'on appelle leurs *études*. Je crois bien que les observations suivantes rentrent dans cette catégorie.

Obs. XIX. — *Pas d'hérédité. — Instituteur, fatigues professionnelles. — Scarlatine. — Délire dans la convalescence. — Démence.*

P... est fils unique de fermiers aisés, qui voulurent en faire un instituteur, « afin de lui éviter le service militaire » (c'était sous l'ancienne législation). Des préoccupations de même ordre décidèrent son mariage, à l'âge de vingt et un ans, avec une cousine germaine, également fille unique. Il n'existe aucune hérédité.

P... devint donc instituteur, et, pour son début, fut placé dans un village assez éloigné de celui où demeuraient ses parents, et où il se déplaisait. Il avait une classe de cinquante élèves, qui le fatiguait beaucoup. Sur ces entrefaites, il prit la

(1) *Etudes cliniques*, I, p. 94.

©BIUM

scarlatine, qui fut très bénigne. Il paraissait rétabli, quand il eut des idées de persécution, disant qu'on lui en voulait, qu'il avait des ennemis dans le village et qu'on l'avait dénoncé à l'inspecteur; il se plaignait de violents maux de tête. Un jour il eut une crise violente (hystériforme?); il se jeta par terre, en poussant de grands cris, agitant les membres et se roulant dans la chambre. Porté sur son lit, il s'agite davantage, continue à crier et veut étrangler sa femme. Quelques jours après on le conduit à Charenton, où son état paraît d'abord s'améliorer; mais ce mieux ne fut que passager. P... tomba rapidement dans une complète déchéance intellectuelle : inerte, indifférent, malpropre, il avait des crises d'agitation soudaine, pendant lesquelles il mettait ses vêtements en lambeaux et brisait tout à sa portée. A la longue, ces crises devinrent plus rares; P..., complètement dément, fut transféré dans un asile de province. C'était un grand jeune homme, brun, vigoureusement bâti, et ne portant aucune trace de dégénérescence.

Est-il téméraire de supposer que, si ce jeune homme, au lieu de se livrer aux études, était resté paysan comme ses parents, il eût échappé à la démence qui le guettait à vingt-deux ans ?

Le cas suivant n'est-il pas, lui aussi, un exemple de surmenage ?

Obs. XX. — *Hérédité. — Dans l'enfance, aptitudes pour les sciences. — Reçu à l'École polytechnique. — Démence.*

P... est né dans une famille de condition modeste, dans laquelle on compte plusieurs aliénés, notamment un grand-oncle. Malheureusement pour lui, il montra, dès l'enfance, des aptitudes pour les sciences et surtout les mathématiques, et il fut décidé qu'il se présenterait à l'École polytechnique. Il y fut reçu à l'âge de vingt ans; mais, entre le moment de l'admission et celui de l'entrée, éclata un premier accès de folie, qui fut court, mais bientôt suivi d'accès semblables. L'intelligence baissa graduellement. Après des séjours prolongés dans différents asiles, P... est venu échouer à Charenton en 1889; il y végète depuis cette époque, indifférent à tout, ne sortant de temps en temps de sa torpeur que pour mettre en pièces ses vêtements.

©BIUM

Je pourrais citer encore un pauvre garçon, fils de paysans lorrains, resté orphelin à seize ans, et recueilli dans une institution des frères des Écoles chrétiennes. Son enfance s'était écoulée à la campagne ; son intelligence était ordinaire, et, jusque-là, elle avait été peu cultivée. On le mit au noviciat et il commença ses études : au bout de quelques mois d'efforts, maux de tête persistants, préoccupations hypocondriaques, mysticisme, tentative de suicide. La démence arriva vite ; elle était complète, quand, après quelques essais de traitement, on le ramena dans son pays natal.

Voici maintenant un malade chez lequel l'étiologie est plus complexe.

Obs. XXI. — *Hérédité névropathique. — Accidents urinaires. Paraplégie. — Délire maniaque, excès alcooliques. — Démence rapide.*

H... est petit-fils, par sa mère, d'un très illustre architecte. La mère, très nerveuse, est morte, subitement, d'angine de poitrine (?). Il a fait de bonnes études, est devenu bachelier et a suivi avec succès les cours de l'Ecole des Beaux-Arts. Il y a quatre ans, il avait alors vingt et un ans, à la suite de travaux longuement prolongés dans une église froide et humide, dont il surveillait la restauration, il fut atteint de paraplégie : il avait à ce moment une blennorragie qu'il soignait mal. Il se produisit des accidents graves du côté de la vessie, des abcès de la prostate. Les symptômes de paraplégie s'amendèrent assez rapidement, mais sans disparaître complètement ; l'intelligence se troubla, il y eut des crises d'agitation fréquente ; il se mit à boire. Quand on l'amena à Charenton, il présentait des symptômes d'alcoolisme qui s'étaient surajoutés aux troubles cérébraux déjà existants. Quelques mois de traitement produisirent une amélioration telle que la famille essaya de le reprendre : elle ne put le garder que quelques jours. L'intelligence s'affaiblit vite ; de nouveaux accidents urinaires vinrent aggraver la situation, et H..., en complète démence, succomba, moins d'une année après son second internement.

Chez ce jeune homme, exempt de toute tare physique,

©BIUM

il faut noter, outre l'hérédité nerveuse du côté maternel, une affection grave intercurrente, un travail exagéré et longtemps continué dans les plus mauvaises conditions hygiéniques ; c'est à cet ensemble de causes, essentiellement débilitantes, que l'intelligence n'a pu résister.

O. Binswanger, dont j'ai cité le travail plus haut, a observé ses *Psychoses par épuisement* chez des jeunes gens, garçons ou filles, encore dans leur période de développement. Ces jeunes gens, apprentis boulangers, serruriers, maçons, garçons de ferme, servantes, etc., astreints d'une façon habituelle à un travail considérable, n'ayant que des heures de sommeil insuffisantes, et une nourriture trop peu réparatrice, finissent, après des troubles psychiques variés, par tomber dans cet état de complet épuisement cérébral dont la démence précoce me paraît être le type.

Je n'ai pas eu l'occasion d'observer des malades de cette catégorie ; mais j'ai été frappé de ce fait, que beaucoup de mes hébéphréniques (j'en ai compté seize) ont présenté les premiers symptômes pendant et aussitôt après leur service militaire, quelquefois après les grandes manœuvres ou après une campagne aux colonies. N'est-il pas permis de supposer que des jeunes gens, non habitués depuis leur enfance aux fatigues corporelles, sont victimes d'un véritable *surmenage physique* quand, placés tout d'un coup dans les conditions de la vie militaire, ils sont obligés ds supporter des efforts auxquels leur existence antérieure ne les avait pas préparés ? Chez le jeune élève de l'École centrale, obs. XI, la maladie n'a éclaté qu'après son année de service militaire.

Dans l'observation suivante, la maladie a débuté pendant le volontariat.

©BIUM

Obs. XXII. — *Pas d'hérédité ni de maladies antérieures. — Premiers symptômes pendant le volontariat. — Impulsions violentes. — Démence complète.*

M... a suivi les cours du lycée jusqu'au baccalauréat, auquel il échoua; mais il subit avec succès l'examen de volontariat et commença aussitôt son année de service militaire. Jamais il n'avait fait de maladie sérieuse. Ses parents vivent et sont bien portants, sauf que la mère est très nerveuse. Un frère et une sœur, mariés, ont des enfants ; ils sont tous d'une bonne santé. M... est grand, bien développé, sans tare de dégénérescence. Les premiers symptômes apparurent après quelques mois de séjour au régiment : activité physique et intellectuelle diminuée, sentiment de fatigue, de lassitude ; idées bizarres, préoccupations hypocondriaques ; il y eut même quelques hallucinations de l'ouïe et de la vue : il prétendait avoir vu une « Dame blanche » qui lui avait dit de la suivre. (Je n'ai pu savoir si le jeune homme avait fait des excès, notamment d'alcool.) Avec des alternatives de mieux et de plus mal, des congés de convalescence fréquents, il arriva au bout de son année et rentra dans sa famille, qui essaya de l'occuper, en le plaçant comme commis chez un agent d'assurances. Il n'y put rester ; son état s'empira rapidement, et il fut amené à Charenton dans un état de stupeur presque complète. N'écoutant rien, ne parlant pas, ne prenant aucun soin de sa personne, il paraît étranger à ce qui se passe autour de lui, et reste quelquefois des heures entières, debout dans un coin, de préférence derrière une porte ; il paraît écouter des voix qui sortent du mur, et le jeu de sa physionomie indique l'attention profonde qu'il leur prête. Quand on le fait marcher, il va droit devant lui; s'il rencontre un obstacle (table, chaise), il le renverse. S'il ne peut le renverser (mur arbre), il s'arrête et piétine indéfiniment sur place. On le voit tout d'un coup, et sans motif, devenir violent, et frapper autour de lui, au hasard, à coups de pied et coups de poing, déchirer ses habits, lancer au loin ses chaussures. Un jour il se précipite tête baissée dans une porte vitrée, passe au travers, et va tomber sur un piano placé dans la pièce ; il en fut quitte pour quelques égratignures. M... avait vingt-deux ans au moment de son entrée, en 1880 ; depuis, la démence est devenue complète. Mais le malade conserve des tendances à la violence ; il lance volontiers un coup de pied à quiconque passe près de lui.

©BIUM

Le cas suivant est beaucoup plus compliqué, car il s'agit d'un jeune homme né en 1871, l'année de la guerre et de la Commune, entaché d'une prédisposition héréditaire, placé en un mot dans les conditions les plus défavorables : je crois, néanmoins, que le service militaire auquel il a été astreint a puissamment contribué à faire éclater le mal : qu'on en juge.

Obs. XXIII. — P... est né en décembre 1871, d'un père épileptique et d'une mère phtisique, tous deux morts peu après sa naissance. P... fut élevé par une parente. Le développement fut normal ; aucune maladie grave dans l'enfance. Ce qui prouve d'ailleurs la vigueur et la bonne constitution du jeune homme, c'est qu'il fut enrôlé dans les cuirassiers, quand vint pour lui l'âge du service militaire. Il s'y plia difficilement, d'autant plus qu'il avait une terreur instinctive du cheval, et qu'il avait sollicité, mais en vain, de servir dans l'infanterie. Au bout de quelques mois, accès de manie, avec bouffées ambitieuses : il se disait le « fils du Czar ». L'intelligence faiblit rapidement, et, quand du Val-de-Grâce il fut transféré à Charenton, il était en complète démence. Avant sa maladie, il s'était montré assez capable et travailleur, car il avait concouru avec succès pour les postes et télégraphes.

Obs. XXIV. — B... est également tombé malade pendant qu'il faisait son service militaire. Fils unique de parents de condition très modeste, il a reçu l'instruction primaire, mais a su acquérir sur le piano un remarquable talent d'exécutant. Sa santé a toujours été bonne ; à l'âge de sept ans il a fait une chute du haut d'un escalier, mais il ne paraît en avoir éprouvé aucun effet fâcheux. Comme soldat, il a eu d'abord de la nostalgie ; pour aller chez ses parents, il se fabriquait de fausses permissions, commettait toutes sortes d'actes d'indiscipline. L'intelligence a rapidement baissé ; B... est devenu inerte, indifférent, malpropre. De son passé, il ne lui reste que son talent de pianiste, encore bien diminué.

Obs. XXV. — L. D..., soldat d'infanterie, est devenu malade aussitôt après les grandes manœuvres. A l'âge de six ans, il aurait eu des convulsions (?).

A ces éléments étiologiques, communs en somme à tous les militaires, s'en ajoutent d'autres chez les jeunes

©BIUM

gens qui ont fait des séjours prolongés et des campagnes aux colonies, au Tonkin, au Sénégal, etc. ; qui s'y sont profondément anémiés, et souvent y ont contracté les fièvres ou la dysenterie.

Obs. XXVI. — D..., sergent d'infanterie de marine, âgé de vingt-deux ans au moment de son admission, a passé vingt-huit mois au Tonkin, où il a eu pendant trois mois les fièvres paludéennes : le délire est survenu dans la convalescence. Il y a quelques aliénés dans la famille de sa mère ; mais celle-ci, pas plus que le père et les frères et sœurs, n'a jamais présenté aucun trouble cérébral. D... est tantôt apathique, indifférent, tantôt excité, agressif, violent. Il a quelquefois des idées de persécution, ou des idées religieuses (il veut se faire missionnaire chez les Muongs) ; son intelligence était très affaiblie quand, après un séjour de dix-huit mois, il fut transféré à Sainte-Anne.

Obs. XXVII. — O..., soldat d'infanterie de marine, est revenu dément du Tonkin. Il y aurait eu les fièvres et une insolation (?). Pas d'aliénés dans sa famille (1).

Pour compléter le chapitre de l'étiologie, il resterait à rechercher s'il y a quelque chose de spécial dans le sexe féminin ; si notamment les troubles de la menstruation jouent le rôle considérable que l'on est généralement tenté de leur attribuer.

Je ne puis que répéter ce que j'ai dit plus haut. Les troubles de la menstruation n'existent pas toujours, tant s'en faut ; et, quand ils existent, ils ne sont pas la cause du trouble mental, ils tiennent eux-mêmes à des troubles de la santé physique. J'ai pu observer, dans le ser-

(1) On peut se demander s'il ne faut pas faire jouer un rôle étiologique aux phénomènes d'*auto-intoxication* qui se produisent chez les jeunes gens atteints de fièvres infectieuses, dysenterie, etc., si fréquentes dans les colonies. On peut le supposer également chez ceux qui ont eu des fièvres typhoïdes, des fièvres éruptives, etc. La question est encore à l'étude. Voir Régis et Chevalier Lavaure, Congrès de La Rochelle, 1893 ; Régis, Mém. couronné par la Soc. méd.-psychol., 1898 (inédit).

©BIUM

vice de mon collègue Ritti, plusieurs jeunes filles atteintes de démence précoce ; elles étaient très normalement réglées. Chez elles aussi, l'hébéphrénie paraissait due aux mêmes causes générales que chez les garçons : le surmenage sous toutes ses formes. C'est surtout chez celles qui ont passé des examens, qui ont conquis des brevets, qui ensuite ont été soumises aux fatigues de l'enseignement, ou d'une profession astreignante, comme les postes, les télégraphes, les téléphones, que la démence précoce a chance d'apparaître. J'en rapporte ici quelques exemples que je dois à l'obligeance de mon collègue Ritti, et qui concernent des malades de son service.

Obs. XXVIII. — *Mère aliénée. — Convulsions dans l'enfance. — Intelligence brillante jusqu'à vingt ans. — Mélancolie. — Démence.*

Mlle Eugénie entre à la Maison nationale de Charenton, le 20 octobre 1880, à l'âge de vingt ans. Elle n'a d'autres antécédents pathologiques que des convulsions qu'elle eut à deux reprises, à l'âge de deux ans et de cinq ans. Son développement physique et intellectuel a été normal. Elle reçut une instruction étendue qui lui permit de passer brillamment ses examens à l'Hôtel de Ville. Les fatigues et les émotions qui accompagnent toujours ces épreuves, ni le travail auquel elle s'était livrée pour pouvoir les subir, n'altérèrent sa santé, lorsque sa mère tomba malade et dut être conduite dans une maison de santé. (Elle fut transférée peu après à Charenton, présentant les symptômes d'une manie chronique avec idées érotiques et de persécution, etc.) Peu de jours après, Mlle Eugénie fut prise d'une profonde tristesse avec insomnie complète, refus d'alimentation, craintes imaginaires : « elle va mourir, son père va mourir » ; hallucinations de la vue : sa mère lui est apparue sous l'aspect d'un fantôme ; idées de suicide : elle veut se jeter par la fenêtre pour échapper à la mort.

Cet état mental, qu'elle présentait à son entrée, alternait avec des périodes de surexcitation ; mais ce qui prédominait surtout dans son délire, c'était l'idée de la mort ; elle rêvait de cada-

©BIUM

vres, voyait des cercueils, etc. Elle cherchait à s'étrangler avec son mouchoir, ou bien poursuivait d'autres malades pour leur passer son mouchoir autour du cou.

Puis, elle tomba dans un état de stupeur avec paroxysmes d'agitation, impulsions violentes à la destruction, ne manifestant plus que de loin en loin quelques lueurs de raison. Peu à peu, elle devint absolument incapable de se diriger, de s'habiller et de se déshabiller; plus de tenue, gâtisme, etc.

Cette déchéance, qui remonte à plus de dix ans, fait ressembler cette malade à une véritable idiote: à la voir aujourd'hui, assise, immobile sur un banc, les lèvres entr'ouvertes et laissant écouler la salive, tantôt riant aux éclats et se frappant les fesses, tantôt l'air furieux et se donnant des coups de poing sur la tête, ne manifestant aucun autre signe d'activité intellectuelle que quelques paroles décousues, mangeant malproprement et goulûment, ne pouvant faire en quelque sorte aucun acte de la vie sans qu'on s'occupe d'elle, on ne peut s'empêcher de penser à l'idiotie, mais c'est une idiotie acquise.

La menstruation n'a pas cessé d'être régulière.

Obs. XXIX. — *Stigmates physiques de dégénérescence. — Surmenage intellectuel. — Dépression mélancolique. — Démence.*

Mlle Thérèse, entrée le 27 mai 1893, âgée de vingt ans, a toujours été excessivement nerveuse, comme sa mère, qui est morte en couches en mettant au monde la malade. Elle n'a pas eu d'autre incident pathologique que la rougeole. Stigmates physiques de dégénérescence: prognathisme des deux mâchoires, pas de lobule de l'oreille.

Elle est restée en pension jusqu'à seize ans et a passé ensuite avec succès l'examen du brevet élémentaire. Pour arriver à ce résultat, elle se serait surmenée. Son père, qui était boucher, voulut ensuite la mettre à la caisse; mais il paraît qu'elle ne goûtait guère ce genre d'occupation; elle préférait la musique. A cette époque, on s'aperçut que son caractère changeait; elle devint d'une extrême irritabilité, tenait tête à son père; puis un beau jour, huit mois avant son entrée, elle ne voulut plus sortir de sa chambre, s'y enfermant la nuit et passant sa journée à couper du papier: cette manière de faire dura bien un mois. Mais cet état s'étant aggravé par suite d'un refus complet d'aliments, il fallut recourir à la séquestration.

©BIUM

Mlle Thérèse présentait à son entrée les symptômes suivants : dépression mélancolique, mutisme complet, résistance à tout, mauvaise tenue, refus d'alimentation, insomnie. Elle semblait écouter des voix et murmurait quelques paroles entre ses dents.

Jamais il n'a été possible de lui faire faire le moindre travail; et aujourd'hui, après six ans, elle ne présente aucune modification dans son état mental. Toujours même mutisme; jamais elle ne répond aux questions qu'on lui fait; elle parle seule, et, de temps à autre, rit aux éclats. Elle a des mouvements quasi-automatiques : ainsi, elle se livre à des sauts subits sur sa chaise, ou bien elle se lève d'un mouvement précipité et se rassied aussitôt. Elle a mauvaise tenue, est incapable de s'habiller seule et de se débarbouiller, déchire souvent ses effets; elle mange gloutonnement et gâte parfois. Elle qui savait bien la musique, ne peut plus jouer quelques mesures qui se suivent lorsqu'on l'assied au piano.

La menstruation est assez irrégulière : ainsi, depuis le commencement de 1899, elle a été réglée : du 21 au 25 janvier ; puis seulement de nouveau du 13 au 16 mars; les règles ont reparu du 30 mars au 1er avril, et du 7 au 12 avril, etc.

Obs XXX. — *Mère aliénée. — Surmenage cérébral. — Délire mélancolique. — Symptômes hystériques. — Hallucinations et illusions. — Démence.*

Mlle Jeanne-Marie, entrée le 6 septembre 1893, dans sa vingt-sixième année, est tombée malade à l'âge de dix-sept ans, à sa sortie du couvent ; elle s'était surmenée pour préparer les épreuves de l'examen du brevet élémentaire. Elle présenta d'abord des troubles digestifs (?), puis se plaignit de la sensation de la boule à la gorge. En même temps, elle manifesta des troubles psychiques; elle entendait des voix, voyait une machine à vapeur enflammée, des personnes avec des têtes d'animaux ; ses parents lui paraissaient marcher la tête en bas. Elle s'accusait de crimes imaginaires, réclamait un prêtre pour obtenir l'absolution. A plusieurs reprises, elle essaie de se suicider.

Soignée d'abord dans un établissement hydrothérapique, elle dut être placée le 2 août 1886 dans une maison de santé, d'où elle a été transférée à Charenton.

©BIUM

Depuis son entrée, M^lle^ Jeanne-Marie présente tous les symptômes de la démence avec obtusion complète de l'intelligence, paroxysmes d'agitation, parfois impulsions violentes. Absolument incapable de se diriger, on est obligé de l'habiller, de la déshabiller, de lui faire sa toilette. Elle court, saute, crie, rit aux éclats, ne s'intéresse à rien, gâte, déchire ses effets.

La menstruation est régulière.

Obs. XXXI. — B..., fille naturelle d'une mère morte aliénée, a été élevée avec le plus grand soin par son père, qui a eu lui-même plusieurs accès de mélancolie. Après plusieurs années passées dans une excellente pension, elle a conquis son brevet d'institutrice, et elle allait se préparer au brevet supérieur, qnand elle tomba malade. Elle arriva rapidement à la démence complète. Depuis près de vingt ans qu'elle est à Charenton, elle s'est toujours montrée inerte, indifférente à tout, fréquemment agitée, violente. Santé physique excellente ; toujours bien réglée.

De tout ce qui précède, est-il possible de tirer une formule générale de l'étiologie de la démence précoce?

La plupart des auteurs considèrent cette maladie comme essentiellement héréditaire ; c'est l'opinion de M. le professeur Joffroy. Bien peu sont d'un avis différent (Scholz, Krœpelin ?). Pour moi, je ne crois pas que l'hérédité soit le facteur principal : les vrais *héréditaires* ne deviennent pas déments. Sans doute, parmi les déments précoces que j'ai connus, un certain nombre avaient des aliénés ou des névropathes dans leurs ascendants, et j'en ai fait soigneusement le relevé. Mais combien plus avaient leurs parents, leurs frères et sœurs (j'ai pu en juger par moi-même), parfaitement bien portants !

Herbert Spencer a fait la remarque que « chaque être « vivant commence son évolution biologique avec un « capital vital différent ». Nous pouvons donc admettre que les jeunes gens qui sombrent dans la démence avaient apporté en naissant un capital insuffisant. Mais avec ce capital insuffisant, auraient-ils fait faillite, si des causes débilitantes accidentelles, que j'ai groupées

©BIUM

sous le terme générique de *surmenage*, n'étaient venues agir à l'époque de la puberté? Je ne le pense pas ; je reste persuadé que la démence précoce rentre dans les *psychoses par épuisement* de Binswanger. C'est dans les causes débilitantes qu'est l'origine réelle de la démence précoce : Esquirol en avait eu l'intuition (1).

Assurément cette étiologie reste vague. Car qu'est-ce en définitive que l'*épuisement* du système nerveux, ou plutôt de la cellule nerveuse? Sur ce sujet, il serait aisé d'entasser des hypothèses ; mieux vaut laisser à l'avenir le soin de nous éclairer, si tant est que cela puisse être.

(*A suivre.*)

(1) *Loc. cit.*, tome II, p. 101.

©BIUM

DES

FRACTURES SPONTANÉES

PENDANT LES ACCÈS ÉPILEPTIQUES

[Par le Dr R. CHARON

Médecin-directeur de l'asile de Saint-Alban (Lozère).

La fracture spontanée *vraie*, c'est-à-dire causée par la seule action des muscles, n'est pas un phénomène nouveau. Tous les traités de pathologie chirurgicale la signalent; mais il n'existe point, à notre connaissance, d'observations qui permettent de se faire une idée exacte de sa fréquence, de son mécanisme, de ses signes, ni même d'affirmer cliniquement sa réalité. Cette pénurie de documents cliniques s'explique facilement; car, dans l'état actuel, la spontanéité d'une fracture ne saurait être affirmée que par le médecin qui l'aurait vue et entendue se produire devant lui, et cette éventualité doit être assez rare.

« La contraction musculaire détermine des fractures. La rotule, le calcanéum, l'olécrâne sont assez souvent brisés par la violente contraction des muscles qui s'y insèrent. Mais l'action des muscles *peut* aussi fracturer des os longs, comme le fémur, l'humérus, la clavicule. Dans beaucoup de cas, il est difficile de bien expliquer le mécanisme de la fracture. Il faut, ou que les contractions soient excessivement violentes, leur intensité étant augmentée par un état morbide, comme l'éclampsie, l'épilepsie, etc., ou que des altérations du tissu aient diminué la résistance des os ; c'est dans ces dernières

©BIUM

circonstances qu'on dit avoir affaire à des *fractures spontanées* » (Jamain et Terrier). A toutes les affections constitutionnelles, lésions nutritives ou inflammatoires, dont les processus peuvent être déterminés, et qui entraînent la fragilité des os, il faut ajouter la sénilité et la démence.

Gurlt a rassemblé 85 cas de fractures où l'on n'a pu accuser que l'action musculaire, dont 57 pour l'humérus, 15 pour le fémur, 8 pour les os de la jambe et 5 pour les os de l'avant-bras. Les fractures spontanées des côtes sont considérées comme relativement communes.

« Les affections convulsives qui s'accompagnent de spasmes cloniques comme le tétanos, l'épilepsie, les contractions reflexes des hémiplégiques sont mentionnées comme pouvant se compliquer de fractures spontanées, mais tout à fait exceptionnellement, et chez des malades ayant des os d'une grande fragilité. » (Spillmann, art. Fractures du *Dict. Dech.*). Serra rapporte le cas d'un jeune homme de vingt et un an, qui eut les deux fémurs fracturés dans une attaque d'épilepsie; mais il constata ultérieurement une grande fragilité du tissu osseux.

Dans les ouvrages traitant spécialement de la médecine légale ou de l'épilepsie, nous n'avons point vu qu'il fût question des fractures spontanées vraies. Féré indique seulement les luxations et les fractures, sans distinctions pathogéniques, dans le cortège des accidents qui peuvent compliquer les chutes des épileptiques.

La fracture spontanée doit donc être en réalité considérée comme rare, particulièrement pour les os longs, et c'est cette rareté même qui nous a engagé à rassembler les quelques observations que nous avons pu recueillir pendant dix années de pratique des aliénés.

La première fois que notre attention a été attirée sur cette question, c'était à l'occasion du fait suivant :

©BIUM

Un jour, l'infirmier-chef d'un quartier d'épileptiques vint nous chercher pour un de ses malades qui, après un accès convulsif, était resté dans l'incapacité de se relever et qu'on avait dû transporter sur son lit. L'homme, encore dans un état d'inconscience, ne se plaignait d'aucune douleur ; déshabillé, on constata une fracture simple du fémur gauche, siégeant un peu au-dessous du tiers supérieur : le membre ne présentait ni plaie ni ecchymoses. Le malade était un garçon de trente-cinq ans, taillé en hercule, avec des masses musculaires énormes et une ossature robuste. Au point de vue mental, c'était un type d'épileptique sournois, menteur, impulsif et très dangereux. L'enquête très complète, faite sur l'accident, donnait les résultats les plus contradictoires. D'après l'infirmier, homme de devoir, le malade étant assis sur un banc fixe avait glissé doucement entre ce banc *fixe* et la table également *fixe*, le membre inférieur gauche embarrassé dans les pieds de la table. Au début de la phase clonique, et avant qu'il ait été possible de retirer le patient de cette situation, un craquement avait été nettement perçu, auquel on n'avait pas d'ailleurs attaché d'importance. Certains malades, camarades de quartier, plus ou moins dignes de foi, prétendaient avec un vif accent de sincérité que notre blessé avait été brutalisé, frappé et jeté à terre par les infirmiers, et la victime confirmait ces déclarations. En raison du peu de crédit à accorder aux affirmations d'épileptiques, de l'honnêteté éprouvée de l'infirmier, de l'absence de traces de violences indiquant une lutte récente, le chef de service conclut à une fracture spontanée, malgré l'âge défavorable du sujet et la solidité de son ossature. L'absence de toute symptomatologie spéciale aux fractures spontanées rendait ce diagnostic un peu téméraire, et il se fût assurément rencontré peu de médecins pour l'approuver.

©BIUM

Quatre jours plus tard, le malade mourait au cours d'attaques subintrantes. A l'autopsie, on ne constatait aucune espèce de lésion permettant d'expliquer la fracture par un choc direct ou indirect, mais les faces postérieure et interne de la cuisse étaient le siège d'une vaste ecchymose. A la dissection, on notait un état de congestion intense de toutes les masses musculaires interne et postérieure, avec des petits foyers hémorragiques disséminés dans le tissu des muscles adducteurs et fléchisseurs (particulièrement du biceps et du grand adducteur). Les aponévroses de ces muscles présentaient des déchirures au niveau de leur partie médiane. Les insertions fémorales du grand adducteur présentaient des déchirures très apparentes. La fracture siégeait un peu au-dessous du tiers supérieur, à la hauteur du canal nourricier; la direction était oblique de haut en bas et de dehors en dedans. La consistance et la constitution de l'os étaient normales. Ces observations nécropsiques nous parurent confirmer le diagnostic de fracture spontanée par l'action combinée et extrêmement violente des muscles adducteurs et fléchisseurs de la cuisse.

Un autre cas de fracture du fémur, que nous avons eu la bonne fortune de voir se produire sous nos yeux, montre les conditions à la faveur desquelles cette action musculaire peut produire la fracture. Il s'agissait d'une femme, âgée de soixante-cinq ans, atteinte d'épilepsie depuis l'enfance. Au moment où nous passions devant elle, elle se trouvait fixée sur un fauteuil, les pieds entravés, pour cause d'agitation violente. Un accès se produisit, et avant qu'on eût pu la dégager de ses entraves, au moment même où se manifestaient les premières convulsions cloniques, un craquement très net attira l'attention. Le tronc était rigide, immobilisé par des liens étroits, les genoux (le droit en adduction) étaient ramenés l'un contre l'autre et *butés* sur le bras

©BIUM

gauche du fauteuil; la jambe droite était fléchie sur la cuisse à angle droit et *appuyée* sur le devant du fauteuil par sa partie inférieure. Dans cette situation, les déplacements en flexion et en adduction étant impossibles, tous les efforts des muscles fléchisseurs de la jambe et adducteurs de la cuisse devaient tendre vers un seul effet : l'exagération de la courbure normale de l'arc rigide représenté par le fémur. Après l'attaque, on constatait une fracture du fémur droit, siégeant un peu au-dessous du tiers supérieur. Quelques jours plus tard, il existait une vaste ecchymose intéressant les faces interne et postérieure de la cuisse. Par suite de la fréquence des accès convulsifs et de l'indocilité de la malade, il fut impossible d'obtenir la réparation de sa fracture. Deux mois plus tard, elle mourait dans un état cachectique, et l'on trouvait à la dissection de la région les traces des lésions signalées dans notre première observation ; la fracture présentait la même direction oblique et siégeait au même niveau.

Récemment, nous avons observé un troisième cas de fracture chez une épileptique, dans les conditions suivantes. C'était une femme de soixante-trois ans, gâteuse et dysplégique. Elle était habituellement, pour sa sécurité, fixée sur un fauteuil. Au cours d'un accès convulsif, tout en la dégageant de son fauteuil, les infirmières s'aperçurent qu'elle avait une cuisse fracturée et elles affirmèrent qu'aucune violence ni chute n'avait pu produire cet accident. Il y avait analogie complète, quant à la direction, au siège de la fracture et à l'ecchymose qui la suivit, entre ce cas et les précédents. Par ailleurs, aucune trace de violence. C'était une fracture spontanée des plus probables.

Les deux autres fractures spontanées que nous avons observées intéressent l'humérus. L'une s'est produite devant nous de la façon suivante : la malade, cinquante-

©BIUM

quatre ans, imbécile épileptique, était assise sur un banc *fixe,* devant une table également *fixe.* Prise d'une attaque convulsive, elle glissa sous la table, son avant-bras gauche embrassant le pied de la table, son épaule du même côté appuyée sur le large pied du banc. Dans cette position, par un mécanisme analogue à celui que nous avons observé dans les cas de fracture spontanée du fémur, les leviers osseux étant immobilisés dans les sens de la flexion et de l'adduction, tout l'effort des muscles fléchisseurs et adducteurs devait tendre vers la fracture de l'arc huméral par exagération de sa courbure normale. Nous n'entendîmes pas de craquement, mais en relevant la malade nous constatâmes la fracture de l'humérus, à peu près au tiers supérieur. Il n'y avait aucune trace de choc. Quelques jours après, on notait une vaste ecchymose avec œdème intéressant toute la face antérieure du bras. La pression du biceps était des plus douloureuses. La fracture était oblique de haut en bas et de dehors en dedans. Elle guérit sans déformation.

L'autre était un jeune homme de dix-sept ans, assez mal constitué et dont le système osseux nous parut particulièrement fragile. Pendant la nuit précédente, il s'était amusé puis disputé avec des camarades au sortir d'un estaminet. Au cours de cette dispute il était tombé et était rentré chez lui quelque temps après avec le bras gauche fracturé. Lui-même et ses parents prétendaient qu'il avait été jeté à terre et frappé violemment, d'où fracture ; les autres soutenaient qu'il était tombé en attaque convulsive, et qu'en le voyant tomber, ils s'étaient enfuis, pris de peur. Les explications du blessé étaient plutôt obscures, sa mémoire était obnubilée. Il ne présentait aucune trace de violence pouvant expliquer une fracture directe ou indirecte. Quelques jours après, le bras présentait une vaste ecchymose avec

©BIUM

œdème s'étendant à toute la face antérieure. La pression des muscles antérieurs était douloureuse. En raison des commémoratifs et surtout des symptômes identiques à ceux observés dans les cas précédents, nous conclûmes à une fracture spontanée pendant une attaque convulsive et nous eûmes la satisfaction d'empêcher de s'ouvrir une action en blessures volontaires contre les compagnons de notre malade.

Dans les services d'aliénés où le personnel secondaire, insuffisant par le nombre, manque généralement de zèle autant que d'éducation professionnelle, les fractures sont assez fréquentes, particulièrement chez les vieillards épileptiques ou non. Nous avons eu l'occasion d'en constater un certain nombre intéressant les os de la jambe et de l'avant-bras ; aucune de celles-ci ne nous a paru présenter des garanties réelles de spontanéité.

En résumé, le bilan de notre expérience personnelle, au point de vue de la question des fractures spontanées, comprend *cinq observations*, dont trois pour le fémur, deux pour l'humérus.

Ces cinq cas comportaient comme symptômes communs : *siège* de la fracture *un peu au-dessous du tiers supérieur*, *direction* de la fracture *très oblique de haut en bas et de dehors en dedans*, *œdème de la région* avec *ecchymose très étendue* occupant, pour la cuisse, toutes les régions postérieure et interne ; pour le bras, les régions antérieure et interne.

Sans doute ces faits sont trop peu nombreux pour permettre d'établir d'une façon rigoureuse la symptomatologie des fractures spontanées. Ils nous ont semblé cependant comporter, au triple point de vue de la *pathogénie*, de la *clinique* et de la *médecine légale*, quelques réflexions utiles.

A cette notion vague, que la fracture des os longs peut se produire spontanément, pendant les attaques

©BIUM

convulsives, chez des sujets présentant un système osseux particulièrement fragile, on pourrait, ce nous semble, ajouter :

S'il est vrai que le plus souvent les fractures spontanées se produisent sur des os fragiles par suite de lésions constitutionnelles ou acquises, il est vrai aussi que ces fractures peuvent atteindre des individus à système osseux normal.

Les fractures spontanées des os longs sont produites par la contraction violente et combinée des grands muscles fléchisseurs et adducteurs, au début de la phase des convulsions cloniques, mais à la condition que l'effet en flexion et en adduction soit empêché par une cause extérieure, comme, par exemple, l'immobilisation d'un bras du levier sur lequel agissent ces muscles et la fixation des points d'insertion de ces mêmes muscles à l'extrémité opposée du levier.

C'est ce mécanisme même qui explique la fréquence relative des fractures spontanées du fémur et de l'humérus, par l'immobilisation facile de l'épaule et du siège d'une part, par la fixation, ou l'arrêt aussi facile de l'avant-bras et de la jambe dans leurs mouvements de flexion et d'adduction, d'autre part. Lorsque ces conditions se trouvent réunies, toute l'action des grands muscles fléchisseurs et adducteurs a pour résultat de tendre l'arc osseux, et, lorsque cette tension dépasse sa capacité élastique, de produire la fracture au lieu de la *moindre résistance*. Ce processus pathogénique explique aussi la rareté, sinon l'impossibilité, des fractures spontanées des os de la jambe et de l'avant-bras, en raison de la solidarité des os, de la division et de la mobilité des points d'attache des muscles fléchisseurs, de la difficulté de fixer les extrémités des leviers sur lesquels agissent ces muscles.

Les fractures spontanées chez les épileptiques

©BIUM

s'accompagnent de désordres anatomiques qui démontrent l'extrême violence des contractions musculaires : ecchymose considérable, hémorragies intra-musculaires, déchirures des aponévroses, œdème profond.

Au point de vue du diagnostic clinique, lorsque, chez un épileptique avéré ou un individu présentant des signes d'un accès convulsif récent, on se trouvera en présence d'une fracture du fémur ou de l'humérus, on devra songer à la possibilité d'une fracture spontanée ; lorsqu'on constatera que le siège de cette fracture est aux environs de la partie médiane de l'os, que sa direction est oblique de haut en bas et de dehors en dedans, que la cuisse ou l'avant-bras présente un œdème et une ecchymose considérables suivant particulièrement la direction des grands muscles fléchisseurs et adducteurs, qu'il n'existe aucune plaie ni contusion, indices d'un choc ou d'une chute pouvant produire une fracture directe ou indirecte, on pourra déclarer la fracture très probablement spontanée ; si les commémoratifs ou l'examen personnel permettent de considérer comme certain que, au moment de l'accident, par suite d'un ensemble de circonstances spéciales, il existait une immobilisation des extrémités supérieures des leviers osseux (bassin ou épaule) et que les parties inférieures desdits leviers (jambe, avant-bras) se trouvaient entravées dans leurs mouvements de flexion et d'adduction, on pourra affirmer la spontanéité de la fracture.

C'est surtout au point de vue de la médecine légale que le diagnostic des fractures spontanées présente de l'importance. Chaque jour, en effet, le médecin expert ou simplement le médecin traitant peut se trouver en présence d'une fracture dont la pathogénie est obscure et qui peut être précédée de circonstances analogues à celles que nous avons citées plus haut et suivies d'actions devant les tribunaux, dans lesquelles le sort

©BIUM

d'un ou plusieurs inculpés dépend de l'appréciation médicale. Il sera bon, dans ces cas, de se souvenir que, si les fractures spontanées sont peu fréquentes, elles ne sont point absolument rares chez les épileptiques et qu'elles présentent quelques particularités qui permettent le plus souvent, sinon d'affirmer le diagnostic, au moins de le rendre très probable et, pour le moins encore, de justifier un doute prudent qui, en bonne justice, doit toujours profiter à l'accusé.

Une autre conclusion pratique se dégage aussi des quelques considérations pathogéniques précédentes, c'est que, si l'épileptique, dans son intérêt comme dans celui des autres, doit être constamment, étroitement et intelligemment surveillé, il doit être laissé toujours absolument libre de ses mouvements dans des locaux d'accès facile, distribués de la façon la plus simple et pourvus de mobiliers aussi mobiles et aussi légers que possible. C'est la condamnation de cette organisation défectueuse qu'on rencontre encore dans de trop nombreux quartiers d'épileptiques, où l'on voit les étages s'empiler sur les étages : où dans les salles s'alignent des tables et des bancs massifs, solidement rivés au plancher et entre lesquels tombent journellement les malades ; où les gâteux et les impotents sont fixés sur des fauteuils solides qui, s'ils les mettent à l'abri des chutes bénignes, les exposent à des fractures graves ; où l'agitation et l'impulsion sont traitées par les entraves et la camisole.

Pour ce qui regarde les épileptiques aliénés, on peut discuter le régime de l'open-door, mais on doit s'accorder pour reconnaître la nécessité du no-restraint absolu.

©BIUM

PACHYMÉNINGITE HÉMORRAGIQUE

AYANT SIMULÉ UNE PARALYSIE GÉNÉRALE

Par le Dr V. BOURDIN,

Médecin en chef de l'asile des aliénés de Leyme (Lot),
membre correspondant de la Société médico-psychologique.

Le récent Congrès de Toulouse, auquel nous sommes heureux d'avoir pu assister, a fait éclater tout à la fois et la diversité des opinions sur l'étiologie de la paralysie générale, et leur unanimité au sujet des modalités si nombreuses, des aspects si variés sous une apparente uniformité, que peut revêtir cette maladie. Nous avons entendu M. Giraud, médecin-directeur de l'asile Saint-Yon, proclamer avec juste raison que, pour éclairer définitivement le problème du diagnostic différentiel de la paralysie générale, le mieux était qu'on publiât les erreurs de diagnostic. C'est pour répondre à cette vue que nous publions aujourd'hui l'observation qu'on va lire, non pas que le cas en lui-même soit exceptionnel, mais précisément parce qu'il vient confirmer d'autres cas analogues, et peut, à ce titre, servir à étayer une statistique.

Il est évident que, si un grand nombre d'affections peuvent simuler à un moment donné la paralysie générale, ce n'est pas avec une égale fréquence, et les erreurs de diagnostic permettront peut-être de résoudre la question, de savoir quelles sont les maladies qui revêtent le plus souvent, et le mieux, l'aspect clinique de la paralysie générale. Et puis, si les maladies sont les mêmes, chaque malade a son cachet particulier, et

©BIUM

dans un problème aussi complexe, l'abondance des observations ne peut qu'avancer la solution.

Observation. — M... (Jean), cinquante-deux ans, cultivateur, entre à l'asile de Leyme le 19 mai 1896. Le certificat d'admission, signé de deux médecins, mentionne chez M... des désordres mentaux profonds, dont le début remonterait à un mois seulement. Ils se caractérisent par une loquacité excessive, des propos incohérents sur les événements de sa vie passée, des projets irréalisables sur la gestion de ses affaires. Il a, en outre, des accès d'agitation avec emportement excessif, entêtement à commettre des actes plus ou moins puérils ou déraisonnables, auxquels on ne peut s'opposer sans exciter sa colère. A diverses reprises, le malade, qui a cessé tout travail, a échappé à la surveillance des siens, pour aller errer dans la campagne. — Aucune hallucination, aucune idée de persécution ; c'est la confusion mentale qui dominerait à ce moment. — Sommeil à peu près nul.

Fait important, mais insuffisamment élucidé : un des médecins traitants aurait observé un *vertige épileptiforme*, avec amnésie relative ; M..., dans la conversation, ne peut retrouver certains noms de personnes ou d'objets.

Tel est le résumé de l'histoire de M... avant son internement. La famille du malade ne peut ou ne veut donner aucun renseignement complémentaire, et force nous est de nous en tenir au certificat d'entrée, d'ailleurs assez détaillé, mais qui ne fournit aucune indication au point de vue *étiologique ;* il est non moins muet au sujet des *antécédents.*

M... est un homme de taille au-dessus de la moyenne, d'aspect robuste ; il est relativement calme à son arrivée, répond à un certain nombre de questions élémentaires ; mais l'intelligence est chez lui très affaiblie, la mémoire incertaine, et le malade n'a que des notions assez imparfaites du temps. Il rit facilement et sans le moindre motif, parle beaucoup, tient des propos incohérents et souvent bizarres et extravagants.

Des *idées ambitieuses* très nettes existent chez M..., dès son arrivée à l'asile : il nourrit toutes sortes de projets extravagants, se croit riche, déclare que son fils, qui en réalité est cocher dans une maison bourgeoise, est un jockey illustre, gagnant des millions et des millions dans des courses de jour et de nuit !

Le malade dort peu, et il semble qu'il ait de temps à autre

©BIUM

quelques *hallucinations* ou *illusions* auditives : il prétend en effet entendre sa belle-sœur la nuit; mais, bien qu'exubérant, aimant à causer, il n'est pas revenu depuis ce temps sur ces troubles sensoriels. Aussi ses hallucinations — si hallucinations il y a eu — ont été certainement fugaces, et se sont bientôt dissipées.

Pas de stigmate syphilitique; on n'a d'ailleurs aucun renseignement à cet égard, non plus qu'au sujet d'excès vénériens possibles. Le malade est marié pour la seconde fois, et père de deux enfants vivants et bien portants.

Par contre, M... ne fait aucune difficulté de convenir d'*excès alcooliques* qui semblent, en effet, probables chez lui, bien que ce renseignement n'ait pas pu nous être confirmé. Il buvait régulièrement deux ou trois petits verres par jour, dit-il, et prenait la goutte le matin, avant son travail. Il buvait aussi beaucoup de vin dans la journée.

La démarche est un peu indécise ; les réflexes rotuliens normaux. Pas d'inégalité des pupilles, qui réagissent bien ; parole lente, traînante, mais légèrement, et d'ailleurs restée très compréhensible. Pas de tremblement des extrémités. Appétit satisfaisant; insomnie fréquente.

Juin. — Agitation désordonnée; parle beaucoup. — Les idées sont restées les mêmes, et les conceptions ambitieuses toujours très nettes : il est général de France, ses fils ont fait donation de 35 millions pour les écoles. — Exubérance générale, satisfaction béate, rires fréquents.

Nous songeons dès ce moment à une paralysie générale possible, en raison de l'affaiblissement intellectuel considérable, des rires niais, des idées ambitieuses, de la satisfaction béate que témoigne notre malade, de l'indécision de la démarche, de la lenteur de la parole. Ce qui nous fait réserver le diagnostic et nous inspire des doutes, c'est l'absence de la plupart des stigmates physiques, et surtout l'atténuation de ceux qui existent, et la vraisemblance d'excès alcooliques qui engendrent si souvent un état congestif du cerveau prenant le masque de la paralysie générale; enfin, les hallucinations auditives du début, qui, pour être infiniment moins fréquentes que les hallucinations visuelles, ne sauraient, à notre avis, être considérées comme rares dans l'alcoolisme aigu ou chronique. Aussi concluions-nous, dans nos certificats d'entrée et de quinzaine, à une excitation maniaque d'origine probablement alcoolique.

La suite de l'observation ne nous a fourni aucun détail nouveau permettant d'affirmer un diagnostic positif.

©BIUM

Juillet. — L'agitation continue; elle est surtout verbale; le malade n'est pas porté à la violence. La confusion mentale ne se dissipe pas ; il ne sait plus bien le prénom de sa sœur ; recevant une lettre d'elle, signée du petit nom seulement, il ne peut dire au juste s'il s'agit de sa sœur ou de sa fille. Les idées de richesse restent les mêmes; l'insomnie est moins opiniâtre.

Septembre. — Ses enfants ont gagné des millions en passant des examens pour d'autres. M... est calme, joyeux de son sort, de conduite facile, et s'occupe un peu à de menus travaux. Les sentiments affectifs sont à peu près nuls.

Décembre. — Aucun changement appréciable à signaler.

Telle est la première phase de la maladie mentale de M..., phase d'excitation maniaque, avec idées ambitieuses, affaiblissement démentiel de l'intelligence, etc. En un mot, les signes qu'il présente sont analogues à ceux que pourrait offrir un paralytique général.

Nous pouvons diviser l'année 1897 en deux périodes : la première ira jusqu'en juin, et la seconde, de juin à décembre, où eut lieu le décès de notre malade.

Or, de janvier à juin, une amélioration sensible se manifeste chez M... Il est plus calme, s'occupe mieux et avec plus d'entrain; il semble se rendre un compte plus exact de sa situation, parle de sa famille, demande une visite des siens et laisse percer l'espoir d'une sortie. En même temps, les idées ambitieuses sont moins nettes, bien que le malade soit encore souriant, heureux et satisfait de lui-même. Il y a donc eu une *rémission* passagère, qui a duré près de six mois; amélioration relative sans doute, et d'ailleurs incomplète, puisqu'elle n'a porté que sur l'*état mental*.

En effet, les *signes physiques* (lenteur de la parole, démarche hésitante) étaient restés sensiblement stationnaires, lorsque, en mars, sans cause connue, la parole devient plus embarrassée, la langue tremble légèrement, et on a souvent peine à comprendre ce que dit le malade.

En juin 1897, commence la troisième période de la maladie, période des attaques apoplectiformes et épileptiformes. La première eut lieu en juin : attaque apoplectiforme, suivie d'un peu d'hébétude intellectuelle, d'*inégalité pupillaire*, mais sans paralysie localisée. M... se relève assez vite; toutefois, la démarche est plus traînante, le malade a peine à se tenir sur ses jambes et préfère rester assis sur une chaise ou sur un banc.

©BIUM

Le 15 *novembre*, nouvel ictus épileptiforme ; secousses légères et généralisées, mais plus marquées à droite ; de petites convulsions tiraillent la commissure des lèvres à droite, le membre supérieur du même côté est un peu contracturé ; mâchonnement, dilatation des pupilles, qui restent égales. D'ailleurs, tous ces symptômes s'atténuent dès le lendemain. C'est dès ce moment que nous croyons devoir nous rendre à ce qui semble l'évidence, et que nous posons le diagnostic ferme de paralysie générale.

Le 17 *novembre*, hoquet, alimentation exclusivement liquide. Cependant, le pouls reste fort, le visage est plus coloré, les contractures ont disparu, les pupilles sont légèrement inégales.

Le 24 *novembre*, encore quelques secousses à droite, sans ictus proprement dit. L'état général se relève légèrement : M... peut quitter le lit et rester dans un fauteuil.

Décembre. — Nouvel affaissement de l'état général ; le facies est pâle, l'alimentation très insuffisante. Le 24 au soir, on observe encore un petit vertige suivi de quelques secousses de courte durée.

Décès le 25, 8 h. 1/2 du soir.

Autopsie. — Faite le 27 décembre, à 8 heures du matin, soit trente-six heures *post mortem*.

Les os du *crâne* sont durs et résistants ; on a peine à détacher la calotte, qui adhère très fortement à la dure-mère. On est obligé de sectionner ces adhérences au bistouri. La transparence au niveau des fosses pariétales est faible à gauche, nulle à droite. Il n'y a cependant pas d'hyperostose, mais simplement prolifération du tissu spongieux.

La *dure-mère*, si difficile à séparer du crâne, auquel elle est unie par des tractus fibreux, abondants surtout au niveau de la région occipitale, se détache au contraire aisément des autres méninges. Alors, sous son feuillet endothélial, apparaît un vaste *épanchement sanguin*, formé de caillots mous, d'un rouge noirâtre, manifestement de constitution récente. Cette nappe cruentée est surtout développée à la surface de l'hémisphère droit, qu'elle recouvre en entier ; mais elle semble un peu plus épaisse en arrière. *A gauche*, l'hémorragie reparaît, mais elle a été moins abondante de ce côté ; les caillots ne recouvrent que la partie supérieure des lobes frontal, pariétal et occipital, et n'atteint pas la partie déclive de l'encéphale, de sorte que la portion la plus inférieure de ces lobes, et tout le lobe sphénoïdal, sont indemnes.

©BIUM

La dure-mère est très épaissie dans toute son étendue, mais irrégulièrement ; il y a des plaques d'épaississement là précisément où sont accumulés les caillots. En raclant légèrement avec la pointe du couteau, et sous un mince filet d'eau, on débarrasse facilement la face interne de la dure-mère des caillots qui la recouvrent. Mais alors elle apparaît d'une teinte ecchymotique, violacée ou jaunâtre ; on peut aisément se rendre compte qu'il s'agit de fausses membranes superposées, ayant emprisonné entre elles des caillots sanguins.

Il s'agit donc d'une *pachyméningite interne*, avec ses diverses couches, le feuillet le plus jeune étant, comme on sait, en rapport avec la dure-mère. Mais ici, il s'est fait une abondante hémorragie au niveau des vaisseaux néoformés, et le sang s'est frayé une route entre les fausses membranes, pour aller inonder la cavité arachnoïdienne (hémorragie intra ou mieux sus-arachnoïdienne).

L'*arachnoïde* et la *pie-mère* n'offrent rien de particulier à l'œil nu ; elles se séparent assez aisément l'une de l'autre, et il n'y a pas d'adhérences entre la pie-mère et la pulpe cérébrale. C'est à peine si, en enlevant de grands lambeaux de pie-mère, on détermine par effraction quelques érosions des circonvolutions.

Les *hémisphères cérébraux* (poids moyen 480 grammes) ne paraissent que très légèrement comprimés à leur surface ; les coupes systématisées de Pîtres ne décèlent aucune trace d'hémorragie ou de tumeur.

Le cervelet (170 grammes) ne présente rien à signaler ; la pie-mère s'en détache sans difficulté. Le plancher du quatrième ventricule n'offre aucune aspérité sous le doigt.

Peu de liquide arachnoïdien.

Isthme de l'encéphale et bulbe (25 grammes), rien de particulier.

Pas d'athérome des vaisseaux de la base de l'encéphale ; le tronc basilaire, les cérébrales, les sylviennes, successivement explorés, ne présentent aucune plaque jaune d'artério-sclérose.

Le *cœur* est volumineux (390 grammes) ; cette hypertrophie est surtout marquée au ventricule gauche, dont les parois atteignent 2 centimètres d'épaisseur ; les oreillettes sont remplies de caillots fibrineux, allongés. Les valvules sont saines ; aucune lésion d'orifice. Mais au niveau de l'aorte, qui est très large (il s'agissait d'un sujet de constitution robuste), on observe un épaississement de l'endartère, qui est grossièrement plissée ;

©BIUM

des érosions multiples, à bords durs, crétacés, saillants, apparaissent dans toute la hauteur de la crosse; mais l'induration, les ulcérations larges signalées plus haut s'arrêtent au bord des nids des sigmoïdes aortiques, et les valves sont absolument respectées. Ces lésions macroscopiques de l'aorte dénotent un processus athéromateux déjà avancé (stade ulcératif, début de l'infiltration calcaire), mais bien *localisé.*

Aux *poumons*, emphysème double, avec congestion hypostatique des bords postérieurs. Pas d'épanchement pleural.

Foie (1,955 grammes), un peu gras.

Rein droit (215 grammes), gros, mais les deux substances se délimitent parfaitement; la couche corticale a son épaisseur normale, la capsule se détache aisément. Il en est de même pour le rein gauche (220 grammes).

Rate congestionnée et volumineuse (270 grammes); pas d'athérome de l'artère splénique, que nous avons trouvée cependant dans quelques autopsies d'artério-scléreux.

Péritoine normal ; pas d'ascite.

L'hypertrophie générale des organes, thoraciques ou abdominaux, nous a semblé tenir simplement à une particularité individuelle, en rapport avec la taille et le développement musculaire du sujet.

En résumé, hémorragie en nappe à la surface des hémisphères cérébraux, plus intense à droite, et due à la rupture d'un hématome de la face interne de la dure-mère (pachyméningite interne).

Malgré l'absence d'examen histologique, pour lequel nous ne sommes malheureusement pas outillés, nous croyons que les lésions sont limitées aux méninges (la pie-mère, souvent aussi l'arachnoïde, ont été trouvées atteintes, au microscope, dans la plupart des cas de pachyméningite). Le cerveau n'a donné de symptômes cliniques qu'en conséquence de la compression exercée à sa surface par les méninges épaissies et l'épanchement sanguin.

RÉFLEXIONS. — Ainsi notre malade, atteint de pachyméningite sans traces de paralysie générale, — l'association des deux lésions n'est pas rare, — a pu cliniquement présenter successivement tous les symptômes de la méningo-encéphalite diffuse : idées de grandeur, démence, embarras de la parole, indécision de la dé-

©BIUM

marche, inégalité pupillaire, tremblement de la langue, ictus apoplectiformes ou épileptiformes, etc. Rien n'y a manqué, on peut dire ; et si nous n'avons pas été induit en erreur dès le début, cela tient à ce que les signes présentés étaient peu accentués, à ce que l'allure générale du malade, tant au physique qu'au moral, avait quelque chose de trop satisfaisant pour un paralytique général, qui venait, relatait-on, d'avoir une attaque chez lui. Mais nous devons à la vérité de dire que ce n'était là qu'une impression d'ensemble, une réserve de médecin devenu méfiant à l'égard du diagnostic des paralytiques généraux. Il est certain que, si nous avions eu à défendre notre opinion en face d'un contradicteur, nous aurions été quelque peu embarrassé ; aucun signe ne permettait d'éviter *sûrement* l'erreur. Il est reconnu aujourd'hui que, de toutes les maladies capables de simuler la paralysie générale, la pachyméningite est une des plus difficiles à en différencier. Nous renverrons à ce sujet au rapport de M. Arnaud (*Congrès de Toulouse*, 1897, tome I. Rapports, p. 67) et à l'observation de F. Boissier (*Arch. de neurologie*, 1896, n° 8). On trouvera dans ces deux travaux la bibliographie complète de la question ; nous voulons insister plus particulièrement ici sur l'enseignement qui résulte pour la clinique de ces erreurs de diagnostic.

Peut-on poser le diagnostic ferme de pachyméningite? Nous ne le pensons pas ; cette maladie n'offre aucun symptôme qui lui soit propre : il suffit de passer en revue les principaux signes qu'on lui attribue pour s'en rendre compte.

D'après les auteurs, la pachyméningite évolue en deux périodes : 1° période prodromique, qui manque chez l'enfant ; 2° période apoplectique ou période d'épanchement.

©BIUM

Dans la *première*, on observe : 1° une *céphalée* opiniâtre, excessive, permanente, et bien localisée. C'est vraiment le seul signe — et il est tout subjectif — qui pourrait, dans les cas douteux, faire repousser l'hypothèse d'une paralysie générale. Il manquait chez notre malade, et il en sera forcément ainsi dans la plupart des cas, puisque les aliénés sentent peu la douleur et ne savent pas se plaindre ; 2° l'*agitation* avec insomnie, cauchemars nocturnes ; 3° le *rétrécissement pupillaire*, très inconstant ; 4° des *vertiges* qui rendent la démarche chancelante, titubante ; 5° de l'*embarras de la parole* ; 6° de l'*affaiblissement intellectuel*, de l'apathie, de la somnolence. — Or, tous ces signes peuvent se rencontrer dans la paralysie générale ; nous voyons même, d'après notre observation actuelle (nous avons présents à la mémoire deux autres cas d'hémorragie méningée s'étant manifestée également par un délire ambitieux pendant la vie), que les idées de grandeur et la démence globale peuvent être observées dans la pachyméningite.

Dans la *période d'hémorragie*, on assiste à des attaques soit apoplectiformes, soit épileptiformes, suivies souvent, mais non toujours, d'hémiplégie avec ou sans contractures. Cette hémiplégie est tantôt directe, tantôt croisée ; le plus souvent, la face est respectée. — Le coma et la mort succèdent facilement à ces ictus ; d'une façon générale, la pachyméningite a une évolution rapide, et peu de malades survivent après six ou sept mois.

On voit par ce bref résumé que tous les caractères de la pachyméningite sont inconstants. L'ensemble même peut singulièrement varier. Et en ce qui a trait au diagnostic différentiel avec la paralysie générale, l'erreur peut résulter encore de la similitude d'étiologie : l'alcoolisme, la syphilis peuvent produire aussi bien l'une que l'autre maladie ; l'hérédité elle-même jouera

©BIUM

parfois un rôle adjuvant très efficace dans l'une et l'autre. Tout au plus, comme dit M. Arnaud, en présence des signes d'alcoolisme chronique ou d'artério-sclérose, peut-on redoubler d'attention et suspendre son jugement.

Dans notre observation, nous avons fait ressortir combien le diagnostic différentiel était malaisé, pour ne pas dire impossible : les commémoratifs (alcoolisme, vertiges) manquaient de certitude ; l'artério-sclérose n'était pas manifeste ; l'âge même du malade (cinquante-deux ans), quoiqu'un peu tardif pour le développement d'une paralysie générale, n'excluait pas absolument ce diagnostic. Et quant aux signes psychiques, sur la valeur desquels insiste M. Arnaud, ce sont eux précisément qui prêtaient le plus à la confusion.

En présence de ces difficultés de diagnostic, devant ces erreurs auxquelles les médecins les plus éclairés (Rostan, Durand-Fardel, Gendrin) n'ont pu échapper, faut-il conclure que c'est à l'avenir de nous révéler des signes différentiels certains? Oui, peut être ; l'histoire clinique de la paralysie générale n'est pas achevée. Mais nous craignons que durant un long temps encore, sinon toujours, il y aura tel cas où tenter un diagnostic précis sera superflu. Devant un malade qui présente l'ensemble symptomatique de la pachyméningite à forme fruste aussi bien que de la paralysie générale atypique, nous croyons que le seul diagnostic que l'on puisse espérer poser est celui de *méningite chronique*.

Tous les signes actuellement décrits dans la paralysie générale, tant psychiques que physiques, sont, à notre avis, ceux d'une méningite chronique quelle qu'elle soit ; que le processus aille des méninges au cerveau ou du cerveau à ses membranes d'enveloppe, nous sommes porté à croire, de par la clinique, de par les résultats des autopsies, que, dès que les méninges

©BIUM

seront suffisamment touchées, le complexus symptomatique de la paralysie générale sera réalisé. Non pas que nous fassions dépendre l'affaiblissement intellectuel, la démence globale, le délire, des lésions méningées ; mais nous croyons qu'une méningite suffisamment développée ne va pas sans une certaine compression de la substance cérébrale. Tout en réservant la question de savoir si la paralysie générale est une encéphalite primitive ou secondaire, interstitielle ou parenchymateuse, il est permis de penser que le tableau clinique sera le même, qu'il y ait inflammation de la cellule ou compression de celle-ci, soit exclusivement périphérique (méningite), soit à la fois périphérique et latérale (paralysie générale). La seule condition pour qu'apparaisse le syndrome de la paralysie générale nous semble être que cette compression sera *diffuse*, portera sur une vaste surface de cerveau, et surtout sera *bilatérale*. Une lésion en foyer, comme une tumeur, un ramollissement, pourra à un moment donné simuler la paralysie générale ; mais le diagnostic deviendra le plus souvent possible à une phase plus avancée de l'évolution.

Dans la pachyméningite, au contraire, la lésion anatomique a trop de similitude avec les altérations de la paralysie générale pour que le diagnostic puisse être tranché d'une façon certaine. Tant qu'on n'aura pas découvert à celle-ci de signes propres, soit dans son aspect clinique, soit dans son étiologie, la distinction sera, dans certains cas, impossible. On pourra rencontrer juste, avoir rejeté l'hypothèse d'une paralysie générale que l'autopsie prouvera n'avoir jamais existé ; mais ce sera pur hasard. Dans notre cas, nous n'avons accepté l'idée de paralysie générale qu'en présence de l'*évolution* de la maladie : période délirante, stade de rémission, phase des ictus. Le diagnostic, réservé au début, semblait s'imposer à la fin.

©BIUM

Les deux seuls signes, à notre avis, qui peut-être pourront parfois faciliter la différenciation, sont : 1° la *gravité des ictus*, et même des *vertiges :* ceux-ci, dans la paralysie générale, où ils se montrent surtout au début, sont ordinairement légers, se réduisent à de simples étourdissements ; dans la pachyméningite, au contraire, où ils paraissent liés à l'artério-sclérose, ils sont plus intenses, de plus longue durée, et suivis d'amnésie, quelquefois d'aphasie, et presque toujours d'hésitation, de titubation dans la démarche ; 2° l'*atténuation de la déchéance* du sujet, tant au physique qu'au moral, avant la période des grandes attaques. Quant à la céphalée, tenace, rebelle à tout traitement, bien localisée dans la pachyméningite, elle serait assez facile à différencier de celle des paralytiques généraux ; mais nous avons déjà fait observer qu'on ne saurait compter, chez un aliéné, sur un signe purement subjectif.

De cette étude, nous croyons pouvoir conclure que, parmi les maladies qui simulent *le mieux*, sinon le plus souvent, la paralysie générale, la pachyméningite doit être placée au premier rang, au même titre que les pseudo-paralysies générales, sur lesquelles on est loin d'être encore fixé, et qui ne sont peut-être que des méningites subaiguës et curables.

©BIUM

Médecine légale

—

ASSASSINAT D'UN MÉDECIN

PAR UN INDIVIDU DÉSÉQUILIBRÉ

Par le Dr Georges WEHRLIN

Chef de la clinique psychiatrique de l'Université de Lausanne.

(*Travail de la clinique du professeur S. Rabow.*)

Le cas que nous nous proposons de publier mérite un intérêt tout spécial ; il nous démontre de nouveau cette banale vérité : ce ne sont pas les fous furieux et les aliénés avérés qui sont dangereux ; mais ce sont surtout ces individus (dont le nombre est légion), se trouvant sur le sentier étroit qui sépare la santé de la folie, qui commettent souvent sous l'influence d'une cause futile les crimes les plus atroces.

Dans notre cas, il s'agit d'un individu passant pour normal et bien doué, qui tue son médecin dans des circonstances toutes particulières. Plus tard, il ne peut pas s'empêcher de dire : « J'ai rendu malheureuses deux familles, la mienne et celle de ma victime. »

Voici les faits :

La station climatérique de Leysin fut, le jeudi 5 novembre 1896, vers sept heures du soir, le théâtre d'un crime sanglant. Julien P..., pensionnaire des chalets de l'hôtel du Mont-Blanc, tuait en tirant plusieurs coups de revolver, le Dr X..., directeur et médecin en chef du Sanatorium de Leysin.

©BIUM

Voici comment l'enquête, immédiatement instruite, rapporte les faits qui se seraient passés :

Julien P..., sujet russe, de Bessarabie, âgé de vingt-huit ans, arrivait à Leysin le 19 juin 1896, pour se remettre d'une affection tuberculeuse du poumon gauche, en bonne voie de guérison. C'était son deuxième séjour dans cette station, où il pensait rester jusqu'au commencement de l'hiver, puis partir pour l'Italie, quand il aurait reçu de l'argent que son frère Nicolas devait lui expédier.

Julien P... vivait en assez bons termes avec les médecins et les personnes de son entourage jusqu'au 20 octobre 1896. Ce jour-là, le Dr X... le fit appeler pour l'ausculter. Par suite de cette convocation, Julien P... se montra de mauvaise humeur ; il croyait que le Dr X... n'avait pas le droit de l'appeler à son gré pour l'examiner et lui occasionner ainsi des dépenses inutiles, car chaque visite coûtait 5 francs. Etant venu dans le cabinet du Dr X..., il ne se gêna pas pour lui exprimer son mécontentement, ainsi qu'à son assistant, le Dr Y...

Le Dr X..., irrité et impatient, dit au malade déshabillé : « Rhabillez-vous, vous êtes bête, je ne vous connais plus ». P... fut indigné de ces paroles, n'admettant pas qu'un médecin insultât ses malades.

L'intervention du Dr Y... mit fin à cette scène pénible. Le Dr Y... assure avoir encore entendu le Dr X... ajouter :

« Si je vous ai blessé, je le rétracte ».

Mais P... prétend ne pas avoir entendu un seul mot d'excuses. P... racontait aux autres personnes que le Dr X... l'avait offensé et promettait de se venger. Il parlait même de duel et s'exerçait à tirer avec son revolver, qu'il possédait déjà depuis longtemps. Cependant il se calma peu à peu ; il ne parlait plus de ses médecins et attendait son argent pour partir pour l'Italie et y passer l'hiver.

Le 3 novembre au soir, le Dr Y... rencontrait P... dans un couloir étroit du chalet de l'hôtel du Mont-Blanc. Le Dr Y... salua P..., qui ne lui répondit pas et passa brusquement en le frôlant. Alors le Dr Y..., arrêtant P..., l'invita à être plus poli avec ses méde-

©BIUM

cins, s'il ne voulait pas être renvoyé immédiatement. P... riposta qu'il ne saluerait pas les médecins qui l'avaient insulté. Il considérait le Dr Y... comme complice du Dr X..., parce qu'il avait été présent à la scène du 20 octobre.

A la suite de ce refus catégorique, le gérant de l'hôtel du Mont-Blanc reçut l'ordre du Dr Y... de faire savoir à P... qu'il ne devrait plus venir ni sous la galerie ni à la table d'hôte. Le gérant voulut arranger les choses et conseilla à P..., mais en vain, de présenter ses excuses au Dr Y... Les 4 et 5 novembre, le Dr Y... revoyait P... sous la galerie des malades sans être salué par lui ; il fit part de ces faits au Dr X... dans la journée du 5 novembre. Le Dr X... ne voulant pas qu'un malade manquât de respect aux médecins, chargea immédiatement le gérant de signifier à P... qu'il devait quitter l'établissement le lendemain. Ce fut vers les quatre heures que le gérant fit cette communication à P..., qui parut très froissé et surpris de cet ordre. Il fit observer au gérant qu'il n'avait pas encore reçu son argent et que n'en ayant pas il ne pouvait pas partir. Le gérant lui ayant déclaré que l'ordre était formel, P... le quitta bouleversé et excité. Il se promena, ayant l'intention de parler au Dr X.., qu'il espérait rencontrer. Vers les sept heures, P... vit deux personnes qui sortaient de l'hôtel du Mont-Blanc et se dirigeaient vers les chalets ; reconnaissant le Dr X... et le Dr Y..., il s'approcha d'eux et apostropha le Dr X... ainsi : « Est-ce vrai que vous me chassez demain ? » — « Absolument », aurait répondu le Dr X... P... voulut faire remarquer qu'il n'avait pas un centime sur lui ; mais le Dr X... lui fit cette réponse : « Voilà ce qui m'est égal. »

Là-dessus P... saisit son revolver et tira plusieurs coups. Le Dr X... fut mortellement blessé. Le Dr Y... essaya de saisir l'arme en se précipitant sur le meurtrier ; mais il ne put y parvenir et rejoignit le Dr X..., qui eut encore la force de se rendre dans le bureau de l'hôtel du Mont-Blanc, où il expirait quelques minutes après.

P... entra également dans l'hôtel, où il fut désarmé et arrêté bientôt. Dans la nuit, il fut conduit dans les

©BIUM

prisons d'Aigle, où il séjourna jusqu'au 21 décembre. Durant sa détention, il fut tranquille et parla très peu. Le 7 novembre, le meurtrier subissait un premier interrogatoire et expliquait d'une manière assez calme les faits qui s'étaient passés.

A la suite de démarches faites par la défense, P... fut envoyé en observation à l'asile de Cery, où il fut amené le 21 décembre 1896.

Voici les renseignements que nous avons pu obtenir sur ses antécédents : Julien P..., sujet russe, est âgé actuellement de vingt-huit ans, sans profession, célibataire. Il est né à Bolgrad (Russie). Les parents étaient agriculteurs et possédaient un domaine assez considérable. Le père a joui d'une bonne santé et il est mort subitement à l'âge de soixante-quinze ans. La mère, âgée de soixante-douze ans, vit encore. Ses parents ont eu douze enfants, dont cinq survivent aujourd'hui. Julien est le cadet. L'aîné Nicolas gère les intérêts de la famille ; Antoine, le deuxième frère, est adonné à la boisson, et lorsqu'il est ivre, il menace sa mère et ses frères lorsqu'on ne lui donne pas d'argent ; Dimitry, le troisième, est major à Philippolis (Bulgarie). Il a été envoyé par son gouvernement à Vienne pour se perfectionner dans ses études militaires. Au bout de peu de temps, désespéré de ne pas savoir l'allemand, il ne parlait de rien moins que de mettre fin à ses jours en se jetant par la fenêtre. Actuellement, il se porte fort bien. Jean, le quatrième, lieutenant d'artillerie de l'armée bulgare, est d'un caractère sombre et taciturne.

Une nièce de Julien, fille de sa sœur, étant mélancolique, s'est précipitée d'une fenêtre d'un deuxième étage et s'est fracturé une jambe ; actuellement, elle est guérie et jouit d'une bonne santé.

Julien est resté à Bolgrad jusqu'à l'âge de dix-huit ans. Il a toujours eu un caractère très nerveux. Son père l'a gâté beaucoup, lui accordant tout ce qu'il voulait, chevaux, voiture, etc. Il a reçu une assez bonne éducation et parle plusieurs langues (russe, bulgare, français, italien, etc.). Les affaires politiques ne l'ont jamais intéressé. A dix-huit ans, il entra au collège de Nicolaieff, près d'Odessa, où au bout de trois ans il tomba malade et cracha du sang. C'est le motif pour lequel il fut libéré du service

©BIUM

militaire. Il rentra chez lui en 1889 pour se remettre de son affection pulmonaire. Puis il retourna à Nicolaieff pour continuer ses études. Son intention était de faire son droit.

Une rechute sérieuse le força à retourner chez ses parents et à y rester plus d'une année. En 1892, il alla à Vienne consulter un professeur de médecine, qui l'envoya à Menton, où il passa l'hiver de 1892 à 1893. En mai 1893, il vint à Montreux (Suisse), puis alla à Weissenbourg, d'où il se rendit à Davos. Après différents séjours dans des stations climatériques, P... vint pour la première fois à Leysin le 21 août 1895, et y resta jusqu'au 14 novembre 1895. Il était logé à l'hôtel du Mont-Blanc. Puis il alla passer l'hiver à Ospedaletti, près de San Remo. Il revint de nouveau à Montreux, ensuite à Weissenbourg. Le 19 juin 1896, il arrivait pour la deuxième fois à Leysin, où il séjourna jusqu'à son arrestation.

Il a écrit lui-même le récit de son deuxième séjour à Leysin de la manière suivante :

L'année passée, des bains de Weissenbourg, canton de Berne, j'écris une lettre au propriétaire de l'hôtel du Mont-Blanc à Feydey-Leysin, dans laquelle je l'ai prié de me préparer une chambre. Directement après avoir reçu la lettre, je me suis rendu des bains de Weissenbourg à Feydey-Leysin le 21 août et je suis resté là-bas jusqu'au 14 novembre. Cette année, des bains de Weissenbourg, je me suis rendu directement à Feydey-Leysin le 19 juin et j'y suis resté jusqu'au 5 novembre, jour de mon crime.

Au commencement du mois de juillet, j'ai reçu une lettre de mon frère Nicolas dans laquelle il m'a demandé de prier le propriétaire du Mont-Blanc de m'attendre avec le paiement de mes notes. Mon frère m'a écrit : « Puisque tu passes le second été à Feydey-Leysin, je crois que le propriétaire t'attendra avec le paiement de tes notes. Parle avec lui et réponds-moi tout de suite pour savoir à quoi m'en tenir, parce que je ne peux pas te fixer exactement le jour, quand je recevrai ton argent de la banque, où tu veux engager ta partie de notre domaine. » Moi, je me suis rendu tout de suite au bureau de M. X... et je lui ai expliqué la chose. Sur cela, il m'a dit : « M. P..., soyez tranquille, parce que je vous connais déjà comme un garçon très honnête, et comme vous avez déjà passé un été chez moi, je peux vous attendre avec le paiement de vos notes

©BIUM

tant que vous voulez ; quand vous partirez, vous paierez tout ensemble ». Sur cela je lui dis : « M. X... je vous prie de parler sérieusement, parce que je dois écrire votre réponse à mon frère. » Il m'a répondu : « M. P..., soyez tranquille, nous sommes des vieux amis. « Je lui ai dit : M. X..., mon argent peut venir un peu trop tard. » Il m'a répondu : « Puisqu'il arrive un jour, soyez tranquille » ; je lui ai dit : « M. X..., mon argent viendra pour sûr, mais quand? je ne peux vous fixer le temps. » Il m'a répondu : « Soyez tranquille, M. P..., je vous connais très bien, vous êtes un honnête garçon. » Après ça, je sortis du bureau de M. X..., et j'ai écrit une lettre à mon frère, dans laquelle je l'ai prié d'être tranquille et de travailler.

Le 18 août, j'ai reçu une lettre chargée de 100 roubles de mon frère, et mon frère m'a demandé dans sa lettre de parler de nouveau avec le propriétaire. Le 20 août, j'ai payé quatre notes et j'ai dit de nouveau à M. X... : « Monsieur, dites-moi sérieusement, pouvez-vous m'attendre avec le paiement de mes notes, parce que je ne suis pas sûr quand je recevrai mon argent? » Il m'a dit : « Monsieur P..., nous avons déjà parlé et je vous répète et je vous donne ma parole d'honneur de vous attendre avec le paiement de vos notes jusqu'à votre départ. » Je lui ai dit : « Monsieur, vous êtes très bon pour moi et je vous remercie de tout mon cœur. »

Je dois dire que M. X... ne m'a rien dit de ce que Mont-Blanc dès le 1er octobre deviendra sanatorium.

Mon père défunt a laissé un domaine à nous cinq frères, Nicolas, Antoine, Démétrius, Jean et moi Julien. Comme je voulais passer encore deux hivers en Italie et deux étés en Suisse, je voulais engager ma part de domaine dans la banque d'Odessa pour recevoir 5,200 roubles. Pour mener cette affaire, j'ai prié mon frère Nicolas de travailler pour moi, parce que j'étais malade en Suisse. Pour faire cela, il faut avoir un ingénieur et un avocat. A mener une pareille affaire en Russie, c'est très difficile. Mon frère était obligé de voyager constamment d'Odessa à Kischineff et de Kischineff à Odessa. Kischineff est la capitale de notre gouvernement de Bessarabie. C'est-à-dire que mon frère devrait être constamment très et très occupé. La banque, à Odessa, est ouverte deux fois par année ; une fois à 27 septembre et à 27 mars ; alors elle prête de l'argent aux propriétaires qui engagent leurs domaines. Je répète qu'une pareille affaire se mène très lentement en Russie et c'est pourquoi je ne pouvais pas fixer le temps à M. X... de mon départ en Italie où je devais passer l'hiver comme l'année dernière.

Après la seconde conversation avec M. X..., sur le paiement

©BIUM

de mes notes, j'écris une lettre à mon frère, d'être tranquille parce que le propriétaire m'a donné sa parole d'honneur de m'attendre avec le paiement de mes notes jusqu'à mon départ en Italie.

Après cela j'étais tranquille et je continuais de traiter ma maladie très sérieusement. Beaucoup de monde à Feydey-Leysin me disait :

« Monsieur P..., où trouvez-vous tant de courage à rester toute la journée sur la galerie, sur votre chaise longue? » Je répondais toujours que je suis à l'étranger pour traiter sérieusement ma maladie.

Le 8 octobre, comme je pensais recevoir bientôt mon argent, j'étais chez mon médecin, M. X..., pour la troisième fois. Pour la première fois j'étais chez M. X... le 8 juillet, pour la seconde le 10 août et pour la troisième et dernière fois le 8 octobre. Après m'avoir ausculté, M. X... m'a dit « Monsieur P..., votre maladie est en voie de guérison ; vous comprenez très bien que la guérison va très lentement; vous vous portez ici assez bien et je ne crois pas que vous vous porterez mieux en Italie. » Je lui ai répondu : « Monsieur le docteur, je vous crois bien, mais je n'ose pas passer l'hiver dans les montagnes, parce que je passai déjà un hiver à Davos-Platz où je tombai très malade ; à cause de ça, je suis obligé de passer mes hivers dans le Midi. »

Au commencement du mois d'octobre, on a commencé à parler à Feydey-Leysin que Mont-Blanc avec ses chalets devient aussi Sanatorium ; à cause de cela, j'avais le 8 octobre la conversation suivante avec le Dr X.... :

Moi. — Est-ce vrai que Mont-Blanc devient Sanatorium ?

Docteur. — Oui, Monsieur.

Moi. — Est-ce vrai, mon docteur, que vous êtes le directeur et le médecin de ces deux établissements?

Docteur. — Oui, Monsieur.

Moi. — Mon docteur, j'ai passé deux étés chez vous à Feydey, et comme je me porte très bien, je voudrais bien passer encore mes étés chez vous; dites-moi, s'il vous plaît, le prix de ma chambre, au chalet, sera-t-il augmenté ou non en été?

Docteur. — Vous pouvez avoir votre chambre au chalet en été, au même prix comme à présent; mais le médecin sera par mois et non par visite et vous devrez payer au médecin 30 francs par mois.

Moi. — Vous voyez, mon docteur, que je suis presque guéri, et quand j'aurai passé l'hiver en Italie, je serai complètement guéri ; et ainsi je n'aurai pas besoin d'un médecin, comme au Sanatorium, mais seulement d'un air pur des montagnes. Si vous voulez me donner ma chambre au chalet au même prix

©BIUM

comme à présent et si vous voulez être mon médecin par visite comme cet été, je viendrai de nouveau chez vous pour passer l'été.

Docteur. — Non, Monsieur, vous devez payer 30 francs au médecin.

Moi. — Je ne peux pas, mon docteur, et je serai obligé de chercher un autre hôtel. Après cela, je le remerciai pour son traitement et l'ai prié de m'envoyer la note.

Adieu, docteur. Adieu.

Le 20 octobre j'étais appelé au Mont-Blanc dans la salle de consultations par M. le Dr X... Comme j'attendais mon argent, je croyais qu'il me donnerait ma note de traitement. J'entre dans la chambre.

— Bonjour mes docteurs. Avec le Dr X... était le Dr Y... Le Dr X... a serré ma main.

Docteur. — Je veux vous ausculter, déshabillez-vous.

Moi. — Mon docteur, est-ce que vous voulez me traiter comme un pensionnaire du Sanatorium ?

Docteur. — Absolument.

Moi. — Mon docteur, le gérant M. X... m'a donné sa parole d'honneur de m'attendre avec le paiement de mes notes jusqu'à mon départ; il ne m'a rien dit que Mont-Blanc deviendra Sanatorium, et à cause de cela je vous prie de me traiter comme un pensionnaire de M. X... et non comme un pensionnaire du Sanatorium.

Docteur. — Cela m'est bien égal ; ou vous devez permettre d'être ausculté ou vous devez partir demain.

Moi. — Docteur, vous savez très bien que je n'ai pas reçu mon argent et je ne peux pas partir demain. Comme je ne peux pas partir, il ne me reste que de vous céder puisque vous me forcez ; et j'ai commencé à me déshabiller.

Avant d'ôter ma flanelle, M. X... a commencé à me crier : Habillez-vous, fichez-moi le camp, allez-vous-en, vous êtes bête, vous êtes bête, vous êtes bête !

Moi. — Docteur, qui vous a donné le droit de m'offenser de la sorte ? Je dois vous dire que jusqu'à présent personne ne m'a offensé comme vous, surtout un de mes médecins.

Docteur. — Non, Monsieur, on peut vous offenser.

Moi. — Vous m'offensez parce que je n'ai pas reçu mon argent et je ne peux pas quitter; vous êtes mon médecin et vous m'offensez, c'est mal de votre part, comme médecin, d'offenser un de vos malades qui ne peut pas se défendre.

Docteur. — Pourquoi êtes-vous venu ?

Moi. — Parce que vous m'avez appelé.

Docteur. — Je vous ai appelé parce que je m'intéresse à mes malades et non à leur argent.

©BIUM

Moi. — Ici il n'y a pas question d'argent, et si vous parlez de cela je dois vous dire que le travail d'un docteur doit être payé comme chaque travail, et celui qui ne paye pas le travail de son docteur, il le vole !

Je dois vous dire, docteur, que je n'avais aucune idée dans ma tête de vous offenser.

Docteur. — Pourtant vous m'avez offensé !

Moi. — Cela, je ne le vois pas, je parle si mal français que peut-être je me suis mal exprimé ; alors je vous demande mille pardons et je vous répète que je n'avais aucune idée de vous offenser.

Après cela, je suis sorti sans rien dire et naturellement très mécontent. Après cela j'ai retourné sur la galerie où sont nos chaises longues.

Cette désagréable histoire je l'ai racontée à un malade M. G... Je lui dis : « M. G..., si j'étais bien portant après une pareille insulte de la part de mon médecin, je lui aurais brisé la tête en dix morceaux par une giffle. » Après cela j'ai pensé qu'un homme doit se venger par duel, mais je me suis rappelé ma vieille mère et tout de suite j'ai renoncé à cette idée.

A Feydey-Leysin il n'y a aucun amusement. Le seul amusement est le tir à la cible. M. G... tirait avec son fusil callt depuis un mois ; je tirais aussi le 21 et 22 octobre, deux fois après-midi, et je tirais sept, huit coups. Mlle X... a tiré avec mon petit revolver aussi deux coups ; elle a atteint la cible une fois. Puis je cessais de tirer; mais je portais mon revolver dans la poche, croyant que Mlle X... voudrait tirer de nouveau.

Le second docteur, M. Y..., venait tous les jours sur la galerie pour voir les malades. Le 21 octobre il est venu sur la galerie et a dit un bonjour général ; il m'a adressé la parole, mais moi je lui ai répondu d'un ton un peu sec, parce que le Dr X... en m'offensant, après mes excuses, ne s'est pas excusé devant moi. Depuis le 22 octobre, le Dr Y... en visitant la galerie des malades, ne parlait plus avec moi.

Le 3 novembre, le Dr Y..., à 4 h. 1/2 après midi, m'a rencontré au corridor des chalets et m'a dit : « Bonjour Monsieur »; je ne lui ai rien dit; alors, il s'est arrêté et m'a dit : « M. P..., j'étais toujours très bien avec vous et vous ne répondez à mon bonjour ? » Je lui dis qu'il était dans la même chambre où M. le Dr X... m'a offensé, et comme M. le Dr X... ne s'est pas excusé devant moi, je le prends comme son complice et je ne peux pas saluer les personnes qni m'offensent sans s'excuser; il m'a tourné son dos et il a dit quelque chose que je n'ai pas compris.

Le 4 novembre, à 8 heures du matin, M. le gérant m'a dit que j'offensais M. le Dr Y... et que je dois m'excuser devant

©BIUM

lui; j'ai dit à M. le gérant que c'est moi qui est offensé et que je ne peux pas m'excuser devant les personnes qui m'ont cruellement offensé les premières. J'ai prié le gérant de dire aux docteurs de me laisser tranquille et de ne se moquer de moi et je lui ai dit que je pars bientôt. Précisément le 24 octobre, j'ai reçu une lettre de ma belle-sœur, qui m'écrivait dans sa lettre que son mari, c'est-à-dire mon frère Nicolas, m'enverra bientôt mon argent; je pensais de le recevoir entre 4 et 10 novembre. Après le 24 octobre, j'ai dit à la femme du gérant que mon argent viendra bientôt et que je partirai en Italie.

Le 5 novembre, à 4 heures, quand je voulus faire ma promenade ordinaire, le gérant m'a rencontré au corridor des chalets et m'a dit qu'il a à me parler. Nous sommes entrés au bureau du chalet, où était également la femme du gérant. Celui-ci a commencé comme ça : « Avec regret malheureusement, M. P..., je dois vous dire que vous devez partir d'ici demain absolument. » Je lui dis : « Monsieur le gérant, vous savez très bien que je n'ai pas encore reçu mon argent et que je ne peux pas partir, et je crois que vous vous souvenez de m'avoir donné votre parole d'honneur de m'attendre avec le paiement de mes notes jusqu'à ce que je recevrai mon argent »; à cela il m'a répondu qu'il se souvient de sa parole très bien, mais qu'à présent c'est le Dr X... qui est le directeur et que lui est pour rien. Je l'ai prié, je l'ai supplié de n'agir pas de la sorte avec moi, mais il ne voulait rien comprendre. Il me disait que M. le Dr X... a dit que je dois absolument partir demain. Moi, je tremblais; j'étais au désespoir; je lui ai dit que je n'ai que 55 centimes dans ma poche. Le gérant disait : « Je suis pour rien, vous devez partir demain absolument ». Alors, je lui ai demandé de me donner 200 francs pour partir en Italie, et que je lui donnerai un reçu pour toute la somme, c'est-à-dire pour ses 200 francs et pour les notes depuis le 20 août jusqu'au 5 novembre; il m'a refusé cela. Je tremblais et je lui dit qu'il arrivera un malheur, mais je ne savais pas moi-même quel malheur, et je sortis; j'étais comme un fou, j'étais au désespoir et je ne savais pas que faire. Je montais et je descendais la grande route et je ne pouvais même pas penser.

Trois, quatre fois, j'essayai de me maîtriser, mais je n'ai pas pu réussir. Je me donnais cent fois la question que faire? et je ne trouvais aucune réponse dans ma tête; j'avais, comme je l'ai dit déjà, 55 centimes dans la poche; je me suis promené pendant une heure et puis j'entrai dans ma chambre pour changer les chaussures.

Il y a à Feydey-Leysin un étudiant russe de vingt-deux ans et j'entrais après cela dans sa chambre; je tremblais, je lui demandais de me conseiller quelque chose, il ne l'a pas pu. Je

©BIUM

lui dis : « Il ne me reste que de me mettre une balle dans la tête, mais que c'est bête! » Puis je sortis de sa chambre sans arriver à quelque chose de bon qui pouvait améliorer ma situation. Enfin, je voulais voir M. le Dr X...; je l'attendais au corridor du chalet; le docteur auscultait les malades au Mont-Blanc; ordinairement, il vient après dans les chalets, mais quelquefois il se rend directement du Mont-Blanc au Sanatorium Grand-Hôtel. Comme j'avais peur qu'il ira peut-être directement au Sanatorium, j'ai sorti du chalet et j'ai pris place dans la petite galerie qui est à côté du chalet et au bord du grand chemin qui conduit au Sanatorium. Pendant tout ce temps je ne pouvais pas rester deux minutes tranquille à la même place; j'étais très surexcité; voilà que la porte du Mont-Blanc s'ouvre et les Drs X... et Y... sortent. Ils viennent près du chalet; alors, tout tremblant, je m'approche d'eux : « Monsieur le Dr X... »; ils s'arrêtent; j'ai dit : « Monsieur le Dr X..., est-ce que c'est vrai que vous me chassez demain? » Le docteur m'a répondu : *absolument*; je lui dit: « Docteur vous savez que je n'ai pas reçu mon argent et que je ne peux pas partir; de grâce, docteur, je n'ai que 55 centimes dans ma poche »; il m'a répondu : « Voilà ce qui m'est bien égal ». Tout cela de la part du docteur était prononcé d'un ton sévère et glacial. Mes jambes tremblaient, je sentis un froid repasser mon corps; je ne me rappelle pas comment j'ai pris mon petit revolver qui était dans ma poche et j'ai commencé à tirer vite en face du docteur; puis M. le Dr Y... se jeta sur moi, il m'a pressé contre le mur du chalet, puis il m'a lâché et j'ai tiré encore un ou deux coups vers le Dr X.... Combien de coups j'ai tiré, je ne sais jusqu'à présent; comment les docteurs sont partis, je ne me le rappelle non plus; j'ai resté une, deux minutes comme ivre et puis je me suis rendu dans le chalet; on m'arrête; je n'ai rien parlé et plus tard les gendarmes m'ont amené à la prison du château, à Aigle. Dans deux jours dans la prison seulement, j'ai compris ce que j'ai fait. Voilà comment c'est passé ce triste et terrible crime.

(Lettres remises par Julien P..., le 24 décembre 1896.)

Examen direct (au mois de janvier 1897). — Julien P... est d'une taille un peu supérieure à la moyenne. Il est assez maigre. La peau n'offre rien de particulier à mentionner. La figure est pâle et le crâne n'offre, en apparence, rien d'anormal. Le front est haut et symétrique. Les pupilles sont égales et réagissent bien. Les oreilles sont normales. La voûte palatine est également normale.

Le thorax est assez bien développé. On constate une

©BIUM

submatité au sommet du poumon gauche avec diminution des bruits respiratoires, et à la base également du poumon gauche, on entend de nombreux râles. Pas de toux, ni d'expectoration. Le cœur fonctionne bien. Le pouls est régulier. Les organes abdominaux n'offrent rien d'anormal, ainsi que les organes génitaux. La démarche est bonne. La sensibilité est normale. Les réflexes patellaires sont normaux. L'attitude est assez bonne ; les mouvements sont lents.

L'expression de la physionomie est plutôt déprimée : P... a l'air soucieux et inquiet. Le regard est sombre. Il parle facilement et avec une certaine vivacité, à laquelle se mélange un sentiment de tristesse et de désespoir. Son humeur est presque toujours égale. Il est généralement tranquille et emploie son temps à lire quelque peu ; il est content de voir quelqu'un entrer dans sa cellule afin de pouvoir parler.

Son intelligence paraît tout à fait intacte ; sa mémoire est excellente. Il répond d'une manière exacte et sans hésitation à toutes les questions. Il se rend parfaitement compte du passé et pense avec angoisse et frayeur à son triste avenir. Il raconte avec détail les circonstances et les motifs qui l'ont poussé, d'une façon, pour ainsi dire, fatale, à commettre son crime. Sur ce sujet, il s'étend avec beaucoup de complaisance sur les divers torts que le Dr X... aurait eus envers lui. Mais il manifeste un sincère repentir de son action, sans toutefois accabler sa victime de reproches. A plusieurs reprises, il prononce ces paroles : « Le Dr X... et moi avons rendu malheureuses deux familles ; moi la sienne, et lui la mienne. S'il ne m'avait pas chassé, tout aurait pu être évité. »

Les sentiments affectifs et religieux paraissent assez développés. Il parle avec émotion de sa vieille mère, ainsi que de sa famille, qu'il a déshonorée. Il voudrait voir le prêtre pour se confesser.

Le 23 décembre (deux jours après son arrivée à l'asile de Cery), on lui a permis une courte entrevue avec son frère Jean, le lieutenant d'artillerie, accouru depuis la Bulgarie, ainsi qu'à son neveu, étudiant en droit à Genève. Ce fut une scène navrante. P... sanglotait et poussait des cris de désespoir en s'accusant du terrible crime.

©BIUM

Les jours suivants, il est plus calme, mais abattu. Il lit un peu. Il désirerait être renseigné sur le Pénitentier (prison des détenus) et savoir si on y est occupé. Il demande aux médecins si son affection pulmonaire est assez avancée, s'il mourra bientôt en prison. Une autre fois, il exprime l'ardent désir de guérir complètement afin de pouvoir redresser en partie ses torts : il désirerait devenir garde-malade à Leysin et faire du bien aux malheureux poitrinaires.

Un autre jour, il exprime aux médecins l'intention de léguer sa fortune aux infortunés et aux pauvres ; car pour lui-même l'argent n'a plus aucune valeur.

Il a l'air content lorsqu'on s'efforce de le consoler, et il marque même de la reconnaissance quand on lui adresse la parole.

On ne constate aucun trouble psychique : ni hallucinations, ni illusions, ni idées délirantes ou obsédantes. Le sommeil est assez bon. L'appétit et la digestion ne laissent rien à désirer.

Appréciation. — Après avoir passé en revue la vie antérieure et l'état actuel du meurtrier, nous devons examiner la question suivante : « Avons-nous affaire à un individu atteint d'aliénation mentale, oui ou non? » La réponse est facile à donner : Julien P... n'est pas du tout aliéné. Il ne présente actuellement aucun trouble psychique et se trouve en pleine possession de ses facultés intellectuelles et morales. Tout cela nous paraît tellement clair et naturel qu'il nous semble inutile d'apporter des preuves à l'appui de ce que nous venons d'avancer. Mais la question est plus difficile et se complique de plus en plus, aussitôt qu'il s'agit de constater si cet individu, au moment où il a commis le crime, était pleinement conscient de ses actes et maître absolu de sa volonté. D'une part, si nous avons dit plus haut que P... n'est pas aliéné, d'autre part, nous ne pouvons pas affirmer qu'il est tout à fait normal. Issu d'une famille dont plusieurs membres sont mal pondérés, impulsifs, perdent l'équilibre moral à la moindre occasion, deviennent mélancoliques et cherchent à se suicider, il appartient lui-même à ce grand groupe des déséquilibrés ou dégénérés héréditaires, qui se trouvent sur le sentier étroit entre la santé et la folie. Une

©BIUM

émotion quelconque, une déception ou contrariété sont des motifs suffisants pour les faire dérailler, perdre la tête et commettre des actes irréfléchis et insensés. Chez ces individus, l'influence funeste des boissons alcooliques est connue depuis longtemps.

P... est en outre poitrinaire. Si sa santé physique s'est bien améliorée, nous devons prendre en considération que, depuis sept ans, il se traîne d'une station climatérique à l'autre pour se soigner. Il ne pense qu'au rétablissement complet de sa santé, qui lui est chère avant tout ; en évitant avec le plus grand soin tout ce qui pourrait lui être nuisible, il devient de plus en plus égoïste et irritable. Son irritabilité dépasse toutes les limites, aussitôt qu'il se croit offensé. Nous avons vu de quelle manière il a réagi, le 20 octobre, lorsque le Dr X..., s'intéressant à son état, voulait l'ausculter. Cela ne convenait pas à P... qui, perdant son sang-froid, se fâcha outre mesure et proféra des menaces. Il se calma, il est vrai, peu à peu; mais le feu couva sous les cendres, d'où devait surgir la flamme, le 5 novembre, lorsque P... se vit chassé irrévocablement.

Sous le coup de cette vive émotion, il perd toute force de résistance et marche, saisissant le revolver (toujours à sa portée) pour détruire en un clin d'œil le bonheur de l'existence de tant de personnes. Etait-il dans ce malheureux moment tout à fait normal ? Il nous est difficile de répondre d'une manière catégorique, car nous ne savons pas dans quel état il se trouvait immédiatement avant et après le crime. D'après son propre récit, il affirme: « J'étais très surexcité, je ne pouvais pas rester deux minutes tranquille sur la même place. » Dans cet état d'excitation, il voit arriver les Drs X... et Y... et entend qu'il faut absolument partir. Alors, dit-il : « Mes jambes tremblaient ; je sentis un froid passer en mon corps, je ne me rappelle pas comment j'ai pris mon petit revolver, qui était dans ma poche, et j'ai commencé à tirer, etc. Je suis resté une, deux minutes comme ivre, et puis je me suis rendu dans le chalet, etc., etc. »

D'après tout ce qui précède, nous sommes forcés d'admettre que cet individu, au moment du crime, se trouvait sous l'influence d'une surexcitation, mais qu'il était en possession de ses facultés et capable de savoir

©BIUM

ce qui est permis et ce qui est défendu. Toutefois, il faut prendre en considération que P... appartient au groupe des déséquilibrés, et que ces individus ont toujours beaucoup plus de peine à résister à leurs passions et à leurs penchants impulsifs qu'un homme normal dont le cerveau est bien constitué.

L'expertise médico-légale avait à répondre aux deux questions suivantes :

1° L'accusé est-il dans un état de démence, ou atteint d'une maladie ou d'une infirmité qui le mette hors d'état d'apprécier les conséquences et la moralité de ses actions?

2° Était-il dans un semblable état lorsqu'il commit le crime pour lequel il est poursuivi? (Code pénal vaudois, article 51, lettre 3.)

Sur ces deux questions, l'expertise conclut comme suit :

1° L'accusé n'est pas dans un état de démence, ou atteint d'une maladie ou infirmité qui le mette hors d'état d'apprécier la conséquence et la moralité de ses actes ;

2° Il n'était pas dans un semblable état lors de la perpétration du crime pour lequel il est poursuivi. Toutefois, il faut prendre en considération que Julien P... est un déséquilibré impressionnable et qu'il a perpétré son crime sous l'impression d'une forte émotion.

Julien P... quitta l'asile de Cery, le 14 janvier 1897. Au moment de son départ, il s'emporta contre les médecins et les accusa d'avoir été incorrects à son égard, pour ne pas l'avoir prévenu du jour et de l'heure de son renvoi en prison. Ajoutons qu'une fois déjà il s'était subitement mis dans une violente colère, parce qu'on lui avait demandé à quelle confession religieuse il se rattachait.

Les débats du procès de Julien P... se sont dérou-

©BIUM

lés devant le tribunal criminel du district d'Aigle, siégeant avec l'assistance du jury, les 25 et 26 février 1897 : Julien P... était accusé d'avoir tué le *Dr X... avec préméditation*. Cependant l'acte d'accusation constate que P... avait constamment nié avoir prémédité son crime, et ce dernier, dans son interrogatoire devant le tribunal, a maintenu les faits relatés dans son mémoire écrit à l'asile de Cery. Il reconnaît avoir tué le Dr X..., « mais comme un malade qui ne sait pas trop ce qu'il fait ». Plus loin, dans sa déposition, nous relevons encore la façon dont il décrit la scène tragique de son crime : « Le 5 novembre, lorsqu'on m'eut signifié mon renvoi de la station climatérique, je perdis l'esprit. Je me promenai de long en large. Je n'avais pour tout argent que 55 centimes. Je ne savais que devenir. J'étais incapable de lire et de réfléchir. Une seule idée me poursuivait : voir encore le Dr X... pour m'entendre avec lui. Je l'attendis longtemps. Il parut enfin avec le Dr Y... Tout tremblant, je demandais au Dr X... : « Est-il vrai que vous me chassez ? » — « Absolument », répondit-il, d'un ton glacial. Alors que se passa-t-il ? Je me sentis tout froid et je tirai de mon revolver je ne sais combien de coups contre le Dr X... Depuis, je ne me souviens de rien. Ce n'est qu'en prison que je me suis rendu compte de mon crime. »

Il contesta avoir dit qu'il voulait tuer le Dr X... « Peut-être ai-je proféré des menaces, je n'en sais rien ; j'étais absolument surexcité ; comme des connaissances me l'ont dit, je suis un homme pas normal, je l'ai caché tant que j'ai été à Cery, parce que je ne voulais pas qu'on me crût fou. Je reste longtemps silencieux. Et puis, tout d'un coup, j'ai besoin de parler, et, quand je parle, j'exagère toujours. Je raconte des choses qui ne sont jamais arrivées. Et puis, quand je suis seul, je me dis :

©BIUM

Pourquoi racontes-tu des choses qui ne sont pas vraies ? Je me donne ma parole de ne plus recommencer et je recommence. C'est plus fort que moi. C'est ainsi que j'ai dit toutes ces bêtises de gens que je voulais tuer. »

M. le professeur Dr S. Rabow, directeur de l'asile de Cery, qui avait été commis comme expert, confirma les conclusions de son rapport en les développant dans une déposition intéressante, qui causa une profonde sensation. L'honorable expert soutint la thèse que si J. P... n'était pas un aliéné, en revanche il n'est pas tout à fait normal ; c'est sans aucun doute un *déséquilibré*. Ainsi que le prouvent surabondamment d'ailleurs ses antécédents héréditaires et personnels, P... est un anormal depuis sa naissance. Enfant gâté, malade, P... ne pensa qu'à sa santé ; il ne s'occupa de personne que de lui-même ; il n'a pas d'amis et vit seul. Il a eu des difficultés avec tous les médecins, à Davos, à Montreux, à Nicolaïef, même avec le Dr ***, un spécialiste pour les affections de la poitrine, que P... aimait beaucoup. « Si, a-t-il dit, le Dr *** avait déclaré que je suis incurable, je lui aurais cassé la tête d'un coup de revolver. » Comme tous les dégénérés, P... est un impulsif. Et pour montrer comment les individus pareils à P... sont incapables de résister à une impulsion quelconque et commettent souvent des crimes atroces sous l'influence d'une cause minime, le professeur Rabow cita plusieurs exemples frappants : celui d'un homme, ordinairement de bon sens, qui tire un coup de revolver sur un médecin, qui vient de lui faire l'incision d'un panaris ; un autre qui tue deux enfants parce qu'ils ont, dans la rue, éclaboussé de boue son manteau ; un troisième, qui assomme son camarade de chambre parce qu'il ronfle, etc., etc.

Nous ne voulons pas nous étendre sur la brillante plaidoirie du défenseur de P..., qui s'efforça de démon-

©BIUM

trer qu'il n'y avait pas eu de préméditation. Tout l'intérêt de la défense porta sur ce point.

Le jury rendit le verdict suivant :

1° P... est-il coupable d'avoir donné volontairement la mort au Dr X... ?

Réponse : *Oui*, à l'unanimité.

2° A-t-il agi avec préméditation ?

Réponse : *Oui*, par 8 voix, *Non* par 1 voix.

3° A-t-il été violemment provoqué ?

Réponse : *Non*, à l'unanimité.

4° Existe-t-il des circonstances atténuantes en faveur de l'accusé ?

Réponse : *Oui*, à l'unanimité.

La Cour condamna Julien P... à quinze ans de réclusion (minimum de la peine applicable).

A plusieurs reprises, nous avons eu l'occasion de visiter ce malheureux dans sa prison. Son affection de poitrine s'est aggravée, son état mental ne s'est pas modifié.

Asile de Cery, le 17 janvier 1899.

©BIUM

Établissements d'aliénés.

—

L'ASILE DE PONTAREUSE

POUR LA GUÉRISON DES BUVEURS

Par le Dr CHATELAIN

Ex-médecin en chef de l'asile de Préfargier (Suisse).

Un des principaux symptômes de l'alcoolisme est, on le sait, un affaiblissement croissant de la volonté, marchant de pair avec l'obnubilation du sens moral. Comme le morphinomane, l'alcoolisé est un esclave ; sa force de caractère baisse à mesure que monte le besoin de la boisson. Or, besoin n'est point ici une fleur de rhétorique. De même que le morphinomane privé de morphine ressent d'intolérables malaises, ainsi le buveur à jeun peut souffrir, et souffre en effet souvent, beaucoup : soif intense que n'apaise pas l'eau, « brûle-cou », aigreurs d'estomac, nausées, le feu dans la poitrine. Puis à ces malaises physiques s'ajoutent le manque de courage, l'inaptitude au travail, l'humeur sombre, une irritabilité extrême. Tout cela appelle de nouvelles doses d'alcool qui seules procurent un soulagement momentané, et il est presque aussi impossible au buveur de ne pas reboire qu'il nous est impossible de ne pas nous frotter avec énergie l'œil dans lequel un moucheron vient de se jeter. A ce degré-là d'alcoolisme, il n'y a pas de bonnes résolutions qui tiennent ; le

©BIUM

besoin est entré dans l'organisme mille fois plus fort que tous les raisonnements ; il faut à celui-ci de l'alcool, n'importe lequel et à n'importe quel prix.

Dans cet état d'obnubilation du sens moral et d'affaiblissement de la volonté, l'alcoolisé perd peu à peu la conscience de sa dégradation, devient indifférent aux angoisses des siens, à ses affaires en souffrance. Peu lui importent, lorsque la rage de boire le prend, les supplications et les larmes ; c'est de l'alcool qu'il lui faut. Et si pourtant le sentiment de sa dégradation le prend ; si, dans une accalmie, il voit l'abîme dans lequel il roule, alors... il boit de nouveau, pour s'étourdir. Beaucoup se suicident. Il faut, paraît-il, plus de courage pour se corriger que pour se tuer !

C'est ce manque de conscience de leur dégradation qui fait que tant de buveurs cherchent si peu à se corriger. Quand un homme est malade, vite il court au médecin et à la pharmacie. L'alcoolisé, lui, est moins pressé ; sa maladie lui plaît et le remède est désagréable.

Le remède, le seul remède, est l'abstinence totale. C'est là une loi qui n'a plus besoin d'être démontrée.

Il y a des exceptions, je le sais. On a vu des buveurs se corriger en devenant, non abstinents, mais simplement tempérants, deux choses fort différentes que l'on confond trop souvent ; ces buveurs-là se sont arrêtés à temps ; rassemblant toutes leurs forces, ils se sont ressaisis avant le naufrage final. Mais ces exceptions sont si rares ! En recherchant dans mes souvenirs les cas que j'ai connus personnellement, j'en trouve trois, je crois, en comptant bien, après une pratique de bientôt quarante ans.

Pour les autres, pour la grande masse, pour tous ceux que l'alcool a réduits en esclavage, la règle subsiste dans toute sa force : l'abstinence absolue seule peut les sauver. Et ici je pose un nouvel axiome : Pour

©BIUM

l'alcoolisé, il est plus facile de s'abstenir entièrement que de se modérer.

Demandez-le aux buveurs corrigés ; tous vous répondront qu'il faut plus de force de volonté, plus de luttes pour boire moins que pour ne plus boire du tout. Demandez-le à ceux qui sont retombés ; tous vous diront qu'après une période d'abstinence totale, le premier verre qu'ils ont bu — se croyant guéris et voulant s'en donner la preuve — a été suivi d'un second, le second d'un troisième, ce troisième de tous les autres, et tous les autres d'une rechute complète.

Il en est ainsi dans d'autres domaines. Bien des gens, par exemple, qui font abus de tabac, préfèrent, s'il le faut, s'en priver complètement plutôt que de fumer moins.

Mais s'abstenir n'est pas facile, et les raisons en sont multiples. En premier lieu, nous venons de le voir, les besoins de l'organisme. Il lui faut son excitant habituel ; il souffre de sa privation et le réclame à grands cris. Puis dans la vie ordinaire, dans le milieu de tous les jours, la tentation est de tous les instants. On voit du vin sur toutes les tables ; comment s'abstenir à côté de gens qui boivent? Les enseignes des cabarets vous sourient, comment ne pas entrer? Et l'habitude, cette seconde nature, l'habitude de boire à heure fixe, avec ou sans soif, l'eau-de-vie le matin, l'apéritif avant le dîner, la liqueur après, le coup du soir sur la fatigue! Et dans les classes aisées les fins repas largement arrosés, les plantureux soupers prolongés tard dans la nuit! Et les voyages, les buffets de gares, les marchés scellés par une ou par plusieurs bouteilles, les réunions, banquets et fêtes de tout genre, bref les mille occasions de rompre au vœu que trop souvent on n'a fait qu'à regret! L'occasion, dit-on, n'a de cheveux que par devant ; pour le buveur elle en a de tous les côtés.

©BIUM

Certaines professions, d'ailleurs, sont directement une cause fréquente d'alcoolisme, celles qui demandent de grands efforts musculaires ou cérébraux, celles dans lesquelles des poussières diverses, houille, farine, ciment, poussières des routes pour les cochers et les charretiers, les employés des tramways, etc., irritent le pharynx et provoquent la soif. Dans de certains cas, si l'individu veut devenir abstinent, un changement de profession s'impose.

A toutes ces difficultés s'ajoutent souvent — chose triste à dire — les railleries des camarades et amis. — « Tu as signé l'abstinence? Tu n'es donc plus un homme? » Le buveur est humilié de voir son compagnon de ribote se corriger. Sa conversion l'irrite en lui faisant toucher du doigt sa propre plaie; donc, que l'autre ne se corrige pas, et, pour l'en empêcher, tous les moyens sont bons.

Enfin, le buveur qui essaie de se corriger sans sortir de son milieu ordinaire éprouve dans bien des cas un véritable sentiment d'isolement moral. Il est, en quelque sorte, trop souvent seul de son espèce, et ce n'est point agréable d'être seul de son espèce. Quand il sera guéri, cela le laissera froid; les gens autour de lui pourront se moquer et boire à plein gosier... ce sera lui qui se moquera d'eux, car il sera devenu fort et, a dit un sage, M. de Gasparin, je crois : « Vous reconnaîtrez l'homme vraiment libre à ceci, qu'il sait au besoin être seul de son avis. » Mais cette force, où le buveur pourrait-il la prendre aussi longtemps qu'il n'est pas guéri? Il a besoin de se sentir appuyé, encouragé par l'exemple, soutenu par des paroles d'affection.

Si, au lieu de cela, il rencontre l'indifférence, la raillerie et les haussements d'épaules, il se trouve dans la situation d'un conscrit qu'on obligerait à marcher seul au

©BIUM

feu tandis qu'il verrait ses camarades bien à l'abri derrière un rempart.

Il est donc, dans un grand nombre de cas, nécessaire de sortir le buveur de son milieu habituel physique et moral, de l'entourer d'abstinents parmi lesquels il ne sera plus un être à part, seul de son espèce. Il faut, jusqu'au moment où son organisme aura perdu le besoin de l'alcool, où sa volonté raffermie sera redevenue normale, il faut, dis-je, qu'il ne voie plus d'alcool, qu'il soit mis dans l'impossibilité absolue de boire. Tel est le but des asiles pour la guérison des buveurs.

Celui de Pontareuse, dans le canton de Neuchâtel (Suisse), a été créé sous les auspices de la Ligue patriotique contre l'alcoolisme et ouvert en 1897.

Il est situé en pleine campagne, à près de trois kilomètres du village le plus rapproché, au pied même des grandes forêts de sapins qui couvrent les pentes de la montagne de Boudry, versant sud de la chaîne du Jura. Le domaine, d'où l'on jouit d'une vue superbe sur le lac de Neuchâtel, a une étendue d'environ 15 hectares, bois, prés et vergers. Aux deux maisons de ferme existant déjà lors de l'achat par l'asile a été ajouté un bâtiment de construction nouvelle.

Les anciennes maisons réparées et remises à neuf sont les locaux de l'exploitation agricole, écuries pour un cheval et huit vaches, granges, porcherie et poulailler. La plus grande contient en outre cinq chambres pour pensionnaires avec huit lits. Dans l'autre se trouvent un grand atelier, un séchoir et une chambre de bains.

Le bâtiment neuf contient : en sous-sol, les caves à légumes et un atelier bien éclairé servant en même temps de salle de réunion; au rez-de-chaussée surélevé, le réfectoire, la cuisine et le bureau du directeur. Au premier étage se trouvent l'appartement de ce dernier

©BIUM

et des chambres de pensionnaires. Au second, il y a encore quelques chambres et des locaux affectés au service du ménage, lingerie, etc.

Le personnel de l'aide se compose du directeur, de sa femme et de sa fille — ces deux dernières vaquant aux soins du ménage — et d'un valet de ferme. Il n'y a pas de médecin spécialement attaché à l'asile. Pontareuse touche au domaine de l'hospice cantonal des incurables de Perreux, dont les médecins, en cas de besoin, lui prêtent leur dévoué concours.

Pour bien indiquer le caractère et l'organisation intérieure de l'asile, le mieux sera peut-être de donner les principaux articles de son règlement.

Art. 1^er^. — Le principe fondamental du traitement employé à l'asile est l'abstinence totale. Toute boisson alcoolique est un poison pour le buveur qu'elle ruine physiquement et moralement. La seule chance de salut est l'abstinence, et c'est pour lui en faciliter la résolution que l'asile le reçoit.

Pour l'encourager et lui donner le bon exemple, le directeur, sa famille et tous les employés de la maison sont abstinents. L'asile est donc une grande famille, dont tous les membres travaillent d'un seul cœur au relèvement de ses pensionnaires et à la lutte contre l'alcoolisme.

Il est formellement interdit d'introduire aucune boisson alcoolique quelconque dans la maison.

Si, dans des cas tout à fait exceptionnels de maladie physique, l'emploi d'une boisson alcoolique était jugé nécessaire comme médicament, elle ne pourra être administrée que sur prescription du médecin.

Art. 2. — Après l'abstinence, le travail est le moyen le plus précieux de guérison. Tout pensionnaire est donc tenu de s'occuper selon ses forces et ses aptitudes aux

©BIUM

travaux qui lui sont assignés par le directeur. Le produit de ce travail appartient à l'asile.

Le dimanche et les jours fériés sont consacrés — outre les travaux indispensables de la ferme — au culte, au repos, à des récréations diverses et — quand le temps le permet — à des promenades en commun.

Art. 4. — Toute personne majeure désirant être admise à l'asile doit remplir les formalités suivantes :

A. S'engager par écrit à rester à l'asile tout le temps fixé pour son traitement par le Comité du Conseil d'administration et à se soumettre strictement aux règles de la maison et à l'autorité du directeur.

Le temps de traitement ne sera pas dans la règle inférieur à six mois.

Pour les mineurs, l'engagement devra être ratifié par les parents ou tuteurs.

B. Fournir un certificat médical constatant que le candidat à l'admission *n'est pas aliéné*. Le certificat devra donner autant de détails que possible sur les antécédents du buveur, sur les causes présumées de son alcoolisme, sur sa famille et les conditions d'hérédité dans lesquelles il se trouve sous le rapport mental et nerveux, sur son caractère, sa santé physique, etc.

C. Fournir un acte d'origine ou telle autre pièce de légitimation jugée suffisante.

D. Présenter un engagement de paiement régulier de la pension au taux qui sera fixé par le Comité.

Art. 8. — Les journaux, livres et envois quelconques adressés aux pensionnaires sont soumis au contrôle de la direction.

Les pensionnaires ne peuvent avoir aucun argent de poche. Celui dont ils seraient porteurs à leur entrée devra être remis au directeur.

Art. 9. — Il est absolument interdit aux pensionnaires comme aux employés d'entrer au cours de leurs

©BIUM

promenades dans aucun établissement où se débitent des boissons alcooliques.

Art. 10. — Les proches parents des pensionnaires sont admis à les visiter, et cela pour autant que la direction n'y verra pas d'inconvénients. Toute autre personne devra être munie d'une autorisation écrite de la famille.

Il est interdit aux visiteurs de remettre aux pensionnaires de l'argent, des aliments, boissons, etc., sans l'autorisation du directeur.

Art. 11. — La sortie a lieu au jour fixé dans l'engagement signé par le pensionnaire ; mais si celui-ci ne se sent pas encore suffisamment guéri pour rentrer sans crainte de rechute dans la vie ordinaire, il pourra toujours demander à prolonger son séjour dans l'asile. Dans ce cas, il devra signer un nouvel engagement pour un temps déterminé convenu entre le directeur et lui.

Le mineur devra faire ratifier cet engagement par ses parents ou son tuteur.

Art. 12. — Les pensionnaires étant libres sur parole en dedans des limites fixées par le règlement intérieur de l'asile, celui qui profiterait de cette liberté pour le quitter sera simplement porté comme sorti, et ce qui pourra rester à courir de sa pension demeurera acquis à la maison.

Il en sera de même lors de toute sortie qui aurait lieu avant le terme convenu, n'importe sous quel prétexte, à moins que les motifs n'en soient reconnus valables par le Comité ; ainsi, un deuil ou telle autre circonstance de famille qui rendrait nécessaire la rentrée du pensionnaire chez lui.

Art. 13. — Le Comité et même, en cas d'urgence, le directeur ont le droit de renvoyer — au besoin immédiatement — tout pensionnaire dont la tenue ou les propos seraient un objet de scandale dans l'asile, ou qui

©BIUM

se rendrait à réitérées reprises coupable d'infractions graves aux règles de la maison et aux avis du directeur.

Le Comité se réserve le droit de renvoyer un pensionnaire qui serait atteint d'une maladie assez grave pour nécessiter un traitement et des soins incompatibles avec la marche ordinaire du service de l'asile.

Voici maintenant quelques extraits du règlement intérieur de l'asile.

Art. 3. — Tous les habitants de l'asile, pensionnaires et employés, doivent avoir une tenue convenable, être polis et prévenants les uns envers les autres, s'abstenir de tout propos grossier. Il est également interdit de se disputer, de faire des plaisanteries inconvenantes, de critiquer les règles de l'asile ou les ordres de la direction.

Art. 4. — Si un pensionnaire a une demande à faire au directeur, ou une plainte à formuler, il ne doit pas s'adresser à lui devant d'autres pensionnaires, à table ou au travail, mais seulement lorsqu'ils seront seuls. Le mieux sera, en pareil cas, de venir trouver le directeur à son bureau.

Art. 5. — Il est sévèrement interdit à tout habitant de l'asile de raconter ou d'écrire à personne ce qui s'y passe, et surtout de parler des pensionnaires, d'indiquer leurs noms. La discrétion la plus absolue est un des premiers devoirs de chacun; les employés en donneront l'exemple en toute occasion.

Art. 6. — Les pensionnaires sont libres dans toute l'étendue du domaine, mais il leur est interdit d'en franchir les limites sans autorisation spéciale.

Art. 8. — A l'exception de ceux qui en seront exemptés par le directeur, les pensionnaires font eux-mêmes leur lit, et dans les dortoirs communs sont chargés à tour de rôle des soins de propreté de la salle.

Le service de propreté de la salle à manger, des cor-

©BIUM

ridors, ateliers et escaliers est également fait par les pensionnaires.

Art. 9. — Il est interdit de fumer dans les écuries, granges et remises, ainsi que dans les chambres à coucher communes.

Art. 10. — Le lever a lieu, dans la règle, à 5 h. 1/2 en été et à 6 h. 1/2 en hiver. Le coucher a lieu à 9 heures en hiver et à 9 h. 1/2 en été.

Le directeur sera toujours libre d'autoriser les exceptions qui lui paraîtront nécessaires dans l'intérêt de la santé des pensionnaires.

Une demi-heure après la cloche du coucher, toutes les lumières doivent être éteintes.

Art. 11. — Dans la règle, les pensionnaires emploieront le dimanche pour faire leur correspondance. Il leur est interdit d'envoyer aucune lettre, de faire faire aucun message au dehors sans l'autorisation du directeur.

Les lettres qu'ils reçoivent doivent leur être envoyées ouvertes sous enveloppe à l'adresse de la direction de l'asile.

De même, ils doivent remettre celles qu'ils écrivent ouvertes au directeur, qui les enverra à leur adresse s'il juge qu'elles peuvent être expédiées.

Après un séjour d'un certain temps, le directeur pourra accorder la liberté de correspondance aux pensionnaires qui lui paraîtront mériter cette confiance.

Pontareuse — comme du reste les asiles similaires en Suisse et dans d'autres pays — n'a donc rien qui rappelle, même de loin, l'hospice ou la maison de correction ; c'est une grande famille ; son principe fondamental est celui du relèvement par la liberté, en ce sens que le buveur qui veut se corriger se soumet librement au séjour de l'asile et à la discipline indispensable. Il fait ainsi acte de volonté propre, et ce sentiment qu'il veut

©BIUM

lui-même s'affranchir de son vice et en accepte le moyen, le relevant déjà dans sa dignité, constitue le plus puissant facteur de réussite. Comme le malade se soumet docilement, parce qu'il a confiance, aux prescriptions de son médecin, si désagréables qu'elles puissent être, ainsi le buveur accepte la tutelle qu'il s'est imposée de son plein gré et se soumet sans résistance aux restrictions d'une liberté dont il a jusque-là fait un si mauvais usage. La pensée qu'il devra sa guérison en premier lieu à lui-même et à sa persévérance lui donne le courage de résister aux suggestions du vieil homme, si fortes encore dans les premiers temps de l'abstinence. Il est d'ailleurs soutenu et encouragé par son entourage; chacun autour de lui est abstinent; il ne voit plus d'alcool, et pour s'en procurer devrait enfreindre la première règle de la maison, au risque de s'en faire chasser.

Tout cela — et c'est le bienfait de l'asile — facilite singulièrement au buveur une lutte qui précédemment, dans les circonstances ordinaires de la vie, n'a abouti qu'à des défaites. Plus tard, lorsque l'organisme aura perdu l'appétence maladive pour l'alcool, ces suggestions du passé et ces révoltes du besoin non assouvi s'affaibliront de plus en plus, et l'abstinence, qui d'abord paraissait impossible, devient naturelle et facile. A ce moment-là, l'ancien buveur, bien près d'être guéri, demande souvent spontanément à « signer » l'abstinence à vie avant de quitter l'asile; s'il ne le demande pas, le directeur est là pour le lui conseiller. Beaucoup signent; ce sont les sages.

Le traitement de Pontareuse est — cela ressort de tout ce qui vient d'être dit — absolument négatif, pharmaceutiquement parlant. L'abstinence, jointe à une alimentation très substantielle, en fait tous les frais. Les repas sont au nombre de cinq :

Déjeuner, à 7 heures : café au lait et pain.

©BIUM

Dix heures : thé et pain.

Diner : soupe, deux légumes verts ou secs, ou un légume et un plat de pâtes, riz, etc., viande.

Quatre heures : café au lait, pain.

Souper : soupe, un plat de riz, macaroni, etc., viande ou fromage.

Comme boisson, exclusivement de l'eau.

Les repas se prennent tous en commun avec le directeur et sa famille.

Quelques mots, enfin, du côté financier de la fondation.

Un certain nombre de personnes généreuses, ayant à cœur de contribuer à la lutte contre l'alcoolisme, ont formé une société au capital de 80,000 francs répartis en 160 actions de 500 francs. Cette société a acheté le domaine de l'asile, réparé les anciens bâtiments, construit le nouveau et fourni les fonds nécessaires à l'achat du mobilier et du bétail, puis, cela fait, loué le tout — au modeste intérêt de 3 p. 100 — à la *Société de l'asile de Pontareuse*, formée, nous l'avons dit plus haut, sous les auspices de la Ligue neuchâteloise contre l'alcoolisme. La société est administrée par un comité de dix-sept membres, dont un nommé par l'Etat et le représentant. Est membre de la société toute personne qui paie une cotisation annuelle de 5 francs. En versant 100 francs une fois pour toutes on en devient membre à vie.

La société de l'asile est donc locataire de la société propriétaire de l'immeuble. Ses membres se réunissent au moins une fois par an pour recevoir les comptes et rapports annuels, renommer le comité à l'expiration de son mandat et prendre les décisions importantes qui ne sont pas de la compétence de ce dernier.

Les ressources de l'asile sont : les cotisations des membres de la société, les pensions payées par les pensionnaires, une subvention de l'Etat de Neuchâtel, de

©BIUM

5,000 francs, prélevée sur la « dîme de l'alcool (1) », et enfin les dons et legs qui peuvent lui être faits.

Le taux de pension varie suivant la nationalité et la position financière du pensionnaire. Il va de 1 franc — Neuchâtelois indigents dont la pension est payée par leur commune ou par des bienveillants — à 4-5 francs : étrangers à la Suisse ayant droit à une chambre particulière.

L'exercice de 1897 a bouclé par un déficit de 653 fr. 25, celui de 1898 par un déficit de 166 fr. 50.

Tout est compris dans le prix de pension, sauf les dépenses tout à fait personnelles au pensionnaire, vêtements, cigares, ports de lettres, etc. Le raccommodage du linge de corps et des vêtements est fait gratuitement par l'asile pour autant qu'il ne nécessite que de menues dépenses. Le tabac est fourni gratuitement aux fumeurs indigents.

Tels sont, esquissés à grands traits, le fonctionnement et le caractère de l'asile de Pontareuse. Il est ouvert depuis trop peu de temps pour qu'il soit possible de présenter aujourd'hui des données statistiques de quelque intérêt. Bornons-nous à constater que les résultats obtenus jusqu'ici sont très encourageants, et à souhaiter bonne prospérité à un établissement aussi manifestement utile et philanthropique.

---

(1) L'alcool est en Suisse un monopole fédéral, dont le produit se répartit entre les cantons au prorata de leur population; mais ils sont tenus d'employer au moins le 10 p. 100 de la somme reçue annuellement à combattre l'alcoolisme dans ses causes ou dans ses effets. C'est ce qu'on appelle la dîme de l'alcool.

©BIUM

Revue critique.

LE

TRAITEMENT CHIRURGICAL

DE L'ÉPILEPSIE

Par le Dr A. CULLERRE

Si le vieux proverbe qu'il n'y a rien de nouveau sous le soleil a jamais été de circonstance, c'est bien à propos du traitement chirurgical de l'épilepsie et en particulier de l'application du trépan à cette désolante infirmité. Cette méthode thérapeutique, qui vient de jouir d'un regain de vogue, n'est pas seulement renouvelée des Grecs ; ce ne serait même pas assez que de dire que son invention se perd dans la nuit des temps ; elle semble avoir pris naissance, comme l'épilepsie d'ailleurs, avec l'humanité elle-même, puisque l'on trépanait déjà à l'époque néolithique. Et l'on sait même qu'en ces temps reculés l'opération ne guérissait pas toujours puisque sur certains des crânes trépanés que l'on a découverts, on ne remarque à la brèche osseuse aucun commencement de réparation.

La renaissance périodique à travers tant d'époques successives d'une méthode aussi radicale et d'une efficacité aussi incertaine est une preuve humiliante de l'impuissance de la médecine contre l'épilepsie. L'expérience du passé s'oublie vite ; quand plusieurs générations de médecins et de malades se sont découragées des méthodes thérapeutiques en usage, on se met en quête de quelque chose de nouveau. Le nouveau, en thérapeutique, n'est bien souvent que du vieux neuf : la

©BIUM

résurrection du procédé du trépan appliqué à l'épilepsie en est une preuve péremptoire.

Arétée, à côté des médicaments, recommandait l'emploi éventuel du trépan dans le mal sacré. Boerhaave voulait que l'on ne risquât cette opération qu'en cas d'épilepsie causée par des lésions cérébrales. Tissot, le plus décidé des partisans de cette méthode, pensait qu'elle était surtout indiquée lorsqu'il existe une altération plus ou moins appréciable du crâne ou des organes sous-jacents. Mais il ne reculait pas devant l'épilepsie essentielle elle-même, car il recommande d'essayer ce moyen lorsque l'épilepsie élude les efforts de l'art, qu'elle est très intense et que le malade sera assez courageux pour s'y soumettre. Aux grands maux, les grands remèdes ! Tissot n'eût même pas reculé devant des trépans réitérés, car à propos d'un épileptique qui n'avait éprouvé d'une première opération qu'un soulagement passager, il émet l'avis que le mal aurait pu disparaître si l'on eût encore appliqué deux ou trois couronnes (1).

On sait que de nos jours, comme au temps de Tissot, l'opération du trépan a d'abord été appliquée à l'épilepsie symptomatique et que d'heureux résultats ont répondu, dans certains cas, à cette rénovation hardie d'une antique méthode tombée dans l'oubli. Dans les cas de lésions localisées du crâne, du cerveau ou des méninges, la suppression de la lésion épileptogène a parfois amené la cessation des crises. Si trop souvent l'amélioration obtenue n'a été que momentanée (2), on compte cependant de nombreux cas de guérison définitive. L'expérience a montré qu'il y avait un triage à faire parmi les lésions épileptogènes et que si les lésions osseuses, spontanées ou traumatiques, sont le terrain de choix où se récoltent les succès de la trépanation, l'échec était presque certain dans les cas de tumeurs cérébrales.

Aussi l'étude des indications de l'opération du trépan dans l'épilepsie jacksonienne a-t-elle été poussée très

(1) Delasiauve. *Traité de l'épilepsie*. Paris, 1854.
(2) Thouvenet. Récidives éloignées de l'épilepsie jacksonienne traitée par la trépanation. *Thèse* de Paris, 1896.

©BIUM

loin. Les auteurs les plus récents ont bien soin de faire observer, en particulier, que l'indication principale se tire de la lésion qui produit les décharges nerveuses et non, comme on l'avait cru d'abord, de l'aspect clinique des convulsions. L'épilepsie partielle n'est pas forcément la conséquence d'une lésion localisée ; elle est parfois l'effet de certaines intoxications : l'urémie, l'alcoolisme, le saturnisme. Elle peut exister avec une intégrité macroscopique complète du cerveau et de ses enveloppes, ce qui la rapproche dans ce cas de l'épilepsie commune ou idiopathique. D'autre part, on ne saurait se baser sur la généralisation des convulsions pour repousser le diagnostic d'épilepsie jacksonienne; car les lésions localisées les engendrent assez souvent, et dans l'épilepsie traumatique tardive les accès revêtent volontiers un grand caractère de généralisation sans que la maladie cesse pour cela d'être justiciable de l'intervention chirurgicale. Ces distinctions aujourd'hui classiques n'ont pas toujours été faites par les chirurgiens, et certains, habitués à opérer dans tous les cas d'épilepsie partielle, se sont plus d'une fois trouvés en présence d'une écorce cérébrale saine. Même dans ce cas, cependant, ils ne se sont pas considérés comme désarmés et ils ont excisé le centre moteur correspondant à l'aura qui constituait le symptôme signal de la crise. Par suite d'un raisonnement faux, ils identifiaient, en agissant ainsi, le centre qui se décharge dans la crise avec le foyer épileptogène qui peut en être plus ou moins éloigné. Aussi les résultats obtenus n'ont-ils guère été encourageants.

Comment donc a-t-on pu revenir, en face d'une expérience aussi claire que celle que fournit le traitement chirurgical de l'épilepsie jacksonienne, à l'application de cette même méthode à l'épilepsie idiopathique? Un élève du Dr Bourneville, M. Rellay (1), croit devoir l'attribuer aux essais plus hardis qu'heureux de craniectomie dirigés ces dernières années contre l'idiotie. On était parti de ce principe, dont la fausseté n'est plus à démontrer, que la microcéphalie est la conséquence d'une synostose prématurée des os du crâne. Pour per-

(1) P. Rellay. *Essai sur le traitement chirurgical de l'épilepsie. Considérations sur quelques cas d'épilepsie traités par la trépanation.* Paris, 1898.

©BIUM

mettre le développement du cerveau entravé par cette ossification prématurée des sutures, on crut logique d'ouvrir des fenêtres dans la paroi de sa prison. Les tentatives furent nombreuses, surtout en France, où la grande presse, qui se mêle de tout, leur donna un grand retentissement. Les microcéphales furent donc opérés en grand nombre et passèrent un moment pour améliorés ; mais bientôt il fallut en rabattre et reconnaître qu'on s'était fait illusion. Il ne resta d'autre ressource aux trépanés que de prendre le chemin de Bicêtre.

Ce fut en vertu des mêmes idées fausses que le trépan fut appliqué à l'épilepsie idiopathique. On voulut faire une opération *décompressive*, destinée à *desserrer* le cerveau, en créant une brèche libératrice. Mais, fait observer avec raison l'auteur du travail que nous analysons, l'état du crâne n'est pas en cause dans l'épilepsie. On ne saurait trop le répéter, l'épilepsie est la conséquence d'une évolution défectueuse, d'un développement anormal de l'encéphale. Le cerveau et le crâne des épileptiques, pas plus que des microcéphales, ne se développent indépendamment l'un de l'autre, et si le développement de l'un des deux était plus particulièrement subordonné à l'autre, ce serait plutôt celui du crâne, dont le rôle paraît être de se mouler sur le cerveau. L'épileptique est en outre un dégénéré victime d'une lourde hérédité, et, comme disent Forgue et Reclus, « ce n'est pas un trou de trépan qui pourra effacer leur tache originelle ».

L'opération est parfois cependant suivie d'une amélioration capable de donner l'illusion de la guérison. Dans quelques-uns des faits cités par M. Rellay, pareille rémission s'est produite. Les anciens auteurs avaient fait la même remarque. « Le chirurgien Lamotte, raconte Delasiauve, consulté en 1705 par un malade fatigué de médications stériles, lui proposa le trépan, qui fut accepté. L'ouverture eut lieu sur la partie moyenne du pariétal gauche. On trouva la portion d'os retirée d'une épaisseur surprenante, sans diploé, presque partout compacte et sensiblement plus dure qu'à l'état normal. Les accès disparurent mais l'amélioration ne se soutint pas ; le mal revint, quoique moins violent, immédiatement après une cicatrisation solide. »

©BIUM

Au surplus, le trépan n'est peut-être pour rien dans ces améliorations passagères. On sait que chez les épileptiques, un traumatisme quelconque suffit pour provoquer des trêves plus ou moins longues dans le retour des attaques.

Il s'en faut d'ailleurs que les suites de l'opération soient toujours favorables. Il y a des cas où elle n'est suivie d'aucun effet ; d'autres où l'affection convulsive paraît consécutivement aggravée ; d'autres enfin où le malade succombe aux conséquences opératoires. Sur 89 opérations, Barbour en signale 16 suivies de mort, et sur 82 cas de craniectomie réunis par M. Bourneville, on compte 14 décès (1).

Alexander (2), qui semble avoir le premier exhumé cette méthode thérapeutique, l'a pratiquée 24 fois et prétend que plusieurs de ses opérés ont paru très améliorés au début; mais il n'a pas fait connaître leur sort ultérieur. Mac Dougall (3) enregistre avec confiance 179 guérisons sur 296 trépanations; mais on peut lui faire la même objection qu'à Alexander. En somme, les résultats tardifs sont le plus souvent nuls. Des chirurgiens, comme von Bergmann, font remarquer qu'il s'agit là de succès opératoires, mais non de succès thérapeutiques et, dans le *Traité de chirurgie*, M. Chipault (4) exprime l'avis que le chirurgien le plus interventionniste, en présence des résultats connus, se sentira convaincu que la trépanation ne peut rien contre l'épilepsie commune.

Bien plus, elle peut avoir des effets nuisibles.

Quel que soit le procédé chirurgical employé, il se forme consécutivement une membrane obturatrice qui peut s'ossifier, tandis que les bords de la trépanation sont eux-mêmes le siège d'une hyperplasie osseuse qui peut s'étendre assez loin sur la paroi cranienne et créer ainsi la compression cérébrale que l'on suppose exister avant l'opération et contre laquelle celle-ci est dirigée. D'autre part, M. Ollier pense que la trépanation prati-

(1) P. Rellay. *Loc. cit.*
(2) Alexander. *The treatment of epilepsy*. Edimbourg, 1889.
(3) Mac Dougall. *Journal of nervous and mental diseases*, 1883.
(4) Consultez pour la bibliographie la *Thèse* de P. Rellay.

©BIUM

quée chez les jeunes sujets est de nature à entraver l'accroissement du crâne, et il tend à lui attribuer certains accidents cérébraux convulsifs et psychiques qui surviennent ultérieurement chez les individus trépanés dans le jeune âge.

L'intervention sur le sympathique qui, elle, est une nouveauté véritable, est-elle plus heureuse, et la sympathectomie peut-elle être considérée comme efficace contre l'épilepsie? C'est ce que nous allons examiner rapidement d'après les publications les plus récentes.

Et d'abord, quels sont les principes physiologiques qui ont conduit les chirurgiens à pratiquer cette opération? Pour quelques-uns, tout au moins, la modification passagère du cerveau qui produit l'attaque épileptique est d'origine vaso-motrice. C'est une anémie cérébrale bientôt suivie d'une congestion cérébrale passive. Or, la résection du sympathique rend très difficile la production de l'anémie cérébrale subite. Elle aurait encore, accessoirement, l'avantage de favoriser, en régularisant la circulation, la nutrition des éléments nerveux de l'encéphale et d'en éliminer les toxines. Mais ces vues sont contestées. MM. Jaboulay et Lannois, qui ont beaucoup pratiqué cette opération, et dont nous ferons connaître plus loin les conclusions, contestent que l'anémie cérébrale soit démontrée dans l'attaque épileptique. Au reste, les effets de la sympathectomie ne durent souvent que deux ou trois mois; car il s'établit peu à peu une suppléance par les cordons sympathiques du trijumeau et du pneumo-gastrique. C'est en vain que M. Jonnesco voudrait exonérer de ce reproche l'excision bilatérale, car les faits lui sont contraires. C'est encore Alexander qui paraît avoir pratiqué le premier contre l'épilepsie la section du sympathique. Parmi ses nombreux imitateurs nous nous contenterons de citer les principaux, MM. Jaboulay, de Lyon, Chipault, de Paris, et Jonnesco, de Bucharest.

En 1898, M. Jaboulay, dans un mémoire où il relatait six opérations d'excision du sympathique dans l'épilepsie, concluait que ce traitement ne paraît pas avoir d'effet sensible sur les épileptiques vrais. La section simple du nerf et l'excision des ganglions supérieurs donnent des

©BIUM

résultats analogues. Il fait observer en outre que les suites de l'excision, par les dégénérations étendues qu'elles occasionnent, ne sont pas sans danger pour la nutrition de l'œil (1).

Presque en même temps, M. Chipault, dans une revue d'ensemble, et dans une communication à l'Académie de médecine, cherchait à montrer au contraire que la résection du ganglion cervical supérieur est sans danger et d'une efficacité réelle contre l'épilepsie, l'idiotie et certains autres états encéphaliques. Sur 30 observations recueillies par lui dans divers auteurs, on ne relève aucune aggravation de l'état antérieur et seulement 7 fois le maintien de l'état stationnaire. En revanche, on compte 10 améliorations et 13 guérisons. Une malade, opérée par lui quelques jours avant la publication de son article, n'avait pas eu de nouvelles crises depuis l'opération et son état mental s'était considérablement amélioré. M. Chipault concluait que la sympathectomie paraît présenter des avantages et ouvrir à la thérapeutique céphalique un champ tout nouvean (2).

Tout récemment, le 11 mars 1899, à la Société de biologie, le même chirurgien présentait encore quatre cas de sympathectomie chez des épileptiques avec résultats favorables. Il s'efforçait de démontrer que c'est bien à l'opération que sont dus ses succès et non au traumatisme opératoire. Pour lui, si le résultat de l'excision des ganglions sympathiques est inconstant et ne donne guère qu'un succès sur quatre opérations, c'est que le traitement chirurgical ne répond qu'à une variété d'épilepsie qu'on n'a pas encore réussi à isoler.

Cependant, à propos de cette communication, M. Dejerine faisait remarquer que la suspension prolongée des crises, qui durait chez un opéré depuis sept mois, n'est pas encore probante, et il contestait cette proposition de M. Chipault que l'excision des ganglions sympathiques est sans danger. L'opération ne lui paraît pas bonne

(1) Jaboulay. Le traitement chirurgical de l'épilepsie par la section du sympathique cervical (*Lyon médical*, février 1898).

(2) Chipault. Le traitement de l'épilepsie, de l'idiotie et d'autres états encéphaliques analogues par la résection des ganglions cervicaux supérieurs du sympathique (*Gazette des hôpitaux*, février 1898 et *Académie de médecine*, 5 avril 1898).

©BIUM

parce qu'il n'est pas indifférent de supprimer le ganglion cervical supérieur qui a un rôle trophique et dont la disparition doit retentir sur tout l'organisme.

Mais revenons un peu en arrière. Dans la séance du 18 avril 1898 de l'Académie de médecine, M. Jonnesco faisait connaître les résultats définitifs qu'il a obtenus par la résection totale et bilatérale de la chaîne sympathique cervicale. Sur 35 opérés, 15 ont pu être suivis pendant un délai assez long ; ils lui ont donné 9 guérisons complètes, 4 améliorations et 2 insuccès. Sur les 9 guéris, 5 l'étaient depuis 1 an et demi ; un depuis un an et un mois et les 3 autres depuis neuf mois à un an. Il concluait donc qu'il avait obtenu 56.25 p. 100 de guérisons, 26.6 p. 100 d'améliorations et 17.15 p. 100 d'insuccès. Il ne faisait pas connaître le sort des vingt autres.

Au Congrès de chirurgie, en octobre de la même année, M. Jonnesco apportait une statistique plus complète. Ses opérations s'élevaient alors à 45, dont 6 morts ; mais il ne faisait connaître que les résultats de 18 cas dont 10 guérisons, 6 améliorations et 3 insuccès.

Au Congrès d'Angers d'août 1898, MM. Jaboulay et Lannois ont apporté une contribution importante à la question qui nous occupe, contribution que nos lecteurs connaissent. Leur statistique porte sur 16 opérations et comprend, comme celle des autres opérateurs, des cas de guérison, d'amélioration, d'état stationnaire et d'aggravation. Il est curieux de voir comment ils apprécient eux-mêmes la valeur de la méthode dans les cas où l'opération a été suivie de succès : « Si donc, disent-ils, dans tous les cas que nous venons de rapporter, il s'agit de malades qui sont à la fois épileptiques et hystériques, association relativement fréquente, de malades hystéro-épileptiques, les résultats favorables donnés par la sympathectomie perdent beaucoup de leur intérêt et de leur valeur. Les malades de cette catégorie peuvent être améliorés, en effet, par les opérations les plus diverses, par les trépanations, entre autres. Bien plus, le choc opératoire pourra, à lui seul, avoir une influence considérable, soit directe et traumatique, soit suggestive. Et quel rôle ne serons-nous pas autorisés à faire jouer à l'auto-suggestion? »

©BIUM

Voilà donc qui est entendu : quand la sympathectomie réussit, c'est que l'hystérie est en cause et non le *morbus sacer* qui conserve son caractère de désolante fatalité. MM. Jaboulay et Lannois, en regard de leurs cas heureux, placent ceux contre lesquels ils sont restés impuissants, et il se trouve que ce sont ceux où les accidents convulsifs avaient plus manifestement le caractère de l'épilepsie franche.

Enfin, ce qui est plus grave, dans une dernière catégorie d'observations, ils présentent certains malades chez lesquels l'opération a été positivement nuisible. Chez les uns, l'aggravation des crises ou leur augmentation de fréquence a été constatée. Chez d'autres, ce sont des modifications d'ordre psychique. Si chez l'un de leurs opérés le caractère paraît avoir été heureusement modifié, par contre, il s'est produit chez plusieurs des troubles intellectuels plus ou moins passagers et intenses. Une de leurs malades dut être isolée pendant deux mois pour une véritable démence et deux autres sont tombés dans une sorte d'idiotie apathique qui ne leur laissait même plus assez de connaissance pour retrouver leur place à table et leur lit.

En voilà assez pour juger sévèrement la sympathectomie. Le *primum non nocere* doit être invoqué ici avec toute sa puissance inhibitrice.

Notons que la physiologie n'est pas plus favorable à cette grave mutilation chirurgicale que la clinique elle-même. Dans trois communications successives à l'Académie, M. Laborde a établi l'inutilité de la résection du sympathique dans l'épilepsie expérimentale. « L'enlèvement complet du cordon sympathique cervical avec ses trois ganglions, supérieur, moyen, inférieur, n'exerce aucune influence appréciable sur l'épilepsie expérimentale confirmée (1). » Telle est la conclusion formelle de ses expériences ; telle doit être aussi, à notre avis, celle qui se dégage jusqu'ici de l'expérience clinique.

(1) Laborde. Académie de médecine, 29 novembre 1898. Voir aussi la communication ultérieure de M. F. Frank sur la sympathicectomie à l'Académie de médecine, 23 mai 1899.

©BIUM

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ANGLAIS

The Journal of Mental Science,

ANNÉE 1896.

I. — *Folie de la conduite;* par les Drs Savage et Mercier (numéro de janvier). — « Il est certains cas où la folie est « mise en évidence par la conduite, et ne peut être démontrée « par le seul désordre mental. Dans d'autres cas, le désordre « de l'esprit peut exister sans qu'il y ait folie.

« La folie n'est donc pas essentiellement un trouble mental « et les expressions *folie et altération de l'esprit* ne sauraient « être employées dans le même sens et l'une pour l'autre. La « conception de la folie n'est complète que si l'on y comprend, « comme élément intégral et nécessaire, le désordre de la « conduite. »

Telles sont les conclusions d'un mémoire qu'ont lu à la séance annuelle de l'Association médico-psychologique MM. les Drs Savage et Mercier. Ils ont entrepris de préciser les traits de cette espèce mentale, qu'on a nommée ailleurs *folie lucide*, à l'aide d'observations typiques.

Une demoiselle de vingt-huit ans, jolie, intelligente et distinguée, se met tout à coup, sans motif, à écrire à un parent sur le point de se marier, ainsi qu'à d'autres personnes, des lettres anonymes pleines d'extravagances, d'injures et de calomnies. Cette jeune fille avait eu des inclinations passagères. Elle avait été récemment demandée en mariage; à ce moment, les troubles vésaniques avaient cessé. Elle avait eu, quelque temps auparavant, une affection cutanée consécutive à une brûlure du cuir chevelu. Elle prenait plaisir à irriter sa plaie et à la faire saigner. Cette malade était une hystérique grave qui présentait le phénomène de la double existence. On trouvait chez elle, avec une haute culture intellectuelle et morale, des tendances malicieuses et malfaisantes. C'est à la suite d'une

©BIUM

récidive de sa maladie cutanée qu'elle avait commencé sa correspondance agressive.

Une autre jeune fille, héréditaire, manifestait de vives inquiétudes au sujet de plaies dont elle était atteinte à la paume des deux mains et symétriquement placées des deux côtés du corps. Elle importunait tous les médecins de sa connaissance et dépensait beaucoup d'argent en consultations. On finit par découvrir qu'elle s'infligeait à elle-même ses blessures. Plus tard, elle tomba dans la dépression mentale et commit plusieurs tentatives de suicide. Dans cet exemple, le désordre de la conduite a précédé un accès de mélancolie.

Dans l'observation qui suit, le délire des actes forme la première période d'un accès de manie. Un jeune étudiant, fils d'une mère aliénée, se surmène à l'occasion d'un examen. Il perd le sommeil et devient extravagant. Il recherche plusieurs jeunes filles en mariage, gaspille son argent, s'affiche dans la rue, vêtu de façon excentrique. Son langage est violent et agressif. Malgré ces désordres, il n'accuse aucune conception délirante, sa mémoire est bonne et son intelligence nette. Il a pleine conscience de la nature anormale de sa conduite et entre spontanément dans un asile, où il devient franchement maniaque quelque temps après son admission.

Un ingénieur civil, victime lui aussi de l'hérédité, ancien pensionnaire d'asile, instruit, habile dans sa profession, jouissant d'une bonne santé, sobre, présente tout à coup des symptômes qui inquiètent les siens. Il devient voleur, crocheteur de serrures, s'empare des bijoux de sa femme et referme les portes en faisant disparaître toute trace d'effraction. Sans se pourvoir d'argent, il fait des dépenses inusitées, s'installe dans des hôtels coûteux, voyage en chemin de fer sans billet. Au milieu de ces désordres, il ne paraît pas aliéné, se défend en termes justes, et sa conversation ne révèle aucune altération de la mémoire, de l'intelligence et du sens moral.

Le fait que voici concerne un ecclésiastique. Il est d'origine créole ; sa mère eut des crises nerveuses en le mettant au monde. Dans sa jeunesse, il était somnambule et choréique ; il se livrait à l'onanisme. Il était d'ailleurs très intelligent. A vingt-trois ans, il se marie. Il se sépare bientôt de sa femme et sa conduite devient anormale. Quoique parfaitement sûr du danger qu'il court d'être flétri socialement, il se fait voleur sans nécessité. On le voit dérober ici et là les bijoux, les bourses qu'il peut trouver. Puis il présente de l'inversion sexuelle et recherche le

©BIUM

commerce des hommes. Interné d'abord dans une geôle, il entre plus tard volontairement dans un asile d'aliénés. Cet homme était remarquablement doué et prêchait éloquemment. Il subissait une impulsion morbide irrésistible.

Une demoiselle de trente-trois ans, bien élevée, d'un commerce agréable, a eu autrefois une maladie utérine, mais paraît actuellement d'une santé physique parfaite. Son organisation mentale paraît normale et cependant elle s'alcoolise. Il est impossible de découvrir chez elle un motif de séquestration.

On trouve dans les asiles des malades qui n'ont gardé de leur trouble mental antérieur qu'une incapacité manifeste à se conduire. Ils sont maintenus séquestrés malgré l'intégrité relative de leurs facultés. C'est le cas de deux frères, un officier et un clergyman, cités par M. Savage. Leur conversation ne décèle pas le moindre désordre mental ; ils s'adonnent à des travaux intellectuels, suivent les progrès de la science. Mais ils sont indifférents à leurs proches et leur conduite montre, par certains côtés excentriques, qu'ils ne sont plus aptes à jouir de la liberté.

M. Savage signale enfin les kleptomanes, ces curieux aliénés issus de la famille nervosique, qui offrent un si singulier contraste entre leurs tendances morbides et leur mentalité parfaite.

A côté de ces exemples qui mettent en relief le désordre de la conduite coïncidant avec la conservation des facultés mentales, notre confrère mentionne des cas opposés où l'on voit apparaître, avec une conduite normale, un trouble mental plus ou moins profond. Certains individus sont capables de tenir leur place dans le monde, de diriger leurs affaires avec succès, tout en offrant des lacunes intellectuelles graves.

L'unique observation apportée par M. Mercier contient des détails fort intéressants. Nous en reproduisons les traits les plus saillants. Le malade dont il rapporte l'histoire a occupé une haute situation dans les lettres. Correspondant du *Times*, il a fourni, à soixante ans, une brillante carrière, lorsque, tout à coup, il se décide à vivre dans la retraite. A dater de cette époque, il mène une existence qui contraste péniblement avec son passé. Il a rompu toutes relations et s'est retiré dans la famille d'un ancien serviteur, qui veille sur ses écarts.

Il était autrefois buveur, mais buveur honteux, cachant son ivresse. Il a continué les mêmes excès, mais il pratique d'autres vices. A certaines époques, il disparaît sans prévenir ses hôtes

©BIUM

et on le découvre dans des maisons mal famées, en compagnie de jeunes gens de la basse classe avec lesquels il s'avilit. Ce n'est pas sans peine qu'on le tire du bourbier et qu'on le sauve du chantage et des poursuites judiciaires. Ce malheureux a été soumis à un examen approfondi qui n'a pu mettre en évidence la moindre anomalie. Il parle en homme du monde, raisonne bien. Il n'est ni excité, ni déprimé, ni soupçonneux, ni irritable; sa conversation, enfin, n'offre aucune particularité mentale. Sa conduite seule peut justifier l'internement. Elle présente, d'ailleurs, d'autres particularités. C'est ainsi qu'on pouvait lire de nombreuses lettres qu'il laissait traîner partout, adressées à des compagnons de vices, conçues en un style révoltant. Complètement dépourvu de sens moral, il n'avait aucun remords de ses turpitudes, bien qu'il eût conscience du danger auquel elles l'exposaient. Il avait une véritable incontinence épistolaire et ne pouvait écrire sur le sujet le plus simple sans remplir des pages. Cet homme a été déclaré aliéné par le juge de la Chancellerie.

II. — *Symptômes mentaux dans le cours des maladies physiques;* par le Dr Septimus Reynold (numéro de janvier). — L'auteur résume dans les termes suivants ses idées sur la matière :

1° On voit rarement un véritable accès de folie se produire pendant une maladie physique;

2° Dans les hôpitaux généraux, la maladie apparaît le plus souvent après les fièvres, les intoxications, les traumatismes, les opérations et dans les affections cardiaques, peut-être dans cet ordre de fréquence ;

3° Au début des fièvres et après les blessures et les opérations, la manie est la forme la plus commune. Dans les autres conditions, c'est la dépression qui s'observe le plus fréquemment, la forme la plus ordinaire étant le délire des persécutions, souvent associé à des hallucinations de l'ouïe (phtisie, maladies du cœur, période terminale de la fièvre typhoïde) ;

4° Aucune forme spéciale d'aliénation ne caractérise une maladie physique, de sorte qu'on ne saurait reconnaître la maladie physique à ses symptômes mentaux. Une exception pourrait être invoquée en faveur de la paralysie alcoolique, où la perte de la mémoire du temps, l'inconscience du milieu paraissent pathognomoniques;

5° La folie se manifeste avec une fréquence inusitée dans les maladies physiques compliquées de névrite périphérique, telles

©BIUM

que : l'empoisonnement par l'alcool, l'oxyde de carbone, le bisulfure de carbone et le plomb ; la pellagre, la fièvre typhoïde, le typhus, la scarlatine, la fièvre rhumatismale, l'influenza, la pneumonie, la phtisie, la syphilis, la septicémie, le rhumatisme chronique, la goutte et le diabète. Dans ces conditions, le même facteur qui détermine des changements morbides dans les nerfs causerait des changements semblables dans les processus cérébraux et des troubles simultanés dans le fonctionnement psychique ;

6° Lorsque la cause n'est pas continue (poisons, fièvres, traumatismes, opérations), les symptômes mentaux disparaissent dans la grande majorité des cas. Dans la phtisie et les affections cardiaques, ils peuvent apparaître et disparaître de temps en temps ; dans quelques cas, comme dans la folie rénale, ils persistent jusqu'à la mort.

III. — *Troubles mentaux dans la maladie de Graves ;* par le Dr Maude (numéro de janvier). — Les observations de l'auteur portent sur vingt femmes. Il n'a trouvé parmi elles qu'une seule aliénée et pense que la folie est rare chez les individus affectés du goitre exophtalmique. Il n'existe pas d'ailleurs de forme vésanique spéciale à la maladie de Graves. Les cas publiés par M. Raymond Martin, élève du professeur Joffroy, au nombre de vingt-huit, ne permettent pas de conclure autrement. Hirshe, d'autre part (43 cas), affirme la gravité de la manie quand elle se lie à cette affection.

Mais sans arriver à la folie proprement dite, les basedowiens présentent des anomalies mentales, d'une forme particulière, que M. Maude s'est efforcé de caractériser.

Il signale une mobilité singulière des traits du visage et des mains offrant parfois le type spasmodique ; les malades manient sans relâche les coins de leur bouche, les boutons de leurs vêtements.

La chorée peut exister chez ces individus, mais il faut la distinguer du symptôme qui précède. Elle n'est pas d'ailleurs plus commune chez eux que chez les autres héréditaires.

Les basedowiens sont essentiellement impressionnables et leur sensibilité tient à l'état du cœur. La moindre surprise les trouble pendant des heures. On a constaté parfois chez eux des illusions sensorielles, sans autre signe d'aliénation mentale. Ils peuvent avoir des hallucinations de la vue (Galezowski), de l'ouïe (Grainger, Steward), des vertiges dépendant peut-être d'une otite moyenne, qui n'est pas rare chez ces malades.

©BIUM

Le désordre mental peut s'accentuer. Alors, à un degré plus avancé, les malades sont irritables, moroses, impatients et querelleurs. Ils sont alors purement neurasthéniques et se montrent défiants, soupçonneux, portés à contredire. Leur mémoire s'affaiblit; mais le trouble mental le plus remarquable est celui auquel le Dr John Russell Reynolds a donné le nom de chorée des idées. Le malade est incapable de poursuivre une idée. Qu'il parle ou qu'il écrive, cette idée s'échappe aussitôt, chassée par une autre. A ce désordre intellectuel s'ajoute nécessairement l'incohérence des actes.

Dans la maladie de Graves, la mentalité contraste avec celle qu'on observe dans le myxœdème, dont l'apathie est la marque. Cette différence symptomatique s'explique par les lésions de structure, qui semblent d'une nature absolument contraire dans les deux affections.

IV. — *États mentaux liés aux maladies viscérales chez les individus sains d'esprit;* par le Dr Henri Head (numéro de janvier). — Ces troubles morbides n'apparaissent que lorsque l'affection viscérale se complique d'une douleur à distance associée à une sensibilité exagérée de la surface du corps et du cuir chevelu. Ils dépendent du grand sympathique et sont en rapport, pour leur gravité, avec l'intensité du phénomène sensoriel. On ne confondra pas cette douleur à distance avec les douleurs locales liées aux maladies viscérales.

Les troubles mentaux étudiés dans ce mémoire sont d'ordre sensoriel et émotif.

En première ligne, il faut mentionner des accès de mélancolie à début rapide, d'une durée qui varie entre quelques minutes et plusieurs heures. Le malade fuit la société et s'isole pour pleurer sans motif sérieux. Il se croit sous l'imminence d'un malheur, voit tout en noir et se trouve misérable. Il a parfois des tendances vagues au suicide.

Des hallucinations peuvent se montrer sous une forme diffuse. Les figures que voit le malade ont des contours peu accusés, une coloration indécise. Les voix qu'il entend manquent de netteté, les paroles sont inintelligibles. Les troubles de l'audition donnent plutôt l'impression de cloches, de coups frappés. On a constaté des hallucinations du goût et de l'odorat, se distinguant par leur caractère fugace. Un malade mettait de côté, pendant son repas, des morceaux auxquels il trouvait une odeur répugnante, pour les manger un instant après, lorsque l'hallucination avait disparu.

©BIUM

M. Head a noté un délire de suspicion s'étendant à l'entourage. Comme les hallucinations, ce délire est sans consistance ; les malades reconnaissent promptement qu'ils se sont trompés à l'égard de leurs amis. La dépression mélancolique semble coïncider fréquemment avec une douleur localisée entre les parties inférieures de la poitrine et l'abdomen. Les hallucinations seraient plutôt associées avec l'hyperesthésie de la peau du crâne.

V. — *Quelques points sur les rapports du diabète et de la folie;* par M. Hubert Bond (numéro de janvier). — Ce mémoire est instructif au point de vue documentaire. Il contient seize observations d'aliénés diabétiques, prises pendant une période de dix-huit mois. L'urine de 175 hommes admis à l'asile de Banstead, du 1er janvier 1894 au 25 juin 1895, a été examinée dans les quarante-huit heures qui ont suivi l'entrée. On a trouvé du sucre chez 12 d'entre eux (soit 6.85 p. 100). Ils ont été l'objet d'études suivies quotidiennes. Ces glycosuriques ont présenté les formes mentales indiquées dans le tableau suivant, où se voit aussi la fréquence relative du diabète :

	Nombre total des entrées.	Diabétiques.
Paralysie générale . . .	30	3
Mélancolie.	55	6
Démence	6	2
Folie sénile	16	1
		12

Aux cas qu'il a observés personnellement, l'auteur a joint la relation de quatre autres pris dans le service des femmes du même asile. Chez deux de ces dernières, l'apparition du diabète a paru marquer une rémission dans le désordre mental ; chez une autre, la disparition du sucre a été le signal d'un accès de manie. La règle générale, d'après M. Bond, est une marche parallèle entre l'intensité du diabète et l'acuité des phénomènes délirants.

La forme vésanique prédominante a été la mélancolie compliquée d'une confusion mentale pouvant aller jusqu'à l'amnésie. Quatorze des aliénés offraient nettement ce dernier symptôme et ne pouvaient fournir aucun renseignement sur leur passé : 8 d'entre eux étaient alcooliques avérés. La parenté de l'alcoolisme et du diabète paraît ici démontrée.

Chez 6 malades, la fatigue, le surmenage figuraient parmi

©BIUM

les causes. Douze appartenaient à des familles de nervosiques : 6 avaient des parents aliénés ; 7 portaient des stigmates de dégénérescence.

Dans deux cas, le diabète avait été noté chez un parent. D'autre part, l'auteur donne des soins à une jeune maniaque, fille de diabétique, dont l'urine ne contient pas de sucre.

Les réflexes rotuliens étaient exagérés chez 5 malades, obtus chez un seul, abolis dans deux cas où le diabète était avancé.

Chez tous les sujets, la température était inférieure à la normale. Si le sucre venait à disparaître, la température demeurait souvent basse.

Huit aliénés avaient perdu la raison à l'âge climatérique. Il y avait un seul cas de folie juvénile.

Un autre malade avait eu un accès de folie pubère quatorze ans auparavant.

La dégénérescence vasculaire est notée dans cinq observations.

La quantité de sucre a été variable et l'on a constaté toutes les proportions, depuis des *traces* jusqu'à 200 grammes. Le volume de l'urine excrétée dans les vingt-quatre heures a dépassé le volume normal chez cinq malades seulement. Sauf dans un cas, la production d'urée a été faible. Elle a généralement atteint son maximum en même temps que la glycosurie.

Deux autopsies ont été pratiquées. Elles ont mis en évidence des altérations du pancréas, un état cirrhotique du foie et des reins. Le microscope a montré dans le cerveau certaines lésions de structure.

On a cru voir une alternance entre le diabète et le psoriasis ; l'expérience de notre confrère ne vient pas à l'appui de cette vue clinique. Il a analysé l'urine de six herpétiques avant et après une poussée de psoriasis et n'y a jamais trouvé de sucre. Il fait une dernière remarque assez curieuse touchant la polyurie des aliénés. Elle n'est pas forcément liée au diabète. Quatre malades de son service ont une émission journalière d'urine de 2 à 5 litres et ne rendent pas de sucre. Ils n'ont pas d'affection rénale ; trois de ces aliénés sont épileptiques.

VI et VII. — *Le traitement chirurgical de l'idiotie;* par M. Shuttleworth. — *Craniectomie, avec l'histoire consécutive de deux cas;* par M. Telford-Smith (numéro de janvier). — Ces deux mémoires ont été lus à la séance annuelle de l'Association médico-psychologique. Le second vient à l'appui du premier par les observations qu'il renferme.

©BIUM

La craniectomie, ou craniotomie linéaire, a joui dès le début d'une vogue qu'elle ne méritait pas. Telle est l'opinion de M. Shuttleworth.

Cette opération a été pratiquée pour la première fois avec succès en 1878 par le Dr Fuller de Montréal, sur un idiot de deux ans. En 1890, se placent les tentatives de Keer de Philadelphie et du professeur Lannelongue. En 1891, deux observations sont rapportées par Victor Horsley. Depuis lors, l'opération s'est vulgarisée en Angleterre, en France et en Amérique ; elle a reçu un accueil moins empressé en Allemagne.

D'ailleurs, elle reposait dans l'origine sur un principe faux : que la microcéphalie des idiots dépendait d'une synostose prématurée du crâne, et qu'il fallait ouvrir le crâne pour permettre au cerveau de se développer.

La compression du cerveau par la boîte cranienne n'existe pas, comme l'ont démontré sir George Humphry de Cambridge, le professeur Cunningham de Dublin.

Bourneville a constaté que bien loin de favoriser l'expansion cérébrale, l'opération y oppose un obstacle de plus par la production exubérante de la matière osseuse de nouvelle formation à la surface de l'ouverture pratiquée par le chirurgien. D'après le médecin de Bicêtre, les résultats favorables de la craniectomie, lorsqu'on les a obtenus, sont dus aux soins plus attentifs dont l'enfant a été l'objet pendant les jours qui ont suivi l'ablation de l'os. M. Shuttleworth affirme lui aussi la supériorité du traitement médico-pédagogique sur toute autre intervention.

Il rejette la craniectomie dans la microcéphalie congénitale, parce que le vice originel est dans le cerveau, non dans les os. Elle peut cependant être indiquée lorsqu'il y a une synostose prématurée liée à une hypertrophie osseuse constitutionnelle. Il s'agit là, évidemment, d'un diagnostic bien délicat. Il admet encore l'ouverture du crâne dans les cas traumatiques récents, lorsque la déchéance mentale se complique d'hémiplégie ou d'athétose résultant d'une hémorragie intra-cranienne pendant l'accouchement. Mais l'idiotie peut être liée à la porencéphalie et l'on peut se trouver en présence d'une erreur diagnostique.

M. Shuttleworth lui reconnaît encore des avantages dans l'hydrocéphalie et la méningite tuberculeuse. Dans l'hypertrophie du cerveau, la trépanation et la section de la dure-mère peuvent rendre des services en décomprimant les circon-

©BIUM

volutions. M. Anderson a publié une observation d'épilepsie jacksonienne avec hémiplégie partielle, compliquée de déchéance mentale, améliorée par la trépanation. Les troubles convulsifs et paralytiques ont disparu, mais l'intelligence n'est pas revenue.

Nous donnons ci-après le résumé concis des deux observations de M. Telford-Smith.

N. L..., âgé de huit ans, en observation depuis quatre ans, le cinquième enfant d'une famille saine et vigoureuse. Sa mère a été atteinte de rhumatisme pendant la grossesse. Deux semaines après la naissance, il a eu une attaque de cinq minutes. On ne lui connaît pas d'autre antécédent pathologique. Il n'a pu apprendre à parler (ta-ta, pa-pa). Avant l'opération, l'enfant est bien développé. Il frappe et frotte sa tête de la main, comme s'il souffrait. Il est très turbulent; son regard est sans expression. Il ne mange pas seul, déglutit mal et bave. Enfin, il est gâteux.

C'est bien un idiot microcéphale : sa tête mesure 17 pouces 1/4 de circonférence.

De février 1891 à septembre 1893, cinq ablations successives de morceaux de crâne ont été pratiquées chez cet enfant, avec un succès chirurgical complet. Le résultat le plus appréciable a été la cessation des phénomènes douloureux ; le petit malade a cessé de s'agiter et de secouer la tête. Du côté de la tenue et du perfectionnement mental, le progrès a été peu sensible et tel qu'on aurait pu l'obtenir, probablement, par les soins ordinaires.

R. J..., âgé de sept ans et demi, est fils unique de parents très bien portants. Il a des phtisiques dans sa famille. Son père et sa mère avaient vingt-six et vingt-sept ans, respectivement, au moment de sa naissance. Il a été extrait avec le forceps. A l'âge de six mois, il est tombé sur le côté gauche de la tête et a perdu connaissance pendant une heure et demie. Il n'a commencé à marcher qu'à trois ans.

Il est idiot, ne parle pas, bave, ne mange pas seul; son attention ne se fixe pas. Quoique bien développé, il est inerte. Sa démarche est gauche, sa préhension faible, ses réflexes bien accusés. Bien qu'il ne soit pas microcéphale (18 pouces 7/8), les parents demandent l'opération.

Trois disques osseux ont été enlevés à l'aide du trépan, suivant une direction longitudinale, à gauche de la ligne médiane; puis les ouvertures ont été réunies par des traits de scie. La

©BIUM

bande osseuse ainsi extraite avait 5 pouces de long sur 7/8 de pouce de large. Les os offraient une dureté et une densité anormales. L'enfant a guéri sans accident. Cinq mois après, il était réintégré à l'asile de Royal Albert. Aucun changement ne s'était produit dans sa condition mentale. En dépit des soins qu'on lui a prodigués, il est toujours un profond idiot, sans vocabulaire. Il réclame une surveillance constante et ses habitudes sont restées malpropres. Sa démarche est défectueuse, ses mains sont inhabiles et il est incapable d'attention. L'espace correspondant à la disparition de la bande osseuse semble, autant qu'on peut en juger par la palpation, rempli par un tissu dense.

VIII. — *Des récents projets de loi relatifs aux buveurs d'habitude et autres délinquants ;* par MM. Wood Renton, avocat, et le Dr Yellowlees (numéro de janvier). — L'assistance spéciale, en Angleterre, des buveurs d'habitude excite au plus haut point l'intérêt public. Ces deux dernières années ont vu s'élaborer trois rapports parlementaires sur cette question.

Un amendement à la loi de 1879, qui a vu le jour en 1888, une nouvelle codification promulguée en 1894 (Lord Herschell Bill) montrent que cette loi réclame des perfectionnements dont s'occupent, dans un travail très étudié, MM. Wood Renton et Yellowlees.

Le premier signale, avec sa compétence de jurisconsulte, les obstacles qui s'opposent au bon fonctionnement de cette œuvre. Il commente la dénomination de buveurs d'habitude contenue dans le texte initial. « Un buveur d'habitude est une personne « qui, ne relevant d'aucune juridiction en aliénation mentale, est « néanmoins, par l'abus qu'elle fait de liqueurs toxiques, dan- « gereuse pour elle-même et pour les autres, et incapable de « diriger ses affaires. » La première difficulté qui s'offre est de savoir si la personne échappe à la juridiction du service des aliénés. On se demande ensuite ce qu'il faut entendre par liqueur toxique. La question vient d'être examinée, et l'on a admis finalement (loi d'Herschell) qu'il fallait entendre par là, outre l'alcool, l'opium et, en général, les substances narcotiques et stupéfiantes.

La loi de 1888 consacre l'expression de fauteurs d'ivresse (inebriates) à la place de buveurs d'habitude. Cette dernière appellation était choquante en Angleterre.

M. Renton déplore la forme compliquée de l'admission dans les « Retraites ». Deux magistrats et deux témoins sont encore

©BIUM

requis pour l'internement d'un buveur dans les établissements spéciaux; la lenteur de la procédure a souvent pour effet d'annuler tous les efforts pour placer le malade.

Il faut regretter aussi que le principe du placement bénévole, sur la demande expresse du pensionnaire, soit maintenu dans cette législation. Il serait désirable que ce dernier pût être placé d'office et contre sa volonté. Les rapports des commissions de 1872, 1891 et 1894 montrent que la plaie de l'alcoolisme ne pourra être guérie que par cette mesure radicale. La réforme est toute prête et n'aura pas de peine à s'imposer.

La plupart du temps, l'admission n'est rien moins que volontaire, et c'est sous la pression des siens que l'homme écrit sa demande. Ceux qui font résistance et se dérobent au traitement sont justement les plus dangereux des ivrognes. Le placement d'office a été admis, du reste, dans quelques cas exceptionnels, et les magistrats ont charge de l'ordonner dans certaines circonstances, en Angleterre et en Écosse.

L'auteur de cette étude estime que la durée légale du séjour dans la « Retraite » doit être étendue d'un an à deux ans, suivant l'avis des commissions de 1891 et 1894. Il approuve les nouvelles dispositions de la loi Herschell, qui punissent les infractions à la discipline intérieure des établissements. Il souhaite enfin que la réintégration des évadés soit rendue plus facile. Elle exige, en effet, des formalités telles que la capture de l'évadé devient impossible.

Dans un second paragraphe, M. Renton propose de réunir ensemble, pour les soumettre à un traitement identique, les ivrognes et les criminels d'habitude. Ces deux groupes d'individus ont, en effet, de nombreux points de contact. Les criminels d'habitude ne s'amendent pas parce qu'ils ne font à la prison que des séjours de peu de durée. Pourquoi ne pas les soumettre à une détention plus longue, non dans la prison, mais dans un lieu différent, où ils seront favorisés d'un régime plus doux que celui de la geôle? Ils s'y amenderaient par le travail en plein air, pourraient acquérir un petit pécule et seraient libérés dans des conditions plus rassurantes pour l'avenir.

M. Yellowlees appelle, lui aussi, une loi plus radicale et moins respectueuse de la liberté de l'homme, dans son intérêt même. Le traitement de l'ivrogne doit être formé de deux éléments, sans lesquels il devient inutile : 1° la privation absolue de l'alcool; 2° la régénération morale et physique.

©BIUM

Avec la loi actuelle, l'assistance ne remplit qu'incomplètement ces conditions. Un grand nombre de buveurs ne s'enferment pas d'eux-mêmes ; les plus dangereux s'y refusent formellement. Parmi ceux qui y viennent, beaucoup n'y séjournent pas assez longtemps et recherchent trop souvent leur sortie prématurée.

Quel est le sort fait aux buveurs d'habitude à l'heure actuelle, parmi ceux qui n'entrent pas dans les « Retraites » ?

Ils peuvent encore être placés volontairement dans un asile d'aliénés, si le médecin directeur veut les y admettre. Ce procédé serait peut-être le plus efficace et le mieux approprié à leur intérêt. Malheureusement, ils font trop souvent des pensionnaires détestables.

Il sont parfois confiés à un médecin ou à des gardiens salariés. Ce traitement n'est acceptable que s'il est complété par le relèvement moral de l'individu, condition qui est rarement remplie.

Enfin, une grande masse d'ivrognes est envoyée en prison. Ils ne font qu'y passer et ne s'y améliorent pas.

M. Yellowlees conclut avec peine que l'assistance actuelle de ces malheureux est défectueuse et incomplète, et il s'en prend au caractère bénévole de la loi.

Il fait une remarque saisissante. Tandis que l'aliéné, séquestré malgré lui, reçoit des soins qui peuvent le sauver, l'ivrogne peut impunément, toute sa vie, faire son malheur et celui de ses semblables, jusqu'à ce qu'il meure d'une mort ignoble, sous prétexte qu'il ne faut pas toucher à sa liberté. Notre confrère s'indigne de ces scrupules et demande énergiquement des mesures légales qui rendent obligatoire la séquestration de ces individus. Il propose la création d'établissements publics pour les vagabonds, les mendiants, les petits délinquants et les alcooliques.

IX. — *L'emploi et la limite du restreint mécanique dans le traitement des aliénés ;* par M. Maury Deas (numéro de janvier). — L'auteur de cette note était jadis un adversaire déterminé de la contrainte. Il a fait son évolution et se déclare aujourd'hui partisan de son emploi dans des conditions exceptionnelles. Il publie onze observations tirées de sa pratique personnelle, où se trouve justifié l'abandon du non-restreint, où les malades ont été protégés à propos par les gants et la camisole et guéris enfin de leur maladie mentale. Il recommande la contrainte, non pour se garantir des violences des

©BIUM

aliénés, mais pour les sauvegarder contre leurs écarts. Les moyens dont il fait usage sont ceux qui limitent simplement les mouvements des bras et des mains.

Son traitement s'applique aux cas chirurgicaux (qui sont hors de toute discussion), aux suicideurs d'une violence insolite, aux mutilateurs, aux aliénés qui se maltraitent, se précipitent, aux coprophages, aux masturbateurs, et, en particulier, aux jeunes femmes qui s'adonnent à l'onanisme.

Il écrit une justification de sa conduite pour des confrères que certaines idées préconçues pourraient porter à le blâmer, et fait remarquer que, dans l'exercice de son art, le médecin ne relève que de sa conscience.

X. — *Note sur trois cas de gangrène spontanée;* par M. B. Morton (numéro de janvier). — Le premier malade, âgé de cinquante-deux ans, est un mélancolique sitiophobe. Quinze jours après son admission, il est atteint de gangrène du pied droit. A la suite de l'amputation de la jambe, il s'est amélioré mentalement. La nécrose avait probablement pour origine la thrombose d'une artère du membre.

Le deuxième cas est celui d'une femme de soixante-seize ans, maniaque désordonnée et très affaiblie. La mortification a envahi le pied droit et la jambe. L'amputation a été pratiquée au niveau des condyles. Malgré la forme rémittente de son agitation, la malade s'est améliorée et a pu quitter l'asile guérie, six mois après son entrée. L'examen de la partie amputée a permis de supposer que la lésion initiale était une artérite provenant d'une inflammation du tissu cellulaire par violence directe.

Une ancienne aliénée, pensionnaire de l'asile depuis trente ans, a fourni la troisième observation. C'est une démente âgée de soixante-neuf ans, sujette à des accès d'agitation. Elle était affaiblie par la diarrhée lorsque la jambe et le pied gauches ont été frappés de gangrène. Elle a succombé dans le marasme. L'autopsie n'a pas été faite; mais on a trouvé pendant la vie l'artère fémorale indurée et douloureuse. On a pu diagnostiquer, dans ce troisième cas, une embolie comme cause déterminante de la mort des tissus.

XI. — *Types de folie traumatique;* par M. Thomas Philip Cowen (numéro de janvier). — Cinq observations de trouble mental, dans lesquelles l'origine traumatique est bien évidente, composent ce mémoire.

Le premier malade est un imbécile épileptique, âgé de vingt-

©BIUM

six ans, dont la déchéance est congénitale et résulte d'une hémorragie péri-cérébrale au moment de la naissance. L'atrophie avec faiblesse musculaire est unilatérale. L'auteur distingue ce cas d'une paralysie infantile.

En effet, le malade n'a jamais offert les signes d'une thrombose cérébrale; en outre, la paralysie est générale et non limitée à un groupe de muscles, comme on le voit dans les lésions de la corne antérieure. Les réflexes sont exagérés; il n'y a pas de spasmes. Enfin, l'apparition de l'épilepsie, à l'âge de quatre ans, non compliquée de paralysie, confirme le diagnostic.

Le deuxième cas clinique est une *mania a potu* dont la cause déterminante a été une commotion du cerveau et de la moelle. Le malade, alcoolique, a fait une chute dans un escalier, suivie de perte de connaissance. En revenant à lui, il a senti une douleur dans la tête et dans le dos avec une faiblesse des jambes. Puis il a été pris d'agitation. On ne lui a pas trouvé de fracture du crâne. L'accès de manie s'était développé à la faveur d'une prédisposition spéciale créée par l'action toxique de l'alcool sur les cellules de l'écorce.

La troisième observation est celle d'un ouvrier tombé de l'ascenseur d'un moulin. Dans sa chute, la nuque a frappé le sol. On n'a pas constaté de fracture, mais les signes d'une commotion cérébrale par contre-coup, avec déchirure et hémorragie de la substance grise. Le malade a présenté une hémiplégie droite incomplète, de la cophose à gauche et de l'aphasie motrice. Au point de vue mental, il a été d'abord stupide pendant deux jours, puis il a montré une agitation subaiguë avec verbigération. Cet homme s'est amélioré rapidement et a eu le bonheur de guérir après trois mois.

Les deux derniers cas sont des exemples de troubles nerveux et mentaux dépendant d'un traumatisme cérébral et liés à un épaississement des méninges et à une atrophie lente de l'écorce. Ils ont fourni matière à des remarques intéressantes.

L'un des blessés est un ouvrier fondeur qui a fait une chute sur des scories et a été atteint d'une fracture compliquée du pariétal gauche. Il a eu d'abord de la stupeur puis de la confusion mentale. La trépanation a sauvé ce malade de la paralysie et des accidents causés par un traumatisme local du cerveau.

L'autre malade a été moins heureux. Soldat de la guerre de Crimée, il avait reçu, à la bataille de l'Alma, une balle dans la tête, et aucune opération, à ce moment, n'avait été tentée. Trois mois après, il devint épileptique, et les attaques se com-

©BIUM

pliquaient d'actes inconscients et de tendances homicides. A son entrée à l'asile, en février 1892, on constate au niveau du vertex une dépression d'un pouce un quart de diamètre. Sa situation est telle que la lésion paraît englober les extrémités supérieures des deux pariétales ascendantes et les parties adjacentes des deux lobules pariétaux. Le malade a de la faiblesse du bras et de la jambe gauches, sans paralysie. Les attaques sont précédées d'une aura localisée dans la cicatrice du crâne. Les convulsions siègent particulièrement aux jambes et ce signe se rapporte parfaitement à la localisation supposée.

XII. — *Repos et exercice dans le traitement des maladies mentales et nerveuses;* par le professeur Meyer, de Gœttingue (numéro d'avril). — On n'a pas oublié l'intéressant débat que cette question a soulevé l'an dernier devant la Société médico-psychologique. Deux médecins éminents, les D^rs^ Clouston et Batty Tuke, y ont soutenu une thèse contraire.

Les préférences de M. Meyer sont pour le repos au lit, auquel il soumet systématiquement ses aliénés depuis longtemps à l'asile de Gœttingue.

Le professeur proclame les bienfaits de cette pratique chez les gens non aliénés. Il démontre, par des exemples frappants, que la fatigue de l'esprit, chez les intellectuels, doit se traiter, non par l'exercice physique, comme on l'a cru, mais par le séjour au lit et le sommeil, que la position horizontale finit par leur procurer.

S'occupant ensuite des aliénés récemment atteints, il démontre que l'épuisement nerveux fait de ces malades des sujets d'hôpital, selon l'expression très juste du D^r^ Batty Tuke, et préconise pour eux le seul traitement capable de réparer leurs forces.

Les malades excités ont du tremblement de la langue, de légères contractions de la face et des extrémités, signes manifestes d'un affaiblissement du système musculaire.

Les troubles cardiaques, les modifications de la tension artérielle, le pouls misérable, les anomalies de la respiration sont les indices d'un épuisement nerveux que tout médecin non aliéniste voudrait traiter par le repos. Chez les aliénés, les désordres vésaniques ne sont pas une contre-indication.

Bien au contraire, car le délire s'en améliore.

Aussi, les aliénés de Gœttingue sont-ils maintenus au lit dès leur entrée. Cependant la durée du traitement est limitée et n'excède pas une semaine ou deux. Plus tard, le lit leur est

©BIUM

imposé pendant la matinée seulement, le reste de la journée se passant dans la salle commune ou à la campagne. Les résultats de cette thérapeutique ont été constamment heureux; les malades eux-mêmes en reconnaissent les bienfaits. M. Meyer la recommande chez les maniaques rémittents chroniques, qui viennent spontanément lui demander à se coucher à l'approche de leurs crises.

XIII. — *Etude de quarante-quatre cas de fièvre chez des aliénés;* par M. J. Keay (numéro d'avril). — Une aliénée de l'asile d'Inverness, atteinte de manie d'un pronostic défavorable, a été guérie de son trouble mental par l'invasion d'une scarlatine. Ce fait clinique a conduit M. Keay à rechercher l'influence curative de la fièvre typhoïde et de la scarlatine sur la folie, son étude est basée sur les documents statistiques empruntés aux rapports annuels de l'asile.

Il a relevé dans ces livres 38 cas de fièvre typhoïde et 6 cas de scarlatine. Parmi les scarlatineux, il n'y a pas de mort. Deux n'ont pas éprouvé de changement dans leur situation mentale (manie chronique, démence consécutive). Un troisième (maniaque chronique) s'est relevé mentalement jusqu'à pouvoir quitter l'asile. Les 3 derniers ont guéri (1 maniaque aigu et 2 maniaques chroniques).

La fièvre typhoïde a causé 15 décès; sur les 23 aliénés qui ont vécu, 6 ont recouvré la raison, 3 se sont améliorés. L'état mental des 14 restants est demeuré le même. Deux des malades guéris étaient atteints de folie récente et curable et auraient probablement guéri sans la complication fébrile. Parmi les succès inespérés se trouve un homme atteint de paralysie générale.

Dans aucun cas la fièvre n'a produit une aggravation du trouble mental.

Il serait intéressant de pouvoir assigner sa valeur thérapeutique à chaque variété de fièvre chez les aliénés. Dans les faits rapportés par M. Keay, malheureusement peu nombreux, l'action bienfaisante paraît plus marquée pour la scarlatine.

Il termine par une remarque qui a son importance. Pendant que 43 cas de fièvre se montraient chez les malades, elle sévissait aussi sur le personnel et 23 gardiens étaient atteints (19 fièvres typhoïdes et 4 scarlatines). Toutes proportions gardées, la population saine d'esprit a été bien plus sérieusement éprouvée par l'épidémie.

XIV. — *Travail systématique et entraînement des aliénés;*

©BIUM

par M. Edward O'Neill (numéro d'avril). — L'auteur de ce mémoire considère le travail systématique comme la *clef de voûte* du traitement moderne de la folie. Aussi l'applique-t-il avec conviction à l'asile de Limerick, où 410 malades (208 hommes et 202 femmes) sur 576 s'adonnent à toutes espèces d'occupations sous la conduite de surveillants dévoués. A Limerick, tous les travaux (construction, entretien, vêtements, économie) sont exécutés par les malades.

Il est regrettable que l'asile ne dispose pas d'un terrain de culture suffisant. Comme tous les asiles d'Irlande, il est entouré d'une propriété peu étendue (35 acres). C'est d'autant plus fâcheux que sa population, presque exclusivement rurale, trouverait dans le travail agricole un élément précieux de bien-être et de traitement.

M. O'Neill voudrait qu'il fût alloué aux malades une faible rétribution pour leur travail, et il vante les bons effets de l'institution du pécule dont nous connaissons le fonctionnement. Il propose l'établissement, dans les asiles, de lieux de vente où les travailleurs pourraient se procurer, avec l'argent de leur gain, certains articles, comme livres, journaux, tabac, etc. Ce serait un bon moyen de les encourager. Pour avoir dans les gardiens de bons collaborateurs et stimuler leur zèle, il leur décerne des prix. Cette innovation lui paraît très avantageuse.

XV. — *L'aliénation mentale dans les prisons d'Angleterre;* par M. John Baker (numéro d'avril). — Il ne faut pas s'exagérer l'influence nocive de la prison sur la mentalité. C'est pour combattre la tendance de plus en plus marquée du public à vouloir considérer la prison comme un fauteur de maladie mentale que M. Baker a publié quelques chiffres statistiques qui, à vrai dire, sont tout à fait rassurants.

Il dénonce d'abord une erreur grossière généralement répandue touchant la proportion des aliénés dans les maisons de détention. En un an, le nombre total des cas de folie a été de 389. La moyenne des présences étant de 14,229, on en a conclu que la proportion des aliénés atteint le chiffre énorme de 273 pour 10.000, soit 1/37.

Cette supputation est fausse, car elle doit être faite, non d'après la moyenne des présences, mais d'après le nombre total des entrées, et alors le résultat n'est plus le même. Les 14,129 présences correspondent à 159,870 entrées, qui donnent, en en défalquant les récidivistes, au nombre de 85,204, 74,666 admissions individuelles. Il faut ajouter à ces 74,666

©BIUM

les récidivistes entrés pour la première fois dans l'année. Leur nombre approximatif est de 25,000, ce qui donne un chiffre rond de 100,000 convicts sur lequel doit être calculée la proportion demandée. Elle n'est plus alors que de 38 sur 10,000. Si elle est calculée sur les détenus entrés pour la première fois seulement, elle est de 52 sur 10,000.

Les tableaux dressés par M. Baker permettent de faire d'autres constatations.

Sur les 389 prisonniers aliénés, 53 seulement étaient sains d'esprit au moment de leur incarcération. 336 étaient déjà frappés de folie, et, sur ce nombre, près de la moitié, 177, étaient envoyés en observation par les tribunaux, 90 étaient connus comme fous avant d'entrer dans la prison. Chez la plupart d'entre eux, la forme mentale même était une preuve de son ancienneté (imbécillité, épilepsie congénitale, paralysie générale, manie *a potu*, manie récurrente).

La prison était évidemment étrangère à l'évolution de ces vésanies. On a pu découvrir les causes dans 68 p. 100 de ces cas, et les causes physiques prédominent.

Enfin, parmi les 53 prisonniers notés comme sains d'esprit le jour de l'entrée, on a relevé plus tard un épileptique de naissance, quatre fous épileptiques, quatre paralysés généraux, un alcoolique et quatre périodiques. Le germe de la folie existait chez ces 14 malades. Il ne reste donc, tout compte fait, que 30 individus paraissant devoir leur trouble mental à leur internement.

L'influence de la prison est moins fâcheuse qu'on ne le croit. Cependant, elle ne peut être niée et s'exerce principalement sur les organisations instables. Les inquiétudes causées par le procès, puis la mélancolie qui naît de la pensée d'une longue détention, l'introspection facilitée par l'isolement cellulaire sont des facteurs indéniables du trouble mental; mais la proportion de ces victimes de la geôle est faible et ne dépasse pas, d'après M. Baker, 1/2500.

XVI. — *Pseudo-paralysie générale;* par M. Théo Byslop (numéro d'avril). — Notre confrère critique l'emploi du mot paralysie générale; il n'a jamais pu se faire à la théorie de l'entité morbide. Il constate néanmoins qu'un syndrome très connu se sépare nettement d'autres maladies similaires et qu'il tire son individualité de l'état mental et des troubles physiques observés parallèlement. « Il n'y a pas, dit-il, de signes spéciaux capables de caractériser une espèce pathologique; mais la réunion d'un

©BIUM

groupe bien défini de symptômes psychiques à un autre groupe bien défini de symptômes physiques permet de regarder cette coexistence comme l'indice d'un état morbide qu'on peut décrire sous le nom de paralysie générale. »

Dans ces conditions, on assiste à une paralysie progressive simultanée de toutes les facultés mentales et physiques aboutissant à la démence et à la paralysie complètes. C'est la mort universelle et fatale.

Le nom de pseudo-paralysie générale s'applique à certaines formes cliniques qui se rapprochent du type précédent et qui ne sont que des paralysies partielles (surtout cérébrales) associées à des dégénérescences mentales. M. Byslop, en l'employant, n'entend pas désigner des entités pathologiques; il englobe simplement, dans un même groupe et sous une même dénomination, des affections distinctes du type principal qu'on reconnaît communément comme la paralysie générale vraie.

Après avoir esquissé à grands traits le tableau clinique de cette dernière affection, il passe à l'examen des diverses formes morbides qui la simulent plus ou moins fidèlement.

Certains cas d'épilepsie offrent une dégénérescence mentale progressive associée à une paralysie qui tend à devenir générale et se complique de dépérissement physique.

Le diagnostic est ici relativement aisé; mais l'alcoolisme donne lieu à l'éclosion de symptômes qui rappellent si étrangement, par l'aspect et la marche, la paralysie générale que de nombreux auteurs les ont désignés par le nom de pseudo-paralysie générale alcoolique. Mais ils diffèrent de la paralysie générale par la curabilité ou l'amélioration possible.

Le début, marqué par des attaques ou des phénomènes paralytiques, est brusque et la marche rapide. M. le Dr Régis, à qui M. Byslop a fait de nombreux emprunts dans son travail, a insisté sur l'état des pupilles, qui sont déformées, irrégulières, inégales, et sur l'affaiblissement de la vision. Le malade présente plutôt de la confusion mentale qu'un véritable affaiblissement progressif. Les accidents peuvent s'amender rapidement, mais les récidives sont fréquentes.

Le plomb donne naissance à une aliénation de nature particulière; il produit aussi sa pseudo-paralysie générale. Elle offre, comme la précédente, un début brusque et une marche précipitée et se développe dans le cours ou à la suite d'un accès de folie saturnine. Elle se traduit, d'emblée, presque toujours, par une cachexie profonde avec gâtisme. Les malades, incapables de

©BIUM

parler et de se mouvoir, paraissent près de leur fin. On constate en même temps les signes de l'intoxication saturnine. Pour le diagnostic, on notera que les pupilles ne sont pas toujours inégales ; le tremblement est spasmodique, l'embarras de la parole énorme. Au point de vue mental, il y a une dépression spéciale : c'est une faiblesse mentale qui apparaît soudain dans son intensité la plus grande, beaucoup plus apparente que réelle. Comme l'alcoolique, la pseudo-paralysie saturnine guérit, mais se reproduit sous l'influence des mêmes causes.

Une autre forme de pseudo-paralysie générale complique les fièvres. On l'observe après la fièvre typhoïde, le typhus, la variole, la scarlatine, le choléra, la diphtérie, l'influenza, la fièvre intermittente et même la pellagre. A la suite de l'affection typhique, l'embarras de la parole est caractéristique, le langage est monotone et nasonné. Westphal a décrit un tremblement particulier de la tête, sans implication des lèvres. Ces cas n'ont pas la marche usuelle de la paralysie générale, mais ils tendent à la chronicité, sous la forme d'une démence partielle ou d'une paralysie associée à des conceptions délirantes. Les maladies fébriles sont compliquées fréquemment de paralysies locales ou diffuses qui imitent la paralysie générale, mais s'en distinguent facilement par la marche et l'aspect pathologique.

Dans la malaria aussi, la marche et la durée diffèrent. On observe une faiblesse mentale ou une légère exaltation avec ou sans conceptions délirantes. Du côté physique, c'est une débilité avec tremblement, altération des réflexes ; il peut même y avoir les signes positifs d'une lésion spinale. L'affection est de nature infectieuse, causée par des microorganismes ou des dépôts pigmentaires. La marche périodique des troubles mentaux peut mettre sur la voie du diagnostic souvent difficile. Quand la malaria est associée à l'alcoolisme, le pronostic est plus favorable ; il est grave avec la complication syphilitique.

Les rapports de la syphilis et de la folie ont donné lieu à de longs débats. Le virus syphilitique détermine des changements dans les tissus vasculaire et connectif du système cérébro-spinal : les produits morbides agissent mécaniquement — par pression ou autrement — sur les tissus, modifiant leur nutrition et entravant leurs fonctions. Les troubles qui en résultent sont d'allure progressive et amènent la démence, la paralysie et la mort après deux ou trois ans. Notre confrère n'admet pas l'identité de la syphilis infantile avec la paralysie

©BIUM

générale ; il reconnaît pourtant que la syphilis paraît être un facteur puissant de la paralysie générale. A Bethlem, une grande proportion de paralysés généraux souffrent d'une dégénérescence cérébrale d'origine syphilitique. Mais cette remarque n'infirme pas l'existence d'une pseudo-paralysie générale syphilitique qui ressemble, au début, à s'y méprendre, à la paralysie générale vraie. Mais tout à coup la maladie s'arrête dans son cours, figée dans sa pseudo-forme, et le malade continue de vivre pendant des années.

La démence apoplectique, où l'hémiplégie est d'ailleurs saillante, évolue à un âge plus avancé que la paralysie générale. Les tumeurs intra-craniennes pourraient induire en erreur ; mais, dans ce dernier cas, les symptômes parétiques sont plus bornés, moins diffus.

En somme, la différence entre la paralysie générale et les pseudo-paralysies générales réside moins dans les symptômes, qui peuvent être identiques, que dans la marche, qui, pour ces dernières, est généralement régressive, et dans le pronostic, relativement favorable.

Le dernier type de pseudo-forme, comme l'appelle M. Byslop, est fourni par l'insolation, où des attaques épileptiformes peuvent, dès le début, égarer le diagnostic. Il a relevé cinquante-cinq cas de folie consécutive au coup de chaleur. Parmi ces malades, un seul était un vrai paralysé général. Dans quatorze cas, le diagnostic était douteux. Tremblement de la langue, anomalies pupillaires, altérations des réflexes, écriture hachée, démarche titubante, relâchement des sphincters, hallucinations ou perversions sensorielles, dépression mélancolique ou hypocondriaque, plus souvent exaltation, conduite extravagante, rien ne manquait au syndrome classique ; mais, après un certain temps, les signes physiques disparaissaient, laissant après eux une simple faiblesse mentale avec quelques conceptions délirantes fixes. Le malade était devenu docile, correct, industrieux et traitable.

XVII. — *L'accroissement de la folie et le système du traitement extérieur ;* par le Dr Bresler, de Fribourg, en Silésie (numéro d'avril). — Travail concis, mais substantiel, d'où nous détachons quelques détails utiles sur l'assistance extérieure des aliénés dans le nord de l'Europe. Nous laisserons Gheel et l'Ecosse, dont les bienfaits nous sont connus, pour la voir fonctionner en Allemagne. Presque tous les aliénés traités au dehors y sont maintenus sous la direction du médecin de l'asile.

©BIUM

Ils demeurent en contact avec l'asile et vivent « à l'ombre de ses murs ».

Brême est la première ville qui ait adopté le système écossais. Les aliénés sont envoyés dehors après quelques jours d'observation dans l'asile. Leur entretien coûte alors de 12 à 18 shellings par mois. Ils sont placés sous un quadruple contrôle exercé par les officiers de la loi des pauvres et un médecin de maison privée qui leur fait des visites hebdomadaires. En 1892, quarante-sept femmes et vingt-huit hommes étaient hospitalisés dans des villages voisins de l'asile. Ce système a un défaut grave : ce sont les autorités de la loi des pauvres et non le médecin qui désignent les malades ; leurs choix sont parfois malheureux.

En Hanovre, le conseil provincial confie les malades qui paraissent aptes à la vie extérieure au Dr Wœhrendorf, propriétaire de l'asile privé d'Ilten. Ce praticien expérimenté observe les malades, les étudie dans son service et se charge d'hospitaliser au dehors les sujets convenables. Par ses soins, 120 hommes ont pu être traités dans la paroisse d'Ilten, au prix de 13 livres 10 shellings l'année.

Berlin a inauguré la méthode en 1885 ; malgré quelques mécomptes, le résultat est encourageant pour l'avenir.

En Silésie, le traitement extérieur est pratiqué avec le concours de l'asile provincial de Bunzlau, depuis l'année 1886. Dans un village voisin de l'asile sont entretenus 25 aliénés, au prix modique de 9 deniers et demi par jour. Ils sont visités chaque semaine par le médecin et le surveillant en chef de l'asile. Une fois par mois, leurs chambres sont inspectées et leurs aliments vérifiés.

Dans la Prusse orientale, les asiles d'Allenberg et de Kortau ont placé respectivement, dans des conditions semblables, 37 et 15 de leurs malades. Le nombre des individus susceptibles de bénéficier de la réforme a été reconnu faible ; toutefois, la bonté du système n'est pas discutable. En Allemagne, la proportion des malades traités au dehors n'excède pas 5 à 6 p. 100 ; mais l'expérience de l'Ecosse et de Brême démontre qu'elle peut être augmentée dans l'avenir.

XVIII. — *Un cas de folie dégénérative du développement avec inversion sexuelle ; mélancolie consécutive à l'ablation des testicules ; tentatives de meurtre et de suicide ;* par MM. Talbot et Havelock Ellis (numéro d'avril). — L'individu qui a fourni cette observation, âgé de trente ans, est fils de meurtrier, et fortement atteint par la dégénérescence. Il se distingue

©BIUM

entre autres signes, par l'asymétrie de la tête, le front bas, l'arrêt de développement du maxillaire supérieur, les oreilles énormes et mal formées, l'atrophie des organes génitaux, les dimensions exagérées des pieds et des mains. Il est ridé et paraît plus vieux que son âge.

En 1892, il exerce la profession de facteur à Chicago; il s'éprend d'une passion contre nature pour un de ses camarades, qui le raisonne et le presse en vain de se soumettre à un traitement médical. Dans la suite, congédié par son administration, il mène une vie misérable et prend le parti de demander à un chirurgien qu'il lui ôte les testicules. La castration n'a pour effet que de provoquer l'éclosion d'une mélancolie sombre avec idées de suicide. Mais il ne veut pas mourir seul et décharge d'abord son pistolet sur l'homme qu'il aime et le blesse grièvement. Cet aliéné a été séquestré à l'asile criminel.

Il avait été traité, en 1886, à l'asile des aliénés de Kaukakee pour une paranoïa (folie primitive de dégénérescence; faiblesse mentale avec conceptions délirantes diffuses).

Il offrait au point de vue mental et physique un terrain préparé pour la perversion génitale. Dès l'âge de douze ans, il était déjà un inverti sexuel. Devenu plus tard maître d'école, il se marie et déclare sa passion au cousin de sa femme. Il avait les organes génitaux incomplètement développés, était très suggestible. Sa passion, comme il advient chez les débiles, était exaspérée par la perte de tout espoir.

Notre confrère relève encore l'absurdité de l'acte criminel. Cet homme veut mourir avec sa victime dans la pensée que leurs existences sont inséparables. Ce cas clinique démontre enfin que la castration n'est pas un moyen à tenter contre la perversion sexuelle.

XIX. — *Torquato Tasso et ses biographes;* par M. W. Ireland (numéros de juillet et d'octobre). — Le Tasse était-il un pauvre aliéné, dont la condition pitoyable réclamait des soins, une surveillance incessante et même, à certains moments, la contrainte; ou faut-il voir en lui, d'après la légende, une victime de l'orgueil et de l'égoïsme du duc de Ferrare?

C'est une question qui revient. Elle a déjà été traitée à fond dans le *Mental* en 1877 par un écrivain anonyme qui, s'appuyant sur un travail récent, *La vie de Torquato Tasso,* par le Rév. Milman, s'est prononcé nettement pour la première version. A l'occasion du 300e anniversaire du Tasse, une nouvelle biographie vient d'être publiée par Solerti, très richement docu-

©BIUM

mentée, et M. W. Ireland en tire une étude remarquable où il affirme encore, avec l'autorité qui lui appartient, l'état d'aliénation de l'illustre poète.

Torquato Tasso n'avait pas l'hérédité vésanique dans sa famille. Son père, issu d'une lignée vigoureuse, bien doué lui-même, était aussi un grand poète. Son beau poème d'*Amadis des Gaules* suffirait à le sauver de l'oubli. Comme tous les lettrés du temps, il s'était attaché à des grands seigneurs dont il était le serviteur et l'ami et dont il partageait la fortune. Son existence mouvementée eut quelque influence sur les premières années du jeune Torquatino, qui n'en reçut pas moins une éducation brillante dans les Universités de Padoue et de Bologne. Ses débuts furent précoces ; à dix-huit ans, il arrivait à la célébrité avec son poème sur le paladin Renaud. Il avait vingt et un ans lorsqu'il entra au service du cardinal Louis d'Este, et qu'il fut admis à la cour de Ferrare. Il y trouva deux femmes qui devaient occuper une grande place dans sa vie, les princesses Lucrécia et Léonora, sœurs du duc régnant. La première était une femme robuste, éprise de plaisirs, jalouse et vindicative. Elle patronnait les arts et admirait le Tasse. Sa sœur était d'une complexion frêle, sérieuse, adonnée aux affaires. Il est douteux qu'elle ait honoré celui-ci d'une faveur particulière.

M. Ireland retrace le portrait du Tasse d'après Solerti. C'était un gentilhomme séduisant. Il était grand, bien fait ; il avait le front large et élevé, les cheveux noirs, la barbe soyeuse, les sourcils bien dessinés, les yeux grands et bleus, le nez aquilin, les lèvres pâles et minces, les dents blanches. L'expression de son visage était grave, il était peu enclin au rire. Dans cette personnalité, il y a des traits choquants : la myopie et un langage défectueux. Comme les courtisans de son époque, il était habile aux jeux des armes ; il était ambitieux et prisait les honneurs. Imprudent dans ses discours, il ne dédaignait pas la bonne chère et les sourires des dames.

Son père mourut en 1569. L'année suivante, il vient en France, où Anne d'Este, sœur aînée du cardinal, était la femme du duc de Guise. Cinq ans après, il rentre en Italie, au service du duc de Ferrare. Il compose alors son drame pastoral *Aminta*, et termine son chef-d'œuvre : la *Jérusalem délivrée*.

Il y mettait la dernière main, en août 1574, lorsqu'il fut atteint de la fièvre quarte. La malaria devait produire sur sa

©BIUM

santé un ébranlement irrémédiable. De cette époque, en effet, datent les premières manifestations cérébrales et vésaniques qui vont être suivies et relevées dans le cours de sa vie par notre distingué confrère.

La *Jérusalem délivrée* est terminée, et il en tire des motifs d'anxiété en sollicitant les critiques de ses contemporains, qui ne les lui épargnent pas.

En 1575, la fièvre le terrasse encore une fois. Il est sous le coup d'une confusion mentale, compliquée de doutes obsédants sur Dieu et le dogme. Tourmenté par des idées de damnation, il va se confesser à l'inquisiteur de Bologne. Puis, ce sont des craintes morbides touchant ses lettres et ses poèmes, qu'il songe à soustraire à son protecteur pour les mettre en sûreté hors de l'Italie. Cette idée fixe le poursuivra jusqu'à la fin. Il veille avec un soin jaloux sur son bien et s'alarme de tentatives supposées pour forcer sa porte et le lui ravir en son absence. Un jour, il soufflette publiquement un courtisan, qu'il accuse d'avoir ouvert son armoire. Enfin, irrité de la présence d'un domestique, qui avait peut-être mission de veiller sur lui, il le frappe d'un coup de couteau dans la chambre même de la duchesse d'Urbin. Pour la première fois, le duc Alphonse le fait enfermer et le confie aux soins des médecins. A ce moment, on note chez le Tasse un délire de culpabilité : il s'accuse d'hérésie et redoute d'être empoisonné.

Vers cette même époque, il écrit à Rome pour se plaindre de l'inquisiteur de Bologne qui n'a pas voulu écouter sa confession et l'a absous comme aliéné ; il dénonce, en même temps, ses amis comme hérétiques. A l'époque, une telle accusation était fort grave et pouvait causer un préjudice énorme à son bienfaiteur. Ce dernier l'avait recueilli, d'abord à la villa Belriguardo, sa résidence d'été ; puis le poète fut mis en traitement au couvent des franciscains de Ferrare, d'où il parvint à s'enfuir. A quelques jours de là, on le trouve à Sorrente, chez sa sœur, à qui il s'est présenté sous un déguisement. Il ne séjourne pas longtemps auprès d'elle et regagne Ferrare pendant l'été de 1578, malgré l'accueil peu empressé du duc. Bientôt ses idées de persécution le reprennent ; il voit partout des ennemis ; ses craintes et soupçons le chassent de nouveau de son pays préféré. On le voit successivement à Mantoue, à Venise, et chez le duc d'Urbin, qui l'a reçu à bras ouverts. Mais les soins qu'il reçoit sont impuissants à le retenir. Il fuit et arrive à Turin dans une tenue misérable. Cette ville était en pleine

©BIUM

panique; on y redoutait la peste de Provence et le Tasse avait trouvé les portes fermées. Un ami, qui le reconnut, attira sur lui la bienveillance du duc de Savoie, auprès duquel il aurait pu se fixer. Mais il se lasse bientôt du duc et de ses amis, et il fait écrire au duc de Ferrare pour demander à ce seigneur ses manuscrits, ou de l'argent, ou la permission de revenir à sa cour.

Le voilà de nouveau à Ferrare, où il donne lieu, le 12 mars 1579, à une scène scandaleuse. Poussé à bout par ses griefs délirants, il s'oublie jusqu'à injurier publiquement ses bienfaiteurs devant les courtisans. La mesure était comble. L'infortuné poète fut enfermé, sous les chaînes, à l'hôpital Sainte-Anne. Il devait y rester sept ans.

Si la démonstration de la folie n'était pas déjà faite à cette heure de sa vie, on en trouverait la preuve irréfutable dans les nombreuses lettres qu'il a écrites pendant sa séquestration.

Il avait, en effet, conscience de sa misère. A son ami Gonzague il écrit qu'il est en proie à une mélancolie qui le rend incapable d'écrire et de travailler. Il ne réclame plus la gloire, mais la vie en liberté dans un pauvre cottage, où il n'aura plus ses angoisses maladives. Il n'y sera pas honoré mais n'y fera horreur à personne. Ailleurs : « Ma tête est toujours pesante, « souvent douloureuse ; ma vue et mon ouïe sont altérées ; mon « corps est maigre et épuisé; mon esprit est paresseux ; mon « imagination lente, mes sens s'appliquent malaisément les « impressions; ma main est lourde et ma plume se refuse à « écrire ; en tout, je suis engourdi et plongé dans une stupeur « extraordinaire. »

Dans d'autres lettres, il décrit son délire. Son ami Cattaneo apprend de lui que les troubles qu'il ressent sont les uns de source humaine, les autres d'origine diabolique. D'une part, des cris d'hommes, de femmes et d'enfants, des rires moqueurs, des cris d'animaux, des bruits de choses inanimées, tout cela suscité par la méchanceté de ses ennemis ; de l'autre, des enchantements, de la sorcellerie. Il est ensorcelé ; ses oreilles perçoivent nettement les noms de ceux qui en veulent à son repos... Des vapeurs lui montent à la tête et lui brouillent l'esprit. Il se laisse aller à la colère et aux larmes, et sa mémoire se perd.

Il demande des soins et consulte le professeur Mercuriali, de Padoue. Il lui confie qu'il est ensorcelé et que cette condition fait naître chez lui une douleur intestinale et un flux de sang,

©BIUM

des bourdonnements d'oreilles, des sons de cloches, des images variées souvent désagréables qui l'arrachent à son travail. Après le repas, il sent des bouffées de chaleur. Les objets inanimés lui parlent et ses nuits sont troublées par des rêves. Un autre jour, il se plaint d'un esprit (folletto) qui lui est suscité par un magicien. Cet esprit s'amuse à commettre des larcins autour de lui; il l'effraie la nuit en lui montrant des flammes. Au milieu de ces épouvantes lui apparaît la Vierge tenant l'Enfant Jésus dans ses bras.

Son désordre mental s'étant amélioré, le duc de Ferrare consentit enfin à se départir de sa rigueur et permit au fils du duc de Mantoue d'emmener le poète; mais le Tasse devait continuer ses fugues jusqu'au bout de son existence. Il ne fit que passer à Mantoue. Craignant d'être réintégré à Ferrare, il prend encore la fuite. Il fait un pèlerinage à Lorette pour demander sa guérison à la Vierge et se met à parcourir l'Italie, d'une cour à l'autre, cherchant un maître qui veuille bien l'entretenir en échange de ses vers. Son dernier hôte de marque a été le marquis de Villa, qui habitait les environs de Naples. Notre poète avait toujours ses hallucinations.

Torquato Tasse a terminé sa vie au couvent de San Onofrio, le 25 avril 1595, après avoir décliné les honneurs d'une apothéose qu'on lui offrait à Rome.

L'étude de M. Ireland met bien en relief chez le grand poète italien l'existence d'un trouble mental à forme récurrente, compatible avec le brillant exercice des facultés pendant les accalmies. Corradi a vu dans le malade un circulaire. Roncoroni un paranoïaque.

XX. — *Statistiques sur la folie héréditaire, basées sur plus de* 1,000 *cas observés à l'asile du comté d'Essex;* par M. John Turner (numéro de juillet). — Les tableaux dressés par M. Turner s'etendent à 1.039 individus (414 hommes et 625 femmes), tous héréditaires, admis à l'asile d'Essex depuis onze ou douze ans.

Le premier tableau indique le degré de parenté, le nombre actuel des parents aliénés à tous les degrés. Il montre sous une forme saisissante l'influence de la mère et des parents maternels. On y relève 240 mères aliénées pour 197 pères, 55 grands-parents maternels pour 37 grands-parents paternels, 151 oncles maternels pour 11 oncles paternels. Les cousins paraissent faire exception; l'influence paternelle y serait prédominante. Si l'on compare les hommes aux femmes atteintes d'aliénation

©BIUM

mentale, on voit qu'il y a un nombre plus grand de femmes ayant des parents aliénés ou buveurs, des ancêtres et des oncles ou tantes aliénés.

En ce qui touche l'hérédité réversive ou collatérale, on trouve que 100 aliénés, hommes ou femmes, ont 58 parents aliénés dans la ligne maternelle, 42 du côté du père. Les chiffres sont les mêmes pour les deux sexes. Les hommes ont un plus grand nombre de frères aliénés, les femmes un plus grand nombre de sœurs. L'auteur a réuni 123 cas de folie issue de l'alcoolisme. Ici, l'hérédité paternelle est prépondérante.

Le deuxième tableau est relatif à la descendance des parents aliénés. Il montre que 186 pères ont donné le jour à 255 enfants aliénés; 71 p. 100 de ces pères n'ont eu qu'un seul enfant aliéné; 29 p. 100 en ont eu plusieurs; 100 pères aliénés ont eu 137 enfants, parmi lesquels les filles prédominaient légèrement.

Deux cent trente-six mères ont eu 303 enfants aliénés, où l'on constate une grande prépondérance des filles (182 filles pour 113 garçons); 80 p. 100 d'entre elles n'avaient qu'un enfant atteint de folie; 20 p. 100 en avaient plusieurs; 100 mères aliénées avaient 124 enfants frappés de folie; la descendance maternelle est un peu moins éprouvée que celle des pères aliénés.

Lorsque les deux parents sont atteints d'aliénation mentale, leur progéniture aliénée est un peu plus nombreuse (178 enfants pour 100 couples). Dans cette catégorie, 43 p. 100 des parents ont plus d'un enfant aliéné, les deux sexes payant à peu près un égal tribut (21 garçons et 29 filles sur 50 enfants).

Il semble, d'après ce tableau, que, quel que soit le parent affecté ou qu'ils le soient l'un et l'autre, l'influence nocive de l'hérédité est plus marquée dans la descendance féminine.

Les chiffres précédents ne confirment pas la loi de Darwin; ils ne sont pas favorables non plus à cette croyance assez répandue que les mères transmettent leurs caractères aux garçons, les pères aux filles.

Un troisième tableau est consacré aux cas congénitaux et aux cas de folie pubère (instabilité nerveuse, dégénérescence). Le nombre de parents aliénés avec une descendance imbécile est de 151. Ils ont 188 enfants; 65 mères aliénées ont eu 76 enfants idiots; 54 pères aliénés en ont eu 72. Dans 16 cas, les deux parents étaient atteints de folie, et avaient donné le jour à 40 idiots.

©BIUM

En réduisant au pourcentage, on a :

Pour 100 pères.	117	enfants.
Pour 100 mères	133	—
Pour 100 couples.	250	—

Par l'examen de cette descendance, on voit que la mère est plus apte à transmettre la dégénérescence à ses filles. Les chiffres s'accordent avec la loi de Darwin.

XXI. — *Certaines conditions du système circulatoire chez les aliénés ;* par M. Samuel Edgerley (numéro de juillet). — Dans ce travail sont étudiés les états mentaux liés aux affections cardiaques et aux lésions de l'appareil circulatoire. A l'asile de Roxburgh, le pourcentage des aliénés atteints de troubles du cœur n'est pas inférieur à 19. Cette statistique ne comprend pas seulement les vrais cardiaques, mais encore des individus qui présentent des altérations fonctionnelles, d'origine dynamique, dans les bruits et le rythme. Ces deux conditions morbides aggravent le pronostic des maladies mentales. Les aliénés guéris, à fonction cardiaque normale, sont dans la proportion de 44 p. 100. Le pourcentage des guérisons descend à 27 chez les malades dont le cœur et les vaisseaux sont organiquement affectés, à 26 chez ceux qui souffrent de désordres purement fonctionnels. L'influence sur l'état mental est donc à peu près égale chez les deux catégories de cardiaques, bien que la mortalité diffère, naturellement, dans l'une et dans l'autre.

En quelques lignes, l'auteur indique les mentalités correspondant aux diverses variétés cliniques.

La maladie cardiaque est peu avancée : il n'y a pas d'insuffisance avec grand retentissement sur l'économie, mais un rétrécissement mitral ou aortique. Les symptômes mentaux sont le fruit de l'anémie et de la mal-nutrition cérébrale. On observe un certain degré de dépression avec irritabilité, tendance au soupçon, idées de persécution, de spoliation et d'empoisonnement. Dans les formes plus graves, comme l'insuffisance mitrale avec altération physique, le même délire de soupçon existe avec de l'excitation et des pensées haineuses contre l'entourage.

Au début de l'insuffisance aortique, cette affection valvulaire qui compromet de bonne heure l'apport du sang au cerveau (ce que démontrent les attaques syncopales), la mentalité est la même qu'à la suite d'une hémorragie, et l'on aura de l'excitation passagère des cellules cérébrales, un besoin de mouvement, de la loquacité, des cris, la perte absolue du contrôle. Dans les cas

©BIUM

les plus sérieux, le malade perd la notion du milieu, devient délirant et meurt à bref délai.

Quelle que soit la forme primitive cardiaque, toute insuffisance artérielle produit un retard dans le retour du sang veineux, et une stase sanguine dans le cerveau. Les troubles mentaux sont liés à l'action d'un sang altéré, incapable de réaliser la nutrition et doué, en outre, de qualités toxiques.

Si la pression sanguine augmente, elle s'exerce sur des vaisseaux à parois dégénérées et cette condition morbide prépare des accidents apoplectiques mortels.

On a vu jusqu'ici le désordre vésanique résulter d'une lésion des organes circulatoires; mais il peut se faire qu'un phénomène inverse se produise, et que la maladie mentale détermine des altérations du système, soit organiques, soit fonctionnelles. A la suractivité des cellules correspond une accélération du courant sanguin, une stimulation des centres cardiaques et vasomoteurs. Dans les cas heureux tout rentre dans l'ordre, et le retour des cellules à l'état normal est suivi du rétablissement physiologique de la circulation. Chez d'autres malades, les conditions pathologiques créées par le cerveau se maintiennent et le résultat est l'aggravation du pronostic de la maladie mentale, par suite de la nutrition défectueuse de l'encéphale. N'est-ce pas pour ce motif que l'hématome de l'oreille est un signe défavorable quand il apparaît chez les aliénés ?

La transformation du trouble dynamique en altération fonctionnelle s'observe chez certains agités. L'auscultation fait découvrir tout à coup chez eux des bruits d'insuffisance, indices de lésion organique rapidement mortelle. D'autres sont atteints brusquement par une dilatation de l'organe, accident qui menace la vie présentement et compromet à jamais la guérison de la folie.

Les aliénés agités présentent parfois des hémorragies multiples sous-cutanées, disséminées sur différents points du corps. La dégénération des vaisseaux est étrangère à ces accidents, qui naissent d'un état congestif de la peau. M. Edgerley rapporte l'observation d'une maniaque robuste, âgée de trente-sept ans, qui offrit spontanément, au cours de son accès, de nombreuses ecchymoses d'une coloration rouge foncé sur le front, la face interne du bras gauche et des cuisses, la poitrine, les épaules et une partie du bras droit. Par leur position, ces ecchymoses ne pouvaient résulter d'un traumatisme. Cette malade a guéri.

©BIUM

Les effets de la condition mentale sur la circulation périphérique sont encore démontrés par l'exemple d'une maniaque récurrente, qui présentait pendant ses crises les symptômes de la maladie de Raynaud.

La congestion des mains était précédée d'une anémie locale (mains blanches et froides, pouls filiforme).

M. Edgerley s'occupe, à la fin de son mémoire, des états mentaux associés aux modifications de la pression sanguine. La stupeur est liée à l'augmentation de la tension vasculaire et s'amende par la médication, qui est capable de l'affaiblir (mercuriaux, purgatifs). Notre confrère donne la curieuse observation d'un paralysé général qui a été traité d'après cette donnée et amélioré notablement. Ce malade avait des crises de stupeur compliquées de marasme physique et d'attaques épileptiformes. Le caractère du pouls dénotait une exagération de la pression artérielle. Un traitement fut institué par l'huile de croton, le bromure et l'iodure de potassium ; il a été répété à chaque accès stupide, au grand avantage du malade. Plus tard, le calomel lui a été administré comme médication préventive.

XXII. — *Un cas de tumeur du cerveau;* par M. Fletcher Beach (numéro de juillet). — Le sujet de cette observation est un enfant de six ans, le troisième d'une famille de six enfants, dont trois sont morts de bronchite, un autre d'une maladie de la moelle. Le père est mort de phtisie. Notre petit malade est né à la suite d'un accouchement laborieux. Un mois après sa naissance, il portait au crâne une tumeur grosse comme une noix dont fut extraite une petite quantité de liquide. A deux ans, il fit une chute, après laquelle la tumeur s'accrut et fut ponctionnée à plusieurs reprises. A dater de cette époque, il perdit l'usage de son bras droit et eut des attaques d'épilepsie.

A l'entrée du malade, sa tête offre un contour irrégulier ; la calotte cranienne est occupée par une tumeur bilobée, large, élastique, paraissant contenir un liquide. La peau du crâne est abondamment fournie de cheveux. A sa base, la tumeur se continue sans démarcation avec le crâne, excepté vers l'extrémité supérieure du frontal gauche, où existe une dépression. Sur la ligne médiane et postérieurement est un retrait de la peau pouvant admettre le doigt. Les dimensions de la tête sont normales.

Comme signes cliniques, cet enfant avait une parésie du bras droit, une raideur de la jambe droite avec pied bot équin. Il était simple d'esprit, d'humeur changeante, tantôt gai et

©BIUM

enjoué, tantôt déprimé et sombre. Il avait des crises d'épilepsie et a succombé en état de mal épileptique, deux ans après son admission à l'asile.

Au moment de la nécropsie, la division qui séparait les deux lobes de la tumeur avait disparu ; les deux lobes se confondaient en un seul, plus étendu à gauche. La tumeur était adhérente au cuir chevelu et remplie d'une masse caséeuse d'une coloration brun rougeâtre. Elle s'étendait au-dessus du crâne, auquel elle était liée par un tissu blanchâtre résistant, de consistance presque cartilagineuse. Antérieurement, elle communiquait librement avec le cerveau par une ouverture osseuse ovale, grande comme une demi-couronne. La surface de l'os offrait plusieurs dépressions correspondant à des insertions distinctes du néoplasme. Malheureusement, l'autopsie du cerveau manque à cette note curieuse.

XXIII. — *Un cas de stupeur mentale ; guérison après six ans ;* par M. Hotchkis (numéro de juillet). — Les antécédents du malade n'ont rien de particulier. C'est un ouvrier aiguiseur, âgé de trente-huit ans, honnête, religieux et sobre, sans tare héréditaire connue. Il a paru subir fortement l'impression d'un jubilé populaire. Après cette grande manifestation religieuse, il cesse brusquement de travailler, laissant à Dieu le soin de nourrir sa famille, et s'adonne à des pratiques de piété.

A son entrée, il se montre déprimé et taciturne. Entre temps, il renseigne l'entourage sur ses hallucinations. Dieu lui parle et lui défend de parler et de manger. L'alimentation à la sonde est prescrite. Pendant des mois entiers il est stupide et subit un gavage quotidien. Cette condition se prolonge pendant un an et demi. Il demeure couché, immobile, la contraction des muscles du cou maintenant la tête, sans contact, au-dessus de l'oreiller. Le regard est sans expression, les pupilles sont dilatées. Les réflexes sont affaiblis, mais les extrémités ne sont pas froides. Le passage de la sonde ne provoque chez cet homme aucune résistance. Un de ses compagnons lui assène un coup violent sur la tête et il ne paraît pas s'en émouvoir. Au milieu de cette inertie, il a conservé des habitudes propres.

Vers la fin de la troisième année, le malade est un peu plus actif. Ses réflexes sont moins obtus ; il fait quelques mouvements rythmés des bras et semble ému par la visite de sa famille. Deux ans plus tard, il dit quelques mots et se laisse alimenter à la cuillère. Si on lui demande depuis quand il est à l'asile, il répond : « Depuis 3 à 4000 ans ».

©BIUM

C'est vers cette époque que se place une attaque de gastro-entérite, suivie d'érysipèle. Il tombe dans le marasme physique et doit être nourri par le rectum. Il parvient à se relever et il est soumis à un traitement électrique.

Une seconde poussée d'érysipèle se montre deux mois après la première. A la faveur de cette complication, ses facultés semblent se réveiller, il parle, s'intéresse à sa nourriture... Mais elle n'a eu qu'un effet temporaire. Après la disparition de l'exanthème, il retombe dans son état misérable. L'amélioration décisive de la maladie mentale ne s'est produite que dix-huit mois plus tard, de sorte qu'on ne saurait attribuer à la fièvre une action curative. Le rétablissement a, d'ailleurs, été complet et le malade a recouvré à la fois son intelligence et ses sentiments affectifs. Il s'agit ici d'une mélancolie avec stupeur, non d'une démence aiguë primitive. L'obtusion de la conscience, la conservation du souvenir après la guérison, la résistance passive des muscles, l'absence du gâtisme militent en faveur de ce diagnostic.

XXIV. — *Un cas de folie diabétique; guérison immédiate après la disparition du sucre;* par M. Keeth Campbell (numéro de juillet). — Une héréditaire de soixante-huit ans, qui compte dans sa famille des aliénés, des goutteux et des diabétiques, excentrique elle-même, entre à l'asile pour un délire de persécution, de soupçon, avec hallucinations de l'ouïe et conceptions hypocondriaques. Elle est dans un état d'anergie musculaire absolue, étendue sur son lit, faisant à peine quelques mouvements. Les réflexes rotuliens sont absents. Elle est gâteuse, sans qu'on puisse découvrir une lésion des centres nerveux. Les urines n'ont pas de sucre. La conjonctive est injectée et ictérique; il y a du tremblement de la langue et de la constipation. Au point de vue mental, elle accuse un beau délire de négation. Elle est morte; sa langue a été coupée; elle n'a pas de corps; on lui a tranché la tête. Elle a été alimentée à la sonde à plusieurs reprises. Elle ne sort de son immobilité que pour résister aux tentatives faites pour la nourrir ou la changer de place. Après la troisième semaine, on remarque qu'elle boit beaucoup. Le volume de l'urine n'a pas augmenté notablement; mais elle réduit la liqueur de Fehling. A ce moment, l'état s'est aggravé; les conjonctives sont très foncées, la langue chargée, l'haleine fétide. Elle a été soumise au régime rigoureux des diabétiques.

Au bout d'une semaine, le sucre a disparu de l'urine et la

©BIUM

malade est transformée. Elle est vive, enjouée, se nourrit bien, a cessé d'être malpropre ; elle s'occupe et reconnaît l'inanité de ses idées délirantes. C'est une sorte de résurrection.

Une légère rechute est survenue deux mois après, marquée par de l'excitation avec irritabilité, des idées vagues de persécution. Pas de sucre. Ce trouble a été passager ; mais une nouvelle bouffée d'agitation de même nature s'est manifestée un peu plus tard. Le désordre mental n'allait pas jusqu'à l'état vésanique, mais consistait simplement en une excitation légère avec caractère bizarre et agressif. On a trouvé alors sept grains de sucre par once dans l'urine. Le régime spécial, qui avait été abandonné, a été repris, et la guérison a été définitive.

XXV. — *Discours présidentiel, prononcé à la cinquante-cinquième séance annuelle de l'Association médico-psychologique, à Londres, le* 23 *et le* 24 *juillet* 1896, par M. Julius Mickle (numéro d'octobre). — En occupant le fauteuil présidentiel, M. Julius Mickle a fait à ses collègues une communication pleine d'intérêt. C'est une véritable monographie qu'il leur a présentée sur les obsessions, envisagées au triple point de vue psychologique, clinique et médico-légal.

Après avoir esquissé les divers aspects de l'obsession morbide, il établit qu'elle figure presque toujours parmi les stigmates de la folie diathésique et de la dégénérescence mentale. Sous une forme grave, elle constitue une variété de folie et pèse sur toute l'existence du sujet. Elle a des rapports étroits avec la neurasthénie, la paranoïa, l'hystérie et certains types de mélancolie. Ces rapports ne semblent pas exister avec l'épilepsie et la chorée. Comme la neurasthénie, l'obsession peut être acquise. La coexistence des deux conditions morbides fournit la preuve d'une débilité mentale héréditaire.

Les maîtres de la psychiatrie ont reconnu les obsessions et les ont désignées sous des noms divers : Esquirol (monomanie raisonnante), Prichard (folie morale), Baillarger (monomanie avec conscience), Morel (délire émotif) en ont rapporté des exemples devenus classiques.

La vieille littérature en contient des cas curieux (Brück, Sauvages, Petrus, Forestus, 1572).

M. Mickle rappelle les travaux de Falret père et fils sur la folie du doute et le délire du toucher, et voudrait supprimer cette dernière dénomination, qui ne répond pas à une observation juste. Le phénomène n'est pas, en effet, un délire du toucher, mais la crainte d'un contact. Il y a, d'autre part, une

©BIUM

obsession qui porte à vouloir toucher quelque chose, qui est tout l'opposé du délire du toucher de Falret. Ce vocable devrait donc être abandonné comme pouvant donner lieu à une fausse interprétation.

A l'obsession du toucher s'associent des mouvements irrésistibles des pieds et des mains. Dans le même ordre de faits sont compris le besoin de compter, de répéter un mot, une phrase... Le terrain psychique qui leur sert de base est une hésitation anxieuse et émotive, un doute pénible à forme récurrente et paroxystique.

Quel est le rôle respectif de l'intelligence, du sentiment et de la volonté dans les manifestations obsédantes? Ces trois éléments y sont impliqués dans des proportions variables, et l'on voit chacun d'entre eux, suivant les cas, exercer une action prépondérante. On peut distinguer les obsessions en obsessions de doute, de crainte, d'acte. La langue anglaise fournit une heureuse formule que notre confrère désigne par formule des trois D (doubts, dreeds, deeds).

Dans le premier groupe sont réunies : la recherche des mots, les incertitudes philosophiques, les questions insolubles, les impulsions intellectuelles, les notions morbides de contact.

Dans le deuxième trouvent place les phobies avec leur malaise et l'anxiété précordiale qui les complique.

Les faits compris dans le troisième groupe varient dans leur intensité, depuis l'idée de l'acte jusqu'à l'impulsion irrésistible. En opposition avec les actes impulsifs, il faut noter les phénomènes mentaux que Régis a désignés sous le nom d'obsessions abouliques, caractérisées par une paralysie momentanée de l'action mentale.

La division des obsessions proposée par M. Mickle n'est pas absolue. Comme il est dit plus haut, les trois éléments se confondent plus ou moins dans la manifestation morbide. En outre, elles se compliquent toutes de symptômes communs : céphalée, sensation d'aura, chaleur et constriction à l'abdomen, la poitrine, la gorge, la tête; anorexie, douleur épigastrique, bouffées de chaleur, sueurs, pâleur, troubles cardiaques et vasculaires.

Dans leur forme pure, primitive, les obsessions se distinguent par les caractères suivants : elles reposent sur un fond de dégénérescence; elles sont rémittentes ou paroxystiques; leur durée peut être indéfinie. Psychiquement, elles offrent l'état de lucidité et de conscience; la détresse, l'attention portée sur la maladie, la dépression mentale, le *tædium vitæ* qui en est souvent

©BIUM

l'accompagnement, la tendance à accomplir sciemment des actes impulsifs. Les hallucinations sont absentes dans les cas simples. La même obsession tend à se reproduire dans les mêmes circonstances. Enfin, le phénomène varie d'intensité suivant les conditions ambiantes.

Notre confrère sépare avec soin l'obsession de certains faits pathologiques qui lui ressemblent, et, en premier lieu, de l'impulsion épileptique. La première est caractérisée par la conservation de la conscience et de la mémoire, l'anxiété concomitante, l'insistance des malades à se désespérer sur leur maladie, le *tædium vitæ*, enfin, dans de nombreux cas, les signes physiques de la neurasthénie.

A l'épilepsie appartiennent la soudaineté de l'acte, l'état d'inconscience, de rêve ou d'obtusion mentale, la perte plus ou moins complète du souvenir, très fréquemment l'identité des détails dans les actes accomplis pendant les accès paroxystiques.

Il ne faut pas confondre l'obsession avec certains phénomènes liés à l'hystérie, l'hypocondrie (idées dominantes morbides), certaines hantises de réminiscence (couplets, motifs musicaux), avec les idiosyncrasies. Maints aliénés accusent des délires à forme persistante, qui ne sont pas nécessairement des obsessions. Idée fixe n'est pas synonyme d'obsession. Les idées fixes désignent un autre genre de faits cliniques en psychiatrie.

Lorsqu'elles acquièrent un certain degré de gravité, les obsessions se transforment en aliénation mentale. C'est donc commettre une erreur très regrettable que de les considérer comme un symptôme bénin, indépendant, sans relations avec la folie.

Les actes impulsifs, qui sont le fruit d'un défaut d'inhibition, donnent son cachet à la folie des héréditaires. On les observe principalement dans les vésanies liées à la ménopause, au trouble de la fonction génésique, dans l'épilepsie, l'alcoolisme héréditaire. L'imitation peut les faire naître, mais leur facteur capital est la dégénérescence.

De l'idée compulsive ou impérative dérive l'acte impulsif, dont la valeur s'accentue progressivement depuis le geste insignifiant jusqu'au crime. En médecine légale, cette gradation est importante à suivre. Au début, ce sont des faits anodins dont le malade reconnaît le caractère futile, puis c'est une tyrannie qui pèse sur lui, qui domine sa vie et le porte irrésistiblement au vol, au meurtre, à l'incendie. Nombre de crimes sont d'origine obsédante; ils ont été précédés par des actes

©BIUM

simplement extravagants, inoffensifs, dont le caractère s'est modifié graduellement jusqu'à l'impulsion dangereuse. La transition est marquée par un phénomène important. Tandis que le malade reconnaissait au début, en s'en moquant, l'absurdité de ses angoisses maladives, il a fini, à un moment donné, par y croire et devenir l'esclave de ses chimères. D'après M. Mickle, la pyromanie, la kleptomanie, les manies homicide et suicide ne sont pas des entités vésaniques, mais de simples groupes de symptômes.

Il fait un curieux rapprochement entre les paranoïaques obsédés et les sauvages; il admet que ces aliénés, en vertu de leur dégénérescence mentale, sont victimes d'une loi de réversion qui fait d'eux des hommes primitifs. Ne voit-on pas, en effet, que le sauvage est un type d'obsédé? Il l'est à l'état normal. L'onomatomanie, les pratiques superstitieuses, l'influence magique des nombres et des mots sont acceptées par lui et font partie de sa vie. Les incantations de la sorcellerie, chez les naturels de notre temps et chez les peuples anciens, ont des rapports étroits avec l'onomatomanie des obsédés, leurs actes bizarres et les formules qu'ils inventent. Tout cela se retrouve, chose curieuse, chez les paranoïaques qui attribuent aux gestes, aux nombres une puissance mystérieuse capable de combattre un maléfice, d'avoir raison d'un ennemi. Les obsessions ont été nommées par quelques-uns une paranoïa rudimentaire. Les procédés observés chez les trois groupes : sauvages, obsédés, paranoïaques, ont une ressemblance frappante.

Certains états morbides ont des affinités réelles avec les obsessions. Mentionnons d'abord l'hypocondrie, l'hystérie et l'hypnose. Dans ces affections, la fatigue nerveuse fait naître la tendance au retour des mêmes idées, à la prédominance des mêmes représentations. L'hystérie donne lieu au phénomène de double conscience qui existe en germe dans l'état d'obsession, où le développement d'idées étranges et de sentiments anormaux détermine une altération rudimentaire de la conscience. Dans les deux cas, la lésion de la volonté, de l'attention, de l'association détruit la capacité de contrôle et a pour aboutissant la folie.

Notre confrère signale encore des points de contact entre l'obsession et le tic convulsif, certaines maladies exotiques (la maladie du saut chez les Indiens de l'Amérique du Nord, le myriachit en Sibérie, le latah, dans l'archipel malais).

A cette intéressante étude est jointe une série de cas clini-

©BIUM

ques, destinés à montrer l'obsession dans sa forme simple, dans ses allures progressives, et dans ses métamorphoses vésaniques; on y voit le contraste entre l'obsession inoffensive et l'impulsion dangereuse, le lien qui unit le phénomène au tic convulsif dans la paranoïa. Cette partie du travail de M. Mickle ne vaut que par les détails et nous regrettons qu'elle ne prête pas à l'analyse.

Le dernier exemple qu'il rapporte est extrait d'un roman de Georges Borrow, *Lavengro*. Dans cette œuvre littéraire, le célèbre écrivain, qui était un obsédé de premier ordre, a écrit son autobiographie. Ce n'est pas le morceau le moins attachant de cette consciencieuse étude.

XXVI. — *La signification des doctrines de Weismann en aliénation mentale ;* par M. Georges Wilson (numéro d'octobre). — Les idées récemment émises par le professeur allemand sur l'hérédité ont passionné le monde savant en Angleterre, où elles ont été vivement combattues par l'illustre Spencer. On sait que cette théorie, dont la clef de voûte est l'inaliénation à perpétuité des cellules germinatives ou germatoplasmes, conduit à rejeter la transmission à la descendance des caractères acquis.

D'après Weismann, le plasma-germe se transmet seul à travers les générations. Le germe de la lignée dérive de la division du germe du parent et la continuité se poursuit dans la suite des âges. Ce physiologiste admet, dans tout organisme, deux substances distinctes : les cellules du corps ou plasma-somatique, et les cellules germinatives ou plasma-germe. Par le dernier, il désigne la substance essentielle de l'ovule et du spermatozoïde; tout le reste de l'organisme est plasma-somatique.

Or, tandis que le plasma-somatique est soumis aux influences du milieu et subit des différenciations dans la vie adulte, le plasma-germe se dérobe à tout travail physiologique et demeure invariable jusqu'au moment de la germination, où il manifeste une différenciation spéciale, entièrement distincte de celle qui affecte les autres cellules de l'organisme.

La continuité des plasma-germes correspond, dès lors, à un véritable isolement physiologique, et la matière germinative n'a aucune relation possible avec les autres tissus.

Cependant, il atténue la rigueur d'une telle assertion en admettant que l'organisme peut exercer nutritivement une influence indirecte sur le plasma-germe et déterminer un changement sur la dimension, le nombre, l'arrangement de ses

©BIUM

unités moléculaires. L'intransigeance ne serait donc pas absolue entre les deux systèmes. Cette action nutritive que l'activité somatique exerce sur les plasma-germes affecte ces cellules spécifiquement. C'est ainsi qu'on peut admettre pour le système nerveux que le développement cortical, matériel ou dynamique, actionne les molécules du plasma-germe dans le sens d'une prédisposition à la plasticité nerveuse. L'influence des changements somatiques sur le germe est sans doute faible; mais sa réalité paraît probable et la nutrition nerveuse modifie la constitution moléculaire des cellules germinatives.

Appliquant ces prémisses physiologiques au développement de la folie, M. Wilson étudie les trois facteurs organiques du trouble mental, qui sont : l'arrêt de développement, l'excès de variation individuelle, la régénération insuffisante.

En suivant le développement des organes de l'embryon par la prolifération cellulaire, on conçoit l'existence d'un agent, d'une force initiale qui détermine les activités spéciales des cellules. Le plasma-germe est donc doué d'une activité moléculaire à lui, unique et caractéristique. Cette force qui règle le mode et l'énergie de la multiplication cellulaire varie suivant les espèces, les individus et les tissus organiques. Son existence est une condition du développement normal, son absence signifie arrêt. L'arrêt d'un organe implique un défaut numérique dans ses éléments cellulaires.

Malheureusement, cette théorie est en défaut avec la folie, dont la cause réside, non dans une diminution du nombre des cellules, mais dans leur mauvaise qualité. M. Wilson expose, d'après Minot, la genèse de l'écorce. Les cellules corticales proviennent des neuroblastes, qui sont des cellules germinatives transformées. Le nombre de ces dernières est énorme dans l'embryon de quatre semaines; la plupart d'entre elles deviennent neuroblastes; le cerveau se développe surtout par l'augmentation de volume de ses éléments cellulaires plutôt que par leur prolifération. La cellule se forme en créant progressivement ses diverses parties. Dès le septième mois, sa constitution est la même qu'à la naissance. L'on peut admettre que le nombre des cellules est au complet dès la quatrième semaine de la vie intra-utérine et que leur prolifération a certainement cessé avant la naissance.

Cette genèse montre combien les centres nerveux diffèrent des autres tissus. Tandis que dans la sphère somatique la multiplication des cellules joue le principal rôle dans les rapports

©BIUM

du développement entre le soma et le germe, dans l'écorce, cette multiplication n'existe pas et il faut chercher ces rapports ailleurs : dans l'élaboration des connections intercellulaires, des processus nerveux. C'est dans l'arrêt de développement de ces organes que réside l'atrophie originelle de l'écorce.

Cette rareté des fibres intermédiaires, ces absences des prolongements, on la constate dans l'idiotie (Bewan Lewis) et la folie (Hughlings Jackson).

L'excès de la variation est une autre altération de structure qui se lie à la diathèse vésanique. Les effets qu'elle produit sont l'excentricité, le génie pervers, l'extravagance. Elle existe chez tous les prédisposés vésaniques et a pour cause un développement excessif et irrégulier des éléments nerveux dans une aire cérébrale, dont l'activité s'augmente au détriment des régions voisines. Il s'ensuit une déséquilibration fonctionnelle.

Il faut encore se reporter à l'évolution embryogénique des cellules pour comprendre la régénération insuffisante. Tandis que la régénération des tissus de l'organisme se fait, en général, par la prolifération cellulaire, un tel procédé de réparation n'est pas possible pour l'organe cérébral. Après une fatigue modérée, le retour à l'état normal a lieu par un phénomène de nutrition, par voie métabolique.

Dans ce phénomène, les prolongements cellulaires ont un rôle capital et leur intégrité est la condition première d'une bonne régénération. Chaque centre du cerveau exerce une action trophique par rapport à un centre voisin. En conséquence, la régénération dépend de l'accessibilité de la cellule malade aux influences trophiques et de la perméabilité de ses prolongements. Lorsqu'une région de l'écorce a perdu graduellement ses fonctions par une dégénération permanente, elle recouvre son intégrité par l'établissement de nouvelles connexions et l'activité de nouvelles cellules demeurées embryonnaires ou investies jusque-là d'un rôle plus effacé. Ces nouveaux éléments assument la fonction des cellules perdues.

La régénération insuffisante peut reconnaître pour cause l'inaptitude des cellules à recevoir la stimulation trophique ou l'incapacité des cellules embryonnaires pour la suppléance qui leur est réservée.

XXVII. — *L'accroissement de la paralysie générale en Angleterre et dans le pays de Galles; sa cause et sa signification;* par M. R. S. Stewart (numéro d'octobre). — L'auteur conclut dans les termes suivants :

©BIUM

1° La tendance à l'accroissement de la folie dans la race anglaise n'est pas évidente.

2° La tendance à l'accroissement de la paralysie générale est évidente.

3° Elle est plus prononcée chez les hommes (l'accroissement est dix-neuf fois plus fort chez eux que chez les femmes).

4° L'augmentation chez les malades des maisons de santé est deux fois plus forte que chez les pauvres. Chez les premiers, elle est franchement progressive, tandis que ce mouvement ascendant serait moins marqué chez les seconds. Une augmentation légère existe chez les femmes pauvres ; chez les femmes de la classe aisée, il se fait une diminution constante.

5° L'âge où l'accroissement de la paralysie générale atteint son maximum est le décade 35-44. Dans les autres formes d'aliénation mentale, l'accroissement a lieu au-dessus de quarante-cinq et surtout au-dessus de cinquante-cinq ans.

6° L'accroissement est plus marqué chez les hommes mariés; il est cinq fois plus fort chez eux que chez les célibataires; six fois plus fort que chez les femmes mariées.

7° Les chiffres les plus élevés sont dans les grands centres, principalement dans les ports et les villes qui exportent le charbon; après viennent les centres miniers et les villes manufacturières. La maladie décroît dans les provinces agricoles. Il existe un lien étroit, au point de vue de la distribution géographique, entre l'accroissement de la paralysie générale et l'abondance des crimes causés par l'ivresse.

8° Les facteurs étiologiques qu'il faut surtout accuser sont l'intempérance alcoolique, les excès sexuels et la maladie vénérienne. Les causes liées à la fonction génitale de la femme ont diminué de fréquence. L'accroissement prend sa source dans l'instinct personnel, non altruiste.

9° La prédominance croissante de la paralysie générale indique un changement dans le type de la folie, une réversion vers une forme inférieure de maladie mentale, augmentant la déchéance physique et morale, affaiblissant le pouvoir de contrôle et la vitalité et marquant le mouvement vers un déclin de la race prématuré et rapide.

10° L'affection étant absolument fatale et les causes étant contrôlables dans une grande mesure, la seule thérapeutique qui convienne est la prophylaxie. Dr Pons.

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE

El sistema nervioso del hombre y de los vertebrados (Le système nerveux de l'homme et des vertébrés. Etude sur le plan structural et la composition histologique des centres nerveux); par S. Ramon y Cajal, professeur d'histologie à l'Université de Madrid, 1er fasc. (Décembre, 1897). Madrid, Nic. Moya, 1897, in-8°.

« Le système nerveux représente le dernier terme de l'évolution de la matière vivante. » C'est par ces paroles que s'ouvre le grand traité de S. Ramon y Cajal, *El sistema nervioso del hombre y de los vertebrados* (Madrid, 1897). Au point de vue, déjà ancien, de la téléologie mécanique, le système nerveux apparaît comme « un appareil de perfectionnement » destiné à recueillir les excitations du monde extérieur, à les distinguer et à les classer, ainsi qu'à assurer aux mouvements plus de rapidité, d'étendue et de précision en éliminant le plus possible les réactions inutiles ou préjudiciables à l'être vivant.

Qu'on imagine un animal quelconque, dépourvu de système nerveux central. Après chaque excitation d'un point limité de la peau, on verra entrer en contraction un groupe de fibres musculaires sous-jacentes. Mais comme il n'existe pas de communication entre ce point de l'épiderme et d'autres groupes musculaires éloignés, toute réaction motrice d'ensemble de ces muscles, et partant de l'animal, sera impossible. Il est de toute évidence que, pour la quête des aliments et la défense de l'animal, des réactions étendues, énergiques et coordonnées de toutes les parties de son corps seront plus efficaces, quant à ces fins, qu'une contraction musculaire isolée en réponse à une stimulation localisée d'un point de la peau. « Cet exemple suggère aussi l'idée que *le système nerveux représente une différenciation de l'épiderme* »; celle-ci implique en même temps l'établissement d'une liaison directe entre les appareils tactiles et musculaires. Aussi voit-on apparaître en même temps, dans la série animale, comme tissus

©BIUM

différenciés et dynamiquement solidarisés, les deux *systèmes nerveux et musculaire*. A l'origine, le système nerveux sert aux réactions de mieux en mieux adaptées des organismes en rapport avec l'alimentation et la défense de l'animal; chez les animaux plus élevés, « *en manière de perfectionnement de ces appareils défensifs*, se montrent les phénomènes de la *sensation*, de la *pensée* ou de l'*entendement* et de la *volonté* ».

Les invertébrés les plus rudimentaires jouissent, comme les végétaux, de l'irritabilité, c'est-à-dire de la propriété que possède toute cellule vivante de réagir aux excitations extérieures. Mais il n'y a « aucune raison de croire qu'une pareille propriété soit associée à une représentation consciente ». Les réponses de ces organismes aux stimuli extérieurs ne sauraient non plus atteindre le degré d'adaptation que présentent les animaux pourvus d'un système nerveux. Toutefois, ces manifestations de la sensibilité organique nous obligent à reconnaître « l'existence, dans le protoplosma des protozoaires, d'un *substratum conducteur et moteur* qui ne doit être autre, dit expressément Cajal, que le *spongioplasma* ou *reticulum cellulaire* ». La *membrane* serait destinée à la *réception* des impressions et à leur *transmission* à l'appareil moteur. Les connexions réticuliformes établies entre la *membrane* et le *noyau*, d'une part, et d'autre part entre les filaments du *reticulum*, assurent la *solidarité fonctionnelle des diverses parties de la cellule*. L'apparition des *cils* et des *flagella* chez les infusoires, c'est-à-dire d'appareils différenciés de sensibilité et de mouvement, réalise pour la cellule la possibilité d'un plus grand rayon d'action; un rudiment de *localisation* et de *centralisation*, en des points déterminés, de phénomènes jusque-là disséminés sur tout le corps cellulaire, commence ainsi. Cette *différenciation*, qui doit s'être étendue au *reticulum* sous-jacent ou dériver directement de rapports avec les régions d'origine des cils ou des *flagella*, réalise probablement aussi, dans le protoplasma cellulaire, des voies plus faciles, mieux frayées, pour la transmission des réactions motrices. Mais toutes ces dispositions doivent rester encore à un état excessivement rudimentaire, « parce que le principe de la division du travail et le perfectionnement consécutif des fonctions cellulaires exigent la répartition de chaque office ou fonction (c'est-à-dire de chaque mode de réaction de l'organisme) à des éléments distincts, condition que les animaux *pluricellulaires* peuvent seuls réaliser ».

Chez les *animaux pluricellulaires* dépourvus de système

©BIUM

nerveux, tels que les éponges, par exemple, la solidarité fonctionnelle de l'organisme n'apparaît guère, parce qu'aucun lien n'unit les différents éléments de la colonie. La persistance de l'individualité de l'animal et le concours de ses diverses fonctions à la continuité de la vie de l'individu et de l'espèce dépendent de la division du travail, division en vertu de laquelle chaque cellule différenciée et adaptée à une fonction spéciale ne se suffit pas à elle-même et exige l'existence de fonctions complémentaires accomplies par les autres cellules de la colonie. « Si les animaux pluricellulaires n'étaient à aucun moment de leur évolution parvenus à créer un *système nerveux*, il ne se seraient pas beaucoup plus élevés, dans la hiérarchie des êtres, que les végétaux. » La division excessive du travail exige en effet, pour conserver l'harmonie et la solidarité des diverses parties associées, « le *frein* et la *direction suprême* des cellules nerveuses ».

Déjà, chez les Polypes, existe un système nerveux composé de deux classes de neurones : *sensitifs* et *moteurs*. « Le *neurone sensible* correspond en substance à la cellule sensitive et sensorielle des vertébrés (cellules olfactives, par exemple); il est situé en des régions déterminées de la peau (tentacules, disque buccal et œsophage) et présente une *forme bipolaire :* grosse expansion *périphérique* terminée par un cil; expansion *centrale* plus fine, ramifiée dans le mésoderme, constituant, avec les expansions des cellules voisines, un plexus nerveux sous-épidermique d'une grande richesse. Ainsi que dans la muqueuse olfactive des vertébrés, ou dans la peau des vers, le neurone sensitif est ici, chez le polype, séparé des autres cellules de même ordre par des corpuscules épithéliaux indifférents (*cellules* de *soutien* ou d'*isolement*). Les *neurones moteurs* affectent une forme étoilée et émettent diverses expansions destinées, semble-t-il, à entrer en contact avec les fibres musculaires rudimentaires situées en dessous. » Il s'en faut de beaucoup d'ailleurs que la science soit très avancée dans la connaissance du système nerveux des invertébrés les plus humbles. Ni la méthode d'Ehrlich ou celle de Golgi n'ont jusqu'ici donné, au dire de Cajal, de bons résultats : « C'est en vain que mon frère a fait de nombreux essais d'imprégnation du système nerveux des Actinies, soit avec le chromate d'argent, soit avec le bleu de méthylène. Retzius, ajoute-t-il, ne paraît pas avoir été beaucoup plus heureux. »

Il en va autrement pour les vers, grâce aux beaux travaux

©BIUM

de M. von Lenhossek et de G. Retzius. Outre les deux neurones fondamentaux, sensitif et moteur, qui se disposent en une chaîne allant de la peau aux fibres musculaires, un facteur nouveau intervient : le *neurone intermédiaire*, la cellule d'*association interganglionnaire*. L'excitation sensible peut se propager non plus seulement aux cellules motrices d'un seul ganglion, mais à celles de plusieurs ganglions, ce qui permet à l'animal de réagir à une seule excitation cutanée par la mise en activité d'une grande partie, voire de la totalité de l'appareil locomoteur. Comme chez les cœlentérés, les neurones sensitifs, *bipolaires*, résident dans la peau ; les neurones moteurs, plus profondément situés, s'associent en ganglions formant une chaîne s'étendant le long de l'animal. Chaque centre ganglionnaire est uni au ganglion voisin par un faisceau de fibres nerveuses longitudinales (*commissure longitudinale*), et aux muscles, ainsi qu'à la peau, au moyen de fibres nerveuses myéliniques. Les cellules motrices des ganglions sont la plupart *unipolaires*, et leur expansion nerveuse, après s'être étendue sur un certain trajet dans le ganglion et y avoir émis un certain nombre de *collatérales ramifiées* (prolongements accessoires de Retzius), se dirige vers la périphérie pour s'y distribuer à un groupe de *fibres musculaires*. Le corps de la cellule motrice peut résider soit dans le ganglion homolatéral, soit dans le ganglion hétérolatéral (*neurones moteurs croisés ou commissuraux*). Quant aux *neurones d'association*, ce qui les caractérise, c'est que toutes leurs expansions se ramifient à l'intérieur d'un ganglion ou de plusieurs ganglions et qu'ils associent vraisemblablement ainsi les ramifications ultimes, variqueuses, des fibres sensitives d'un ganglion, avec les collatérales des neurones moteurs d'un autre ganglion, appendices homologues aux prolongements dendritiques ou protoplasmiques des vertébrés (Lenhossek).

En somme, la chaîne des actions réflexes se complique chez les vers, les gastéropodes, les crustacés, les insectes, etc. ; des anneaux intermédiaires associent les neurones sensitifs et moteurs : « Le courant, collecté dans la peau par la cellule sensitive bipolaire, est transmis au centre ganglionnaire correspondant, d'où, si l'excitation est faible, il peut se réfléchir sur les muscles du même métamère, grâce au contact établi entre l'arborisation centrale de la fibre sensitive et les expansions des neurones moteurs de ce ganglion ; mais si l'excitation est énergique, le mouvement, grâce aux neurones d'asso-

©BIUM

ciation, se propage aux neurones moteurs d'autres ganglions plus ou moins éloignés du point d'excitation. » Ces voies de communication entre des territoires déterminés de la peau et des organes musculaires permettent au corps vivant, en vertu de dispositions organiques, de répondre à chaque excitation d'un neurone sensitif par un ensemble de mouvements complexes, « parfaitement coordonnés en vue de la défense ou de l'alimentation de l'animal (Exner) ».

Plus haut encore dans l'échelle zoologique apparaît un nouvel anneau intercalé entre le neurone sensitif et le neurone moteur : le *neurone psycho-moteur*, comme l'appelle Ramon y Cajal; il réside dans le ganglion cérébroïde des *Invertébrés*; « sa destination est de conduire à tous les centres nerveux inférieurs les ordres de la volonté en y excitant les neurones moteurs, en y suspendant les mouvements réflexes, c'est-à-dire en empêchant l'effet des réactions automatiques des ganglions. La prépondérance et l'*action directrice, inhibitrice* et *excitatrice* du *ganglion cérébroïde* est un des phénomènes les plus surprenants qu'offre l'évolution du système nerveux. Avec elle apparaissent les *souvenirs*, la *volonté* et l'*intelligence* ». Entre les cellules du ganglion cérébroïde et celles des centres œsophagiens et abdominaux, n'existe-t-il pas des différences substantielles, structurales, morphologiques, chimiques, évolutives? A quoi le ganglion encéphalique doit-il cette haute supériorité? La cause principale de ce phénomène étrange, Cajal estime qu'elle « résulte » des relations dynamiques existant entre ce ganglion et le monde extérieur. Au lieu de recevoir du monde, à la manière des ganglions abdominaux, de simples et vagues excitations tactiles et thermiques, il reçoit par les organes des sens (vue, olfaction et ouïe) des impressions déjà organisées, des images de ce monde extérieur en rapport déterminé avec l'espace et le temps (1).

Ainsi, il ne paraît pas invraisemblable à Cajal que si, par quelque anomalie capricieuse de la nature, le nerf optique se terminait directement dans la moelle épinière, les neurones de cette province du névraxe devraient élaborer, au lieu d'excitations motrices, des images visuelles (p. 7); si l'adaptation et

(1) Il n'existe donc pas d'abîme, comme il semble en exister un, même dans l'hypothèse d'une activité consciente des centres nerveux inférieurs, entre le *ganglion cérébral* et les *centres nerveux* du grand *sympathique* et de la *moelle*.

©BIUM

la sélection d'un pareil organisme étaient possibles, ces neurones de la moelle acquerraient peu à peu la forme et la richesse d'expansion qui caractérisent les dendrites des cellules pyramidales de l'écorce cérébrale. La nature paraît, en effet, obéir au principe de téléologie mécanique de Pflüger : « La cause d'une nécessité organique est aussi celle de la réalisation des effets nécessaires à l'accomplissement de cette nécessité. »

Mais il ne suffit pas de dire que la supériorité du *ganglion cérébral* dépend de ses relations sensorielles : « La véritable solution du problème repose sur la démonstration du *comment* et du *pourquoi* certaines parties de l'épiderme, situées dans le métamère de ce ganglion, se sont différenciées au point de se transformer en *œil*, en *oreille*, en *appareil olfactif*. » Sans rejeter absolument l'hypothèse d'Herbert Spencer qui, dans ses *Principes de biologie* (II, 399), attribue l'apparition des organes des sens à l'action combinée de l'adaptation et de la sélection naturelle, Cajal estime qu'il demeure « presque impossible d'imaginer l'apparition ou le mode de formation des variations initiales représentant le point de départ de cette évolution », la cause efficiente du progrès morphologique et fonctionnel réalisé dans la série phylogénique et ontogénique des organismes. Chez les vertébrés, où le système nerveux atteint le terme ultime de sa complexité et de ses progrès, et en particulier dans les mammifères, le *ganglion cérébroïde* a atteint des proportions considérables en rapport avec le perfectionnement des organes des sens. On y distingue des segments de structure variée : *cerveau* antérieur, moyen, intermédiaire, postérieur, etc. Quant à la double chaîne ganglionnaire des invertébrés, elle s'est soudée en un seul cordon nerveux, la *moelle épinière*, protégée par une succession d'anneaux osseux ou cartilagineux, les *vertèbres*.

La *moelle épinière* représente la fusion des centres ou foyers séparés du système nerveux des vers, des mollusques et des crustacés.

Afin de régler automatiquement tous les actes de la vie végétative (digestion, circulation, sécrétion, etc.), une nouvelle chaîne ganglionnaire s'est différenciée, le *grand sympathique*, dont les fonctions sont en partie indépendantes de l'axe cérébro-spinal. Les *neurones sensitifs*, situés chez les vers entre les cellules épidermiques et dans tout le tégument de l'animal, ont prolongé et ramifié leur expansion périphérique, leur corps protoplasmique a émigré vers le mésoderme, ils se sont rappro-

©BIUM

chés de la moelle épinière, se concentrant en amas ganglionnaires. Ramon y Cajal a recherché les causes de cette concentration successive, de cette émigration progressive des neurones sensitifs à l'intérieur dans la série animale. 1. En abandonnant l'épiderme et en s'enfonçant ainsi dans les profondeurs du mésoderme, ces neurones ont atteint une protection plus efficace contre les influences nocives de l'ambiance. « Cette émigration aurait été encore plus avantageuse si l'on arrivait à prouver que les neurones sensitifs cutanés sont incapables de régénération. » 2. La *loi d'épargne* du protoplasma est peut-être aussi applicable ici. Puisque, plus on s'élève dans la série animale, plus la branche périphérique des neurones sensitifs s'allonge et se ramifie, innervant des zones cutanées toujours plus étendues, il est possible que l'émigration des corps cellulaires de ces neurones ait réalisé l'économie de cellules nerveuses. Quand elles étaient localisées dans la peau, elles n'émettaient qu'une courte branche périphérique ou un petit nombre de brèves ramifications ; il fallait donc un plus grand nombre de neurones. Il en a été autrement quand, grâce à l'étendue des ramifications périphériques, un seul neurone situé profondément a pu s'étendre sur de vastes espaces cutanés. 3. Peut-être l'extension progressive de ces arborisations de la branche périphérique du neurone sensitif a-t-elle été le résultat pur et simple de l'extension croissante qu'ont prise, dans la série phylogénique, les surfaces cutanées. Ces trois causes impliquent, selon Cajal, aussi bien l'action de la *variation* que celle de la *sélection naturelle* et d'autres facteurs d'efficacité analogue, capables de fixer et d'exagérer les dispositions utiles apparues.

Quant à la structure générale du système nerveux, on retrouve, dans la *moelle épinière* des vertébrés, les dispositions constitutives de la chaîne ganglionnaire des invertébrés : 1° des *neurones moteurs*, dont les expansions fonctionnelles ou cylindraxiles se ramifient sur des fibres musculaires striées ; 2° des *neurones sensitifs* situés dans des ganglions, en dehors de la moelle, et dont la branche centrale, pénétrant dans ce centre nerveux, envoie des collatérales qui s'arborisent autour des cellules motrices ; 3° des *neurones sensitifs d'association*, ou *neurones sensitifs de second ordre*, intercalés entre les neurones sensitifs primaires (protoneurones) et les neurones moteurs ; 4° des *neurones moteurs de second ordre*, c'est-à-dire des cellules siégeant dans le *cerveau* et dont l'expansion fonctionnelle, descendant le long de l'axe cérébro-spinal, s'arborise également

©BIUM

autour des neurones moteurs ; 5° des *neurones sensitifs ou sensoriels* de troisième et peut-être de quatrième ordre, situés dans le cerveau des mammifères, par l'intermédiaire desquels les excitations envoyées à l'écorce par un neurone sensitif ou sensoriel de second ordre, se propagent aux cellules de cette même écorce, en continuité d'association libre avec la voie des pyramides, c'est-à-dire avec les cellules d'origine des faisceaux de ce nom, neurones moteurs de second ordre.

Morphologiquement, les éléments nerveux des vertébrés ne diffèrent pas non plus par quelque changement important de ceux des invertébrés. Les ramuscules ou expansions accessoires du prolongement principal de la cellule motrice unipolaire des invertébrés, destinés à recueillir les courants nerveux apportés par les prolongements centraux des neurones sensitifs, sortent, chez les vertébrés, du corps cellulaire et sont appelés *protoplasmiques* ou *dendritiques*. Certaines classes de neurones n'ont pourtant pas modifié leur morphologie première et ont conservé dans les vertébrés la forme qu'ils avaient chez les invertébrés. Tels les *neurones sensoriels*, cellules bipolaires olfactives, etc., et en partie les *neurones sensitifs* primaires ou protoneurones sensitifs, car, quoique de bipolaires ils deviennent unipolaires, cela ne change rien au mode de connexion des prolongements central et périphérique de chacune de ces cellules.

Peut-on découvrir les lois qui semblent avoir présidé à l'évolution, ou mieux, qui résultent du développement des différents systèmes d'organes constituant le système nerveux? Ramon y Cajal énumère les suivantes : « 1° Multiplication des neurones ou des conducteurs dans le but (téléologie mécanique) de multiplier les associations entre les divers organes et tissus ; 2° différenciation morphologique et structurale des neurones afin qu'ils fussent mieux adaptés à leur rôle d'organes de transmission ; 3° unification ou concentration des masses nerveuses, ou *loi d'épargne* du *protoplasma* servant à la transmission des excitations et du *temps de conduction*. »

I. — *Multiplication des neurones.* — C'est un fait corrélatif de l'augmentation progressive, dans la série animale, des cellules *épidermiques*, *musculaires* et *glandulaires*. La nature, dit Cajal, aurait pu sans doute, en multipliant les expansions protoplasmiques et nerveuses des neurones existants, assurer les rapports des nouveaux éléments épidermiques et musculaires apparus au cours de l'évolution phylogénique, sans modifier le nombre de ces neurones. Cependant si, comme tout le fait supposer,

©BIUM

chaque cellule représente le conducteur d'une seule impression dans l'espace, la multiplication des ramuscules périphériques, ou de réception, des *neurones sensitifs*, n'aurait abouti qu'à diminuer la sensibilité du tégument en élargissant excessivement les intervalles séparant deux impressions simultanées, conditions de perceptions distinctes dans le sensorium. Voilà pour la périphérie. Mais si l'expansion centrale du neurone s'était ramifiée, dans le centre nerveux, d'une manière excessive, la vibration apportée aux neurones de ce centre par la branche centrale du neurone sensitif aurait subi une perte considérable de son efficace en se disséminant : parvenue aux neurones moteurs, cette vibration aurait manqué de l'énergie nécessaire pour provoquer la contraction musculaire. Les mêmes inconvénients auraient résulté de la persistance, dans le ganglion cérébral, alors que le nombre des neurones moteurs s'accroissait d'une même quantité de conducteurs (voie pyramidale, faisceau fondamental du cerveau antérieur des vertébrés). « Tout fait d'ailleurs supposer qu'il existe une certaine proportionnalité entre la capacité de conduction du protoplasma et l'étendue et la quantité ou le *quantum* de cette propriété (de sorte qu'il serait contraire au but de diminuer ce *quantum* par une excessive ramification des expansions), de même qu'entre le *nombre des neurones* sensitifs et moteurs et *celui des impressions* distinctes capables d'être simultanément transmises au sensorium ou à l'appareil locomoteur. »

II. — *Différenciation morphologique des neurones.* — C'est aussi un fait établi par l'histologie comparée des centres nerveux. Voici les deux « fins » auxquelles tend cette différenciation : « 1° L'*augmentation des associations cellulaires*, quand les neurones multiplient et étendent leurs expansions dendritiques, passant de la forme unipolaire ou bipolaire à la forme multipolaire ; 2° la *vitesse de la transmission des courants* quand, ainsi qu'il est arrivé dans des ganglions rachidiens, l'évolution a lieu de la forme bipolaire à la forme unipolaire. »

III. — *Unification ou concentration (intégration) des neurones, primitivement séparés, en ganglions.* — Le progrès organique ne consiste pas essentiellement en une différenciation et complication *macroscopique* des parties du système nerveux central ; il consiste aussi en une modification de même ordre de la *structure intime* des éléments, laquelle augmente lorsqu'on s'élève dans la série des vertébrés. Mais la cause véritable de la fusion des centres primitivement séparés du système nerveux

©BIUM

des vers, des mollusques et des crustacés, fusion d'où s'est formé un organe tel que la moelle épinière des vertébrés, c'est, selon Cajal, la loi d'*épargne du protoplasma* combinée avec celle de l'*économie de temps*. Il a montré comment la *concentration successive des cellules nerveuses en ganglions*, en économisant les conducteurs, permet à une seule fibre nerveuse de transmettre, au moyen d'une arborisation relativement peu étendue, l'onde ou les vibrations nerveuses à un grand nombre de neurones. Il y a là une variation utile pour l'organisme, et, seule, une variation de ce genre, fixée par l'hérédité, peut constituer une modification anatomique permanente dans la série phylogénique et ontogénique. C'est en vertu de cette « tendance à l'épargne du protoplasma », que des ganglions primitivement pairs se sont réunis sur la ligne médiane, cette fusion diminuant la longueur des commissures transversales nécessaires à la solidarité fonctionnelle dans chaque paire de ganglion.

Ces commissures, c'étaient les prolongements nerveux des cellules d'association *transversale* ou croisée de la double chaîne ganglionnaire des invertébrés ; ces commissures transversales se sont raccourcies quand les éléments de cette chaîne double se sont fusionnés en une seule chaîne. Chez les mammifères, à ces neurones moteurs croisés des invertébrés se sont substituées les commissures sensitives des collatérales.

La même loi explique l'intégration des centres nerveux dans le sens *longitudinal*, disposition structurale si accusée chez des vertébrés (conducteurs sensitifs d'association intercentrale, branche ascendante et descendante, voie pyramidale, cellules commissurales des cordons). Elle serait, cette loi qui a réalisé la concentration longitudinale et transversale des centres nerveux, l'expression d'une fin de la nature que Cajal formule ainsi : « *Créer le plus grand nombre possible d'associations avec la plus grande brièveté possible des conducteurs* (1). » Le résultat le plus net de cette disposition, c'est la vitesse de transmission des courants. Cette fin naturelle, ç'a été d'étendre et de perfectionner l'acte réflexe en provoquant l'intervention, dans la conduction nerveuse, de nombreux neurones d'association, de façon que tous ou presque tous les muscles de l'organisme puissent entrer en jeu et réalisent des actes coordonnés

(1) Ramon y Cajal. *Leyes de la morfologia y dinamismo de las células nerviosas*. Rev. trimestr. micrografica, I, 1897.

©BIUM

et synergiques propres à la défense de l'animal. « Ces *mécanismes inconscients* persistent jusque chez les vertébrés supérieurs et sont localisés tant dans la *moelle* que dans le *cerveau ;* ils représentent le fondement même des *adaptations du système nerveux* aux nécessités de la vie, adaptations fixées par l'hérédité et peut-être perfectionnées par la *sélection naturelle* ou par d'autres facteurs organiques encore inconnus. »

Chez les vertébrés supérieurs, en même temps que la cellule pyramidale du cerveau, apparaît un nouveau facteur dynamique qui « existait peut-être déjà, d'une manière rudimentaire », chez les invertébrés : la conservation ou « emmagasinement » (*almacenamiento*) des impressions *sensitives* et des impressions *sensorielles* recueillies du monde extérieur et la transformation de ces impressions en *idées* et en *volitions*. Ainsi, telle excitation des sens, une sensation de la vue, par exemple, pourra n'être pas entièrement réfléchie par la réaction motrice automatique ; elle sera en partie absorbée et indéfiniment retenue, conservée par les neurones cérébraux ; beaucoup plus tard, sous l'influence d'excitations nouvelles, soit externes, soit internes, elle ne laissera pas de provoquer des manifestations motrices de nature diverse. Cette « absorption », cette persistance à l'état latent du mouvement de l'excitation initiale d'un appareil des sens, voilà la condition des phénomènes que l'on dénomme *souvenir*, *pensée*, *jugement et volition*. Le substratum d'opérations si élevées n'est autre probablement que la liaison par contiguïté des éléments nerveux de l'écorce cérébrale réalisée par les neurones d'association de ce centre nerveux, c'est-à-dire « des cellules qui établissent des rapports d'association entre tous les centres sensitifs et sensoriels de l'écorce du cerveau ».

J. Soury.

Revue des thèses soutenues devant la Faculté de médecine de Lyon pendant l'année 1898.

I. — *Contribution à l'étude des rapports de l'aliénation mentale et de la tuberculose ;* par le Dr Léon La Bonnardière, 79 p. 3 juin 1898.

Thèse résumant les travaux faits sur la question dans le service de M. le professeur Pierret par MM. Taty, Toy, Serrigny et Jacquin, et ajoutant aux observations déjà publiées par

©BIUM

eux dans les *Annales médico-psychologiques* trois nouvelles observations détaillées.

Après un historique très complet de la question, l'auteur présente ses six observations typiques et conclut que la tuberculose peut créer l'aliénation mentale, en soutenant que la localisation cérébrale s'explique, comme pour les folies toxiques, par l'action successive et progressive de l'agent infectieux sur le système nerveux. Il s'appuie sur les travaux antérieurs et les observations de la thèse, dans lesquelles le délire a fait partie du tableau clinique à titre de symptôme cérébral.

Il reconnaît, sans prétendre tracer des limites infranchissables, que la tuberculose cérébrale peut se manifester par du délire de persécution systématisé, à marche spéciale, déjà décrite par MM. Taty et Toy, par une folie du type hystérique avec tendance à la stupeur et, enfin, par de la manie à accès. Il semble résulter des observations que la première de ces formes se produit de préférence quand l'apparition des troubles psychiques est tardive, tandis que la deuxième se montre plutôt quand le délire précède les manifestations diathésiques. La troisième est connue et décrite depuis longtemps par les auteurs classiques, notamment Ball.

La thèse se termine par une conclusion pratique. C'est qu'en présence de troubles mentaux de ce genre, il faudra penser à la tuberculose latente, même s'il n'existe aucune autre manifestation locale, et agir en conséquence. Peut-être sera-t-on récompensé, surtout quand il s'agira de la forme hystérique, et, en tout cas, on aura fait tout son devoir.

II. — *Des erreurs de diagnostic auxquelles donnent lieu dans les services hospitaliers de médecine pure les manifestations encéphaliques de la syphilis héréditaire des adolescents et des adultes ;* par le Dr Léon Bories, 55 p. 16 juillet 1898.

Le titre est un peu long, la thèse est un peu courte, mais la lecture en est intéressante. Faite par un élève de l'école d'Alger, sous l'inspiration du professeur Cochez, elle semble s'adresser plutôt aux praticiens ordinaires. Les aliénistes la liront cependant avec fruit, quoiqu'ils doivent être, plus que tous autres, prévenus des méfaits de la syphilis et des erreurs de diagnostic dont elle peut être cause en psychiatrie.

L'auteur n'a pas oublié les travaux antérieurs et rend bonne justice aux recherches de Fournier, d'Augagneur, de Dieulafoy,

©BIUM

de Dézanneau, de Barthélemy, etc., et rappelle les cas de syphilis cérébrale prise pour du rhumatisme, de l'hystérie et même de l'épilepsie essentielle.

A lire une observation du service du professeur Cochez, très complète et très importante, dans laquelle on a eu à discuter le diagnostic d'hystérie. Nous sommes heureux de constater que l'idée d'hystérie infectieuse gagne du terrain.

La thèse contient une note intéressante du professeur Gémy sur la rareté des manifestations encéphaliques de la syphilis chez les Arabes, rareté qu'il attribue au peu d'activité de l'organe cérébral chez ces indigènes, et cette observation est corroborée par une autre note du Dr Legrain, de Bougie, à signaler à ceux qu'intéressent les rapports de la syphilis avec la paralysie générale et le tabes.

D'une façon générale, dit M. Legrain, la syphilis des centres nerveux est une rareté chez les Arabes, bien que les autres manifestations de la syphilis héréditaire ou acquise se rencontrent chez eux dans la proportion de 50 à 60 pour 100 habitants.

D'une façon générale, une seule partie de la moelle épinière est sujette à de fréquentes altérations chez les indigènes, les cornes antérieures. Les cornes postérieures et les autres systèmes de la moelle ne fournissent pour ainsi dire rien à la pathologie. Il y a probablement à cette immunité des cornes postérieures et de la substance grise une raison d'ordre général. Le système sensitif des indigènes est moins perfectionné que le nôtre. De plus, leur cerveau travaille sûrement moins et paraît pour cette raison être à l'abri des affections qui semblent, comme on l'a dit, le produit de la vérole et du surmenage.

III. — *Du syndrome de Parkinson chez les jeunes sujets;* par le Dr H. Rouvillois, 95 p., 1 pl. ; 28 décembre 1898.

Revue générale de la question avec quatorze observations empruntées à la littérature et deux observations inédites, l'une de M. le professeur Bard, l'autre de M. le professeur agrégé Weill, qui a inspiré la thèse.

Pour M. Rouvillois, la maladie de Parkinson n'est qu'un syndrome. Ce syndrome peut se rencontrer chez de jeunes sujets et même chez des enfants, seul ou associé à d'autres symptômes.

©BIUM

Au point de vue clinique, il semble répondre à la description qu'on en fait chez les adultes et les vieillards.

Au point de vue étiologique, il existe peut-être des liens de parenté entre ce syndrome et les affections cérébro-spinales de l'enfance qui s'accompagnent de mouvements anormaux : chorée, diplégies cérébrales, sclérose en plaques, etc.

IV. — *Du cérébro-typhus sans dothiénenterie* (*Les typho-psychoses*); par le Dr E. Audemard, 107 p., 28 décembre 1898.

Ce travail, très important, très soigneusement fait et qui a nécessité de la part de l'auteur une série de recherches bactériologiques patientes, est l'énoncé d'un fait qui résout trois questions capitales : une question de doctrine, une question de diagnostic, une question de thérapeutique.

Ce fait est le suivant : *Le sérum de certains malades atteints de troubles intellectuels primitifs, sans signes somatiques bien déterminés, possède le pouvoir agglutinant sur le bacille d'Eberth.*

L'interprétation qu'il convient d'en donner est la possibilité pour l'agent typhique de porter, d'emblée et presque exclusivement, son action sur le cerveau, créant ainsi une *forme cérébrale vraie de la fièvre typhoïde.*

La connaissance de cette notion, nouvelle par certains côtés, fixe d'une façon définitive le lien qui unit la psychiatrie à la pathologie générale.

Elle confirme enfin l'enseignement théorique, systématiquement développé depuis vingt ans, par M. le professeur Pierret à la clinique des maladies mentales de Lyon.

Le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde par le procédé de Widal a donné des résultats merveilleux en étendant le domaine de la fièvre typhoïde, en éclairant ses formes frustes et anomales.

La psychiatrie devait profiter de cette grande découverte. En 1897, M. le Dr Taty, chef des travaux de la clinique des maladies mentales, se trouvant en présence d'un état de confusion mentale d'allures manifestement infectieuses, fit procéder au séro-diagnostic par le Dr Arthaud, qui le trouva positif. *Le malade fut traité comme un typhique et guérit.* M. Audemard, alors interne à l'asile départemental d'aliénés du Rhône, entreprit, sur cette indication, de faire systématiquement le séro-diagnostic de tous les cas de confusion mentale qui se présenteraient à l'observation. Quelques jours après, il lui était permis

©BIUM

d'apporter un nouvel exemple de délire, dont l'origine typhique devenait indéniable. M. Taty a rapporté ces deux premières observations à la Société des sciences médicales de Lyon, dans sa séance du 20 octobre 1897. (*Lyon médical*, octobre, 1897).

Les séro-réactions de M. Audemard ont porté sur quatre-vingt-treize cas, pris parmi les entrants à l'asile, d'octobre 1897 à juin 1898. Il a eu vingt-sept réactions positives, proportion considérable. Il a publié les douze observations les plus concluantes, celles surtout où l'hérédité vésanique est nulle et l'hérédité nerveuse réduite à son minimum, et il a reconnu que le cérébro-typhus, dénomination heureuse qu'il propose pour ces cas, par analogie avec le laryngo-typhus et le pneumo-typhus, se présente en clinique sous trois formes au moins : 1° cérébro-typhus à forme de délire aigu; 2° forme atténuée de la précédente : confusion mentale avec agitation; 3° forme mélancolique apyrétique.

Les conclusions suivantes résument parfaitement cet important travail et doivent être citées *in extenso :*

1° A côté des formes spéciales de l'infection typhique, telles que le laryngo-typhus, le pneumo-typhus, etc., il convient de placer le cérébro-typhus avec ou sans dothiénentérie.

2° La réaction de Widal nous a permis de mettre en lumière l'existence du cérébro-typhus sans dothiénentérie, forme particulièrement intéressante à cause de son évolution anomale.

3° Cette affection, *véritable typho-psychose*, est caractérisée cliniquement par des troubles psychiques qui évoluent sous couvert de délire aigu, de confusion mentale et d'états mélancoliques, et par des troubles moteurs plus ou moins accusés.

Le délire aigu, dont l'étude clinique avait déjà, dans certains cas, fait soupçonner l'origine typhique, ne constituait qu'un diagnostic d'autopsie avant l'emploi de la séro-réaction.

Nous avons constaté des variétés pyrétiques et apyrétiques de la maladie.

4° Le poison typhique paraît être l'agent initial de ce trouble morbide. Suivant qu'il imprègne plus ou moins les cellules de l'écorce, il y aurait guérison ou incurabilité.

Au point de vue anatomique, l'infection typhique produirait des méningo-encéphalites.

5° Dans les observations que nous avons retenues, nous n'avons pu relever d'antécédents héréditaires vésaniques. La localisation cérébrale de l'infection paraît conduire, dans ces conditions, à l'idée de la prédisposition acquise.

©BIUM

6° Le cérébro-typhus sans dothiénentérie est relativement fréquent. Sa connaissance est d'une valeur pronostique et thérapeutique considérable. Elle empêche des internements intempestifs ou prématurés.

M. Audemard a signalé l'utilité de l'examen de la trépidation plantaire. Des recherches récentes de M. le professeur agrégé Weill en ont montré la valeur et la fréquence chez les typhiques. Ce phénomène, indice d'une excitation du cortex, serait très souvent associé au délire des typhoïsants.

V. — *Contribution au traitement chirurgical des méningites cérébrales non tuberculeuses;* par le Dr A. Férary, 71 pages, 9 juin 1898.

VI. — *Contribution à la chirurgie des tumeurs méningo-encéphaliques;* par le Dr Henri Guiollot, 51 p., 18 juillet 1898.

Le Dr Jaboulay a inspiré les deux thèses ci-dessus, que nous mentionnons à cause des horizons nouveaux ouverts par l'audace des chirurgiens à la thérapeutique de certains troubles mentaux.

La thèse de M. Férary est une revue d'ensemble des opérations pratiquées jusqu'à ce jour pour méningite et méningo-encéphalite traumatiques ou infectieuses. L'auteur a ajouté aux observations déjà connues deux observations inédites de M. Jaboulay (1° méningite purulente ; abcès diffus de la cavité arachnoïdienne ; 2° fracture compliquée du crâne ; menaces de méningite), et une observation également inédite de MM. Girard et Bellin (de Grenoble), ayant trait à un cas de fracture ancienne du rocher non consolidée et méningite grippale survenue huit ans après. Dans le deuxième de ces cas il y eut guérison.

Le travail de M. Guiollot, qui débute par une bonne étude des diverses tumeurs cérébrales, contient dix observations rencontrées dans leur pratique par MM. Teissier et Roux, Devic et Courmont, Carrier, Pie, Taty, et opérées par MM. Jaboulay, Vallas et Adenot. Deux de ses malades avaient présenté des troubles mentaux, et pour l'un d'eux la question d'internement dans un asile s'était posée. L'intervention chirurgicale, la plupart du temps palliative, a amené au moins le soulagement des céphalées, symptôme contre lequel tout traitement médical était impuissant. Dans le cas de MM. Devic et Courmont, M. Jaboulay avait trouvé un gliome facilement énucléable, et la

©BIUM

disparition de troubles mentaux accentués obtenue à la suite de l'opération s'était maintenue quatre mois. La malade mourut à la suite d'une embolie de la sylvienne sans récidive de la tumeur.

Dr Th. Taty.

Contribution à l'étude du cancer secondaire du cerveau; par le Dr de Grenier. Thèse de Toulouse, 1898.

Bien que la question de la généralisation des tumeurs ait donné lieu à d'innombrables publications, l'auteur n'a trouvé aucun travail spécial sur le cancer secondaire du cerveau. Son historique porte donc sur les travaux consacrés au cancer secondaire en général. Il indique que nous devons aux recherches de Robin (1852), Tiersch et Waldeyer, la connaissance de ce fait, que la cellule épithéliale est l'élément spécifique du cancer.

C'est en suivant cette cellule dans ses migrations qu'on a pu établir ensuite qu'elle est le véritable agent de la dissémination cancéreuse.

Le cancer secondaire du cerveau ne présente pas de symptômes spéciaux, la sémiologie des affections cérébrales étant fonction du siège de la lésion plus encore que de sa nature; mais ce qui imprime à son évolution un caractère particulier, c'est l'addition presque constante aux symptômes de la tumeur cérébrale des signes fournis par la tumeur primitive.

Donc, toutes les fois qu'on soupçonnera l'existence d'une tumeur du cerveau, il faudra rechercher systématiquement si l'existence d'un cancer en un autre point de l'organisme ne vient pas assurer à la fois l'existence de la tumeur cérébrale, sa nature et son caractère secondaire.

Bien que les travaux de Spaet (1882), Hans Schmaus et Birch-Hirschfeld aient démontré l'existence du cancer primitif du cerveau, il n'en est pas moins vrai qu'il constitue une rareté et l'on peut affirmer que le cancer du cerveau est presque toujours secondaire. Mais pour que l'on puisse affirmer sous le microscope le caractère secondaire d'une tumeur cérébrale, il faut que l'on y retrouve les caractères spéciaux aux néoplasmes de certains organes.

C'est ainsi que, dans une observation citée par le Dr de Grenier, on constata à l'examen de la tumeur cérébrale qu'elle était

©BIUM

constituée par des cellules épithéliales cylindriques analogues à celles qui tapissent les culs-de-sac glandulaires de l'estomac.

L'examen histologique était donc suffisant pour affirmer qu'il ne s'agissait pas d'une tumeur primitive et que ce cancer était secondaire au cancer d'un organe glandulaire. En effet, le néoplasme primitif siégeait à l'estomac.

Diverses théories ont été émises pour expliquer la naissance des noyaux cancéreux secondaires.

Bazin, Verneuil et ses élèves voyaient dans les manifestations cancéreuses multiples l'expression d'une diathèse en rapport intime avec l'arthritisme.

Pour d'autres auteurs, le suc cancéreux était l'agent de la dissémination.

Enfin, la théorie parasitaire a voulu à son tour expliquer la généralisation par migration des parasites de la tumeur primitive; mais des parasites pas plus qu'une diathèse ou un blastème ne peuvent expliquer l'apparition dans un organe de cellules d'un type différent.

La seule hypothèse qui soit en rapport avec les faits connus est celle qui fait du transport et de la prolifération de la cellule cancéreuse elle-même l'agent de la dissémination.

Par quelles voies et dans quelles conditions le transport des cellules néoplasiques s'opère-t-il?

D'abord la tumeur primitive débute par un point unique et très circonscrit qui se développe par croissance excentrique. Les cellules cancéreuses sont le siège d'un travail de kariokynèse grâce auquel les bourgeons néoplasiques s'infiltrent dans les mailles du tissu normal. Bientôt les lymphatiques sont envahis par la tumeur et les cellules épithéliales charriées par le courant lymphatique gagnent directement les ganglions. Arrivée au ganglion, la cellule (car il en suffit d'une seule) se trouve arrêtée et, si sa vitalité est suffisante, elle prolifère et forme un premier noyau secondaire.

De ce noyau partent à leur tour de nouvelles cellules cancéreuses, et ainsi, de proche en proche, tout le système ganglionnaire se prend. Enfin, les derniers ganglions franchis, les cellules néoplasiques, déversées par le canal thoracique et la grande veine lymphatique, pénètrent dans le torrent sanguin, qui les lance dans tous les points de l'organisme.

Quelquefois les cellules cancéreuses pénètrent directement dans le courant sanguin par le processus suivant : le tissu néoplasique s'infiltre dans la paroi veineuse, détruit sa tunique

©BIUM

externe, repousse devant lui la tunique interne et celle-ci, ayant cédé à son tour, pénètre dans la lumière des vaisseaux. C'est à ce moment que des fragments plus ou moins considérables, détachés et emportés par le courant sanguin, sont disséminés dans différents points de l'économie où ils peuvent coloniser. C'est le mode de propagation qu'affectionne particulièrement le cancer encéphaloïde.

Les artères restent généralement intactes au milieu du tissu néoplasique; cependant on peut aussi les trouver dégénérées ou oblitérées, soit par des caillots, soit par des noyaux cancéreux.

Enfin, il peut se former des noyaux secondaires dans le cœur lui-même; mais le mode le plus ordinaire de généralisation semble être la perforation par le néoplasme de la paroi des veines.

Du reste, le mode de propagation dépend de conditions multiples et notamment du siège et de la nature de la tumeur et des organes envahis.

Pour le carcinome, la généralisation se fait presque fatalement par les lymphatiques et les ganglions, tandis que pour le sarcome elle a lieu par la voie sanguine, vraisemblablement parce que la faible cohésion des cellules sarcomateuses permet leur facile désagrégation par le courant sanguin.

Enfin, les infections à distance se font surtout par la voie sanguine, tandis que les métastases rapprochées s'opèrent principalement par l'intermédiaire des lymphatiques.

Quelquefois même la généralisation peut se faire par plusieurs voies à la fois.

Pour le cas particulier, étant donnée l'absence de réseau lymphatique cérébral, et, en outre, le défaut de communication entre les espaces périvasculaires et les ganglions, il s'ensuit que la propagation au cerveau des tumeurs épithéliales doit se faire presque toujours, sinon toujours, par la voie sanguine.

De plus, comme les cellules néoplasiques ne peuvent probablement pas cheminer dans les grosses veines du cou en sens inverse du courant sanguin, la généralisation ne peut guère se faire que par la voie artérielle.

Le Dr de Grenier fait remarquer en terminant que la trépanation suivie de l'extirpation, seul traitement rationnel des tumeurs malignes primitives du cerveau, ne saurait s'appliquer aux tumeurs secondaires; car, à quoi servirait d'extirper la tumeur cérébrale pour voir le malade mourir bientôt d'un cancer du sein, de l'estomac ou de tout autre organe ?

©BIUM

L'intervention ne lui paraît excusable que lorsque les symptômes cérébraux sont menaçants, tandis que la tumeur primitive reste à peu près silencieuse et que l'état général est satisfaisant. Or, de tels cas sont rares et l'abstention doit être la règle.

Dr Rayneau.

Contributo allo studio della microcefalia pura (Contribution à l'étude de la microcéphalie pure); par le professeur Paul Funaioli (Clinique psychiatrique de l'Université de Sienne), Siena, 1898, in-8°.

La microcéphalie n'est qu'un chapitre de l'idiotie, a écrit Giacomini. Le sujet de l'excellente étude de Funaioli ne présentait point d'hérédité paternelle. Mais la mère, fille d'un père d'intelligence obtuse, et qui ne possède elle-même qu'une intelligence très médiocre (crâne petit, mais régulier) a mis au monde trois enfants microcéphales sur cinq ; une fille est morte de méningite; une autre est affectée de paralysie faciale. La sœur de cette femme a aussi un fils microcéphale. L'idiot de cette observation, tranquille et doux, un « innocent », ne put jamais émettre qu'un ou deux sons articulés et demeura gâteux. Développement normal du squelette et des muscles, à l'exception de la tête et des mains, de petitesse anormale. Région occipitale déprimée; réduction du crâne dans toutes les dimensions; front bas, étroit, fuyant, envahi par d'épais cheveux très noirs (le sujet est mort à dix-sept ans); prognathisme du maxillaire supérieur ; angle facial de 78 degrés (voyez les tableaux, dressés par l'auteur, des dimensions du crâne et de la face); voûte palatine ogivale ; léger strabisme ; oreilles en anse à lobule adhérent; nez pointu, lèvres lippues; plagiocéphalie gauche. Poids total de l'encéphale : 620 grammes. Aucune lésion pathologique du système nerveux central (examen microscopique). Circonvolutions très petites et d'une extrême simplicité : voilà le fait qui domine ici tous les autres. La simplicité des plis de l'écorce est telle qu'on n'en rencontre point d'approchante chez les singes; mais ce sont bien des circonvolutions d'un cerveau humain. Le cervelet, dont la réduction n'est pas en rapport avec celle du reste de la masse encéphalique, était à découvert du fait de la diminution, dans le diamètre antéro-postérieur, des deux hémisphères cérébraux. Les

©BIUM

scissures primaires étaient nettement visibles. On ne saurait parler non plus ici d'ossification prématurée des os du crâne; on possède, par exemple au Musée de Bicêtre, qu'il nous soit permis de le rappeler, de très nombreux crânes de microcéphales à sutures ouvertes, sans traces de synostoses (Bourneville).

L'examen histologique du cerveau et de la moelle épinière a décelé la rareté des neurones, leur arrêt de développement, la brièveté de leurs prolongements ; mais il n'y avait point d'hétérotopie des éléments nerveux ; la structure et la texture des grandes cellules motrices corticales et des faisceaux pyramidaux étaient régulières dans ces conditions d'aplasie générale du nevraxe.

L'absence d'altérations macro et microscopiques du cerveau et de la moelle, rapprochée de la réduction extrême de la substance du cerveau et des diamètres du crâne, établit non seulement qu'il s'agit bien d'un cas de microcéphalie, mais de *microcéphalie pure*, non compliquée d'altérations pathologiques, rapportée par Giacomini à un trouble de croissance, à une dysgénie du système nerveux central au cours de la vie embryonnaire. Cet arrêt de développement, Funaioli l'appelle « une sorte d'atrophie congénitale, frappant *in toto* la substance cérébrale, sans altérer l'ordre régulier, les dispositions, l'aspect et la consistance des parties. »

Ce qui explique l'abaissement si profond de l'intelligence de ce microcéphale, au regard d'autres idiots dont la microcéphalie était bien plus accusée — le crâne de la Bertuccia d'Adriani (1872), relativement intelligente, n'avait que 332 millimètres de circonférence et le cerveau pesait 289 grammes, avec le cervelet, le pont et la moelle allongée, — et qui, au lieu d'un mutisme quasi complet, articulaient quelques monosyllabes, c'est l'indigence des plis et des sillons de toute cette écorce, et, partant, celle des éléments de la substance grise du télencéphale.

L'auteur italien aurait même pu insister davantage sur l'importance de la dysgénésie, allant presque jusqu'à l'agénésie, du système nerveux central (et peut-être périphérique), en particulier du cerveau antérieur, dans la microcéphalie pure. Il en va un peu autrement dans la microcéphalie par arrêt du développement de cause pathologique. C'est que, suivant l'âge où le fœtus, l'enfant, a été atteint par la maladie, la localisation et la gravité des lésions de déficit du système nerveux, des conséquences bien différentes pourront résulter, soit quant à l'éten-

©BIUM

duc, soit quant à la nature des lésions fonctionnelles correspondantes, chez les idiots microcéphales du deuxième type. Des lésions partielles du système nerveux, même congénitales, comportent en effet un pronostic tout différent de celles qui sont l'expression pure et simple d'un état général d'aplasie de ce système. On conçoit alors que les centres et les faisceaux de projection étant ainsi frappés d'arrêt de développement, les centres d'association corticaux restent toute la vie à l'état de désert, et que les conditions même d'articulation de quelques monosyllabes ne puissent naître ou persister. Les microcéphales purs sont bien des dégénérés, dans toute la forte et véritable acception du mot.

J. Soury.

La cura del delirio acuto colle lavature gastriche. Contributo clinico alla etiologia del delirio acuto (Le traitement du délire aigu par le lavage de l'estomac. Contribution clinique à l'étude du délire aigu) ; par le Dr Antonio Marro, professeur de psychiatrie au collège médical de l'hôpital de Turin. Communiqué au Congrès national de médecine interne, Turin, octobre 1898.

L'auteur se demande si le délire aigu est une maladie infectieuse provoquée par des germes spécifiques ou si elle se développe, dans certaines conditions, sous l'influence de germes communs.

Briand, Rezzonico, Buchholtz, Bianchi et Piccini ont isolé du sang des microcoques et des bacilles spéciaux. Par contre, Martinotti et Ceni n'ont trouvé que des staphylocoques et des streptocoques, d'où Ceni a conclu que le délire aigu peut être dû à une auto-infection causée par des microbes intestinaux envahissant l'organisme, s'appuyant, pour conclure ainsi, sur les infections obtenues par Charrin et Roger chez des animaux soumis, pendant plusieurs heures, à la giration, et par Bouchard sur les animaux refroidis ou faradisés, et sur ses propres expériences faites sur des lapins auxquels on a injecté de l'acide lactique.

Admettant cette dernière hypothèse, l'auteur a institué, dans le délire aigu, un traitement par le lavage de l'estomac, dont il rapporte les résultats.

Il a traité ainsi avec succès cinq cas classiques, c'est-à-dire

©BIUM

présentant un début rapide de la maladie, de la fièvre, de la confusion mentale profonde, souvent avec hallucinations terrifiantes, des secousses musculaires généralisées. Dans un de ces cas, il s'est ouvert, pendant la convalescence, un petit abcès de l'oreille gauche ; dans un autre, des bulles séro-sanguinolentes apparurent au talon avec la défervescence. Presque tous ces malades étaient alcooliques ou ont subi des maladies graves. L'auteur rapporte ensuite sept autres cas où manquaient les secousses musculaires et dont trois se terminèrent par la mort. Un malade astasique abasique est mort de broncho-pneumonie ; un autre, persécuté quelques jours avant l'accès de délire aigu, et devenu sitiophobe, est mort de gangrène de la lèvre inférieure ; un autre, syphilitique, et déjà amélioré, subit une rechute, après une attaque d'influenza, et mourut de périencéphalite ; quatre guérirent, l'un après évolution d'un abcès de l'avant-bras gauche, un autre après une éruption bulleuse à la main gauche, un troisième après éruption de furoncles aux fesses, aux coudes et de pustules en diverses régions du corps. Dans deux cas, l'un mortel, il y eut de l'inégalité pupillaire. Chez trois de ces malades, et chez deux de la catégorie précédente, les causes déterminantes de la maladie paraissent avoir été d'ordre moral. Dans presque tous les cas des deux catégories, on a remarqué des symptômes d'embarras gastrique, catarrhe, vomissements, anorexie, langue sale.

L'auteur termine en déclarant que ces résultats heureux prouvent bien l'origine infectieuse de la maladie avec l'estomac comme point de départ ; il rappelle que, dans la plupart des cas, la cause déterminante est de nature morale et que la maladie a été presque toujours précédée de troubles gastriques. Il fait remarquer les éruptions diverses et abcès qui ont souvent accompagné la fin de la maladie et semblent prouver la réalité de l'hypothèse de Ceni et Martinotti.

Ce travail apporte un appoint important à l'étude de l'infection dans les maladies mentales et à leur thérapeutique. L'école française, qui fait rentrer le délire aigu dans la confusion mentale, type vésanique des folies toxiques, arrive aux mêmes conclusions que l'auteur sur l'état auto-infectieux de l'organisme dans le délire aigu.

On tend à accorder de plus en plus d'importance aux troubles de la nutrition dans les maladies mentales, en particulier aux symptômes gastro-intestinaux, et la thérapeutique par les évacuants revient en honneur. J. Voisin conseille les purga-

©BIUM

tifs, le lavage de l'estomac, l'antisepsie intestinale dans le traitement prophylactique de l'épilepsie, dans laquelle il a démontré l'importance de l'auto-infection (J. Voisin et Petit, De l'épilepsie, *Archives de neurologie*, 1895). Delasiauve avait déjà noté qu'on pouvait faire avorter l'accès convulsif par des laxatifs et une hygiène appropriée. Allan Maclane Hamilton conseille le lavage, les douches intestinales, l'antisepsie intestinale dans les folies d'origine post-fébrile, traumatique, alcoolique ou médicamenteuse, qui sont celles dans lesquelles on rencontre, le plus constamment, dit-il, l'auto-intoxication (Anal. in *Archives de Neurologie*, 1897, page 234).

Dr G. Gombault.

Thirty-ninth annual report of the general Board of Commissioners in Lunacy for Scotland (Trente-neuvième rapport annuel de la Commission des aliénés pour l'Ecosse), 1897.

Au 1er janvier 1897, il y avait officiellement en Ecosse 14,500 aliénés dont 2,217 aux frais des familles, 12,221 aux frais des paroisses, et 62 aux frais de l'Etat.

Le nombre des aliénés contrôlés, durant l'année 1896, s'est accru de 383; le nombre des admissions qui va toujours en augmentant dans les établissements, alors qu'il est en faible diminution chez les nourriciers, n'avait pas encore atteint un chiffre aussi élevé.

Un des rouages les plus heureux de la législation qui régit les aliénés d'Ecosse est l'admission volontaire, sur la simple demande écrite du malade lui-même. Le nombre de ces admissions s'est élevé durant l'année 1896 à 87. « Depuis de nombreuses années, nous avons pu, dit à ce sujet le rapport, constater que ces placements ne donnent lieu à aucune difficulté, et nous continuons à penser que c'est une disposition heureuse et vraiment tutélaire de la loi que celle qui permet aux personnes qui le désirent, de se placer elles-mêmes, sous la protection de l'asile, et cela sans formalités ennuyeuses et désagréables. »

La proportion des guérisons comparées aux admissions est extrêmement variable suivant les établissements. De 36 p. 100 dans les asiles royaux et de district, de 40 dans les asiles privés et de 41 dans les asiles de paroisses, elle tombe à 6 p. 100 dans les quartiers d'aliénés des hospices des pauvres. Il est

©BIUM

évident que ces derniers établissements reçoivent surtout des idiots et des déments incurables, ce qui explique à la fois et le petit nombre des guérisons qui y sont constatées, et le chiffre élevé des autres établissements publics.

Le nombre des évasions des asiles a été de 180, en diminution sur le chiffre ordinaire.

Il y a eu 100 accidents, dont 18 suivis de mort, y compris 12 suicides.

Le *private dwelling system* continue à être l'objet des plus grands éloges de la part du rapport; mais il y est constaté que pour que les aliénés soient chez les nourriciers dans des conditions satisfaisantes, leur nombre ne doit pas être supérieur à deux. Un plus grand nombre rend la vie de famille impossible et les pensionnaires sont forcément relégués dans des locaux à part, où ils sont isolés et privés de tous les avantages du système.

Tels sont, à part les nombreux et copieux tableaux statistiques, les points saillants de ce rapport. C'est vainement que nous y avons cherché quelques indications sur l'*Open-door*; pas plus que dans les rapports des années précédentes, nous n'avons rien trouvé concernant cette question devenue brûlante chez nous depuis quelque temps.

A. Cullerre.

Troubles psychiques consécutifs aux opérations pratiquées sur l'appareil génital de la femme; par M^me^ Margoliès, thèse de Paris, 1898.

On sait que, pour quelques auteurs, la véritable cause des troubles psychiques post-opératoires est la dégénérescence dans tous les cas. M^me^ Margoliès n'accepte pas d'abord cette manière de voir et ensuite montre bien les différentes acceptions, pour les différents auteurs, du mot unique dégénérescence. Elle aborde franchement la question par le côté clinique, à propos des psychoses dites consécutives aux seules opérations gynécologiques, et elle démontre qu'un certain nombre de ces psychoses *ne peuvent pas* être rangées dans la classe des psychoses constitutionnelles. En effet, parmi toutes les observations de psychoses qu'elle a relevées, elle remarque d'abord 7 cas mortels; sur ces 7, 6 sont cliniquement du délire aigu, forme certainement infectieuse. A côté de ce groupe s'en place

©BIUM

un autre plus nombreux de confusion mentale typique ou, d'après les renseignements cliniques, de délire infectieux décélé par la fièvre, les signes somatiques, etc. : ce sont là vingt cas qui manifestement sont dus à une *cause extérieure*. D'ailleurs la statistique montre que les troubles psychiques sont plus fréquents après les opérations gynécologiques, surtout les grandes, qu'après les autres opérations chirurgicales : c'est particulièrement l'ovariotomie simple ou double qu'il faut incriminer. Cela pourrait peut-être s'expliquer, pour M^me^ Margoliès, par les chances plus grandes d'infection, et peut-être aussi par la perturbation que l'ablation d'un organe comme l'ovaire peut apporter dans l'économie. Le mécanisme de production de la psychose dans certains cas peut encore prêter à discussion ; mais le fait n'en reste pas moins que l'opération gynécologique est la cause réelle, indispensable, du trouble mental, quand celui-ci revêt la forme de psychoses qui *ne sont pas* des psychoses constitutionnelles.

PH. CHASLIN.

Neuvième et dixième rapports annuels des administrateurs de « Saint-Lawrence State hospital » pour les années 1895 *et* 1896. 2 vol. in-8°, 1896 et 1897.

L'asile Saint-Laurent (Etat de New-York), situé à Ogdensburg, contenait au 1^er^ octobre 1896, 1.253 aliénés. Cet établissement est toujours en voie de développement et les rapports en question sont presque exclusivement consacrés à l'étude des travaux exécutés ou à faire.

Je trouve pourtant dans celui de 1895 une note originale : c'est l'énumération des distractions procurées aux malades durant l'année et des présents en argent, livres, journaux, gravures, fleurs, plantes d'appartement, etc., adressés à l'établissement par des particuliers.

« Nous avons eu, dit le directeur-médecin en chef, le D^r^ Wise, nombre d'intéressantes séances dramatiques et littéraires, les unes données par le personnel de l'hôpital, les autres par des habitants d'Ogdensburg. Il y a eu, durant huit mois, pour les malades un bal hebdomadaire, distraction toujours très suivie. Pendant le dernier hiver, nos patients se sont largement adonnés au patinage sur notre lac artificiel, jusqu'à ce que la neige vienne interrompre ce plaisir. De fréquents après-

©BIUM

midi ont été consacrés, par les femmes, à la confection de sucreries. Des parties de course en traîneau ont été régulièrement organisées pendant la saison. A Noël, il y a eu un arbre de Noël, où plus de la moitié des malades ont pu assister; les autres ne furent pas oubliés. Durant l'été, l'après-midi du samedi a été consacré aux jeux athlétiques, etc. » Nous abrégeons cette énumération. L'organisation de tous ces plaisirs doit donner quelque souci à l'honorable directeur; il est vrai qu'il a sept médecins adjoints.

Quant aux générosités si nombreuses des particuliers envers l'établissement et dont la liste prendrait plusieurs pages, elles révèlent chez le public américain un état d'esprit trop en harmonie avec la nature des choses, pour que nous songions à l'en féliciter ou même à nous en étonner; mais que de réflexions humiliantes et décourageantes ce spectacle n'est-il pas de nature à nous inspirer quand nous constatons dans la patrie de Pinel, et cent ans après son œuvre libératrice, combien il y a encore de chemin à faire pour que l'aliéné soit généralement considéré comme un *malade* et l'asile comme un *hôpital!*

A. Cullerre.

Premier rapport annuel des Directeurs de « Manhattan State Hospital » pour l'année 1896. New-York, 1897.

En vertu d'une loi du 28 janvier 1896, le système de l'Assistance des aliénés par l'Etat (voir notre article : Les Etablissements d'aliénés de l'Etat de New-York, paru en 1896 dans les *Annales*), a été appliqué à la ville de New-York et ses deux Asiles d'aliénés, Ward's Island et Central Islip, ont été fusionnés sous le nom de *Manhattan State Hospital*, et confiés à une adminisiration spéciale composée d'une commission administrative et d'un Directeur général, ce dernier médecin.

Le rapport que nous analysons porte surtout sur les conséquences de cette transformation, sur les difficultés de toute nature qu'elle a soulevées, sur les améliorations urgentes à exécuter pour permettre le fonctionnement régulier de cette machine compliquée formée de plusieurs groupes de constructions éloignées les unes des autres, mal adaptées à leur destination et quelques-unes renfermant de trois à cinq fois plus de malades qu'elles ne devraient en contenir.

La nouvelle administration a commencé à fonctionner le

©BIUM

28 février 1897. A cette date, le nombre d'aliénés à elle confiés s'élevait à 6.857.

Suivent les tableaux statistiques habituels d'ordre médical et administratif.

A. CULLERRE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Contribution à l'anatomie pathologique de la psychose polynévritique et de certaines formes de confusion mentale primitive ; par Gilbert Ballet et Maurice Faure, 42 pages in-8°. Extrait de la *Presse médicale*, Novembre 1898.

— L'illusion de fausse reconnaissance. Contribution à l'étude des conditions psychologiques de la reconnaissance des souvenirs; par le Dr Eug. Bernard-Leroy. 249 pages in-8°. Paris, Félix Alcan, 1898.

— Asile d'aliénés de Dijon. Rapport médical, compte moral et administratif pour l'année 1897; par le Dr Samuel Garnier, médecin-directeur. 58 pages in-8°. Dijon, 1898.

— Sullo stato mentale del conte X. Y. imputato di truffe et di falo in cambiali. Perizia psichiatrica (Rapport médico-légal sur l'état mental du comte X. Y. accusé d'escroquerie et de faux en effets de commerce); par les Drs G. Mingazzini et G. Paretti, de Rome. 22 pages in-8°. Extrait du *Giornale di medicina legale*, 1898.

— Psychologie de l'instinct sexuel ; par le Dr Joanny Roux, médecin-adjoint des asiles d'aliénés de Lyon. 1 vol. in-16 carré de 96 pages avec figures, cart., des *Actualités médicales*. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1899.

— The Seventy-first annual Report of James Murray's royal Asylum, Perth (Soixante et onzième rapport annuel de l'asile royal de James Murray, à Perth). 45 p. in-8°. Perth, 1898.

— Contribution à la généralisation du traitement moral de l'aliénation mentale; par le Dr Georges Ricoux. Thèse de Nancy, 1898.

— Degenerados criminosos (Dégénérés criminels) ; par le Dr Manoel Bernardo Calmon du Pin e Almeida, ex-interne de clinique médicale de la Faculté de Bahia. 136 pages in-8°. Bahia, 1898.

— Asile de Quatre-Mares. Rapport médical pour l'année 1897 ; par les Drs Lallemant et Thivet. 27 pages in-8°. Rouen, 1898.

— Le mécanisme des réflexes. Abolition du réflexe rotulien

©BIUM

malgré l'intégrité relative de la moelle lombo-sacrée (six cas avec autopsie); par F. Sano. 15 pages in-8° avec fig. Extrait du *Journal de neurologie* de Bruxelles, 5 août 1898.

— Contribution à l'étude du cancer secondaire du cerveau; par le Dr P. de Grenier. 78 pages in-8°. Thèse de Toulouse, 1898.

— Section ancienne du nerf médian. Suture. Prétendu retour immédiat de la sensibilité; par A. Lancotte et F. Sano. 9 pages in-8°. Extrait du *Journal de neurologie*. 20 août 1898.

— Asile de Saint-Yon. Rapport médical pour 1897; par les Drs A. Giraud, Trénel et Hamel. 26 pages in-8°. Rouen, 1898.

— Die Leitung der Electrität im lebenden Gewebe auf Grund der heutigen physikalisch-chemischen Anschauungen für Mediciner dargestellt (Les effets de l'électricité dans le tissu vivant d'après les connaissances physico-chimiques actuelles; exposé pour les médecins); par le Dr Fritz Frankenhäuser. 52 pages in-12, avec 14 fig. dans le texte. Berlin, Auguste Hirschwald, 1898.

— Localisations médullaires motrices et sensitives; par Sano. 5 pages in-8°. Extrait du *Journal de neurologie* de Bruxelles, 1898.

— Bemerkungen über das Vorkommen des Irreseins bei den Negern (Observations sur la production de la folie chez les Nègres); par le Dr Franco da Rocha, directeur de l'asile d'aliénés de Sao Paulo, Brésil, 18 pages in-8°. Extrait du *Zeitschrift für Psychiatrie*, etc. Tome 55. Berlin, s. d.

— The second Hospital for the insane of the state of Maryland (Le second hôpital pour les aliénés de l'Etat de Maryland); par George H. Rohé, médecin en chef, 9 p. in-8° avec planches. Extrait de l'*American journal of Insanity*, 1898.

— Thirty-eighth annual Report of the medical superintendant of the Matteawan state Hospital, N.-Y., for the year ending september 30, 1897 (Trente-huitième rapport annuel du médecin en chef de l'hôpital d'Etat de Matteavaw, N.-Y., pour l'année finissant le 30 septembre 1897), 63 pages, in-8°.

— Wie ist die Fürsorge für Gewüthskranke von Aerzten und Laïen zu fördern? Psychiatrische Fragen (Comment peut-on hâter les soins des maladies de l'esprit par les médecins et les laïques? Questions psychiatriques); par le professeur C. Fürstner, de Strasbourg, 64 p. in-8°, Berlin, S. Karger, 1899.

— Seventy-eighth annual Report of the directors of the Dundee royal Asylum for Lunatics (Soixante-dix-huitième rapport annuel du directeur de l'asile d'aliénés de Dundee), 29 pages in-8° avec planches. Dundee, 1898.

©BIUM

— L'aphasie amnésique et ses variétés cliniques. Leçons faites à l'hôpital Saint-André de Bordeaux; par le professeur A. Pitres, et recueillies par J. Abadie, ex-interne des hôpitaux. 94 pages in-8°, Paris. Aux bureaux du *Progrès médical*, 1898.

— Casa de Orates. Division de mujeres informe correspondiente al ano 1897 (Rapport sur la division des femmes de la « Casa des Orates », pour l'année 1897); par le Dr M. Beca, médecin de la section. 52 pages in-8°. Santiago de Chili, 1898.

— Leitfaden der Electrodiagnostik und Electrotherapie für Practiker und Studierende (Principes d'électrodiagnostic et d'électrothérapie pour médecins praticiens et étudiants); par le Dr Tobig Cohn, avec une préface par le professeur E. Mendel, de Berlin. 139 pages in-8° avec 6 planches et 30 gravures dans le texte. Berlin, S. Karger, 1899.

— Essai sur la cure préventive de l'hystérie féminine par l'éducation; par Mlle Georgette Déga, docteur en médecine. 96 pages in-8°. Paris. Félix Alcan, 1898.

— Fifth annual report of the Board of managers of Craig Colory to the state Board of Charities for the fiscal Year ending september 30, 1898 (Cinquième rapport annuel de la commission administrative de la Colorie Craig au Comité d'Etat de charité, pour l'année fiscale finissant le 30 septembre 1898). 96 pages in-8°, avec planches. Buffalo N.Y. 1898.

— La cura del delirio acuto colle lavature gastriche. Contributo clinico alla etiologia del delirio acuto (Le traitement du délire aigu par le lavage de l'estomac. Contribution clinique à l'étiologie du délire aigu); par le Dr Antonio Marro, médecin en chef du manicome de Turin. 10 pages in-8°, Extrait des *Annali di freniatria e scienze affini*. Torino, 1898.

— Second annual report of the managers of the Manhattan State Hospital, at New-York, to the state commission in Lunacy for the year ending september 30, 1897 (Deuxième rapport annuel des administrateurs de l'hôpital d'Etat de New-York, adressé à la commission d'État des aliénés pour l'année finissant le 30 septembre 1897). 173 pages in-8°. New-York and Albany, 1898.

— Dell'uso della sonda nella alimentazione degli alienati sitofobi (De l'emploi de la sonde dans l'alimentation des aliénés sitiophobes); par le Dr C. D. Mariani. 12 pages in-8°. Extrait de la *Gazetta medica di Torino*, n° 51, 1899.

— Reise-Bericht über die von 17 August bis 7 Septembre 1897 besuchten Irren Heil und Pflegeanstalten (Relation de voyage sur les asiles d'aliénés de traitement et de secours visités du 17 août au 7 septembre 1897); par le

©BIUM

Dr Schiller, directeur de l'asile de Wil (Suisse). 86 pages in-8°. Sanct-Gallen, 1898.

— Third annual report of the Board of managers of the second hospital for the insane of the state of Maryland,« Springfield » Sykesville, M D. To his Excellency the Governor of Maryland (Troisième rapport annuel du comité des administrateurs du second asile d'aliénés de l'Etat de Maryland, à Springfield, Sykesville, adressé à son Excellence le Gouverneur de Maryland). 32 pages in-8°, avec planches. Baltimore, 1898.

— La réforme de l'assistance des aliénés. Conférence donnée au cercle artistique, littéraire et scientifique à Anvers, le 23 novembre 1898; par le Dr J. Al. Peters. 29 pages in-8°. Extrait du *Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, 1898.

— Equivalents délirants des accès convulsifs chez une épileptique ; par MM. Toulouse et Marchand. 2 pages in-8°. Extrait des *Comptes rendus des séances de la Société de Biologie*. Janvier 1899.

— Du rôle de l'alcool dans l'étiologie de la folie paralytique. Rapport présenté au VIe Congrès international contre l'abus des boissons alcooliques tenu à Bruxelles en 1897, par le Dr Peeters. 12 pages in-8°. Bruxelles, 1898.

— De la phtisie et en particulier de la phtisie latente dans ses rapports avec les psychoses; par le Dr Jules Chartier, ancien interne des asiles. 71 pages in-8°. Paris, G. Steinheil, 1899.

— Déterminisme et responsabilité. A propos de l'ouvrage de M. Hamon; par le Dr Laupts. 20 pages in-8°. Paris. Edition de l'*Humanité nouvelle*, 1899.

— L'epilessia dal punto di vista clinico e medico-legale (L'épilepsie au point de vue clinique et médico-légal); par le Dr Giuseppe Peli. 8 pages in-8°. Extrait de la *Rivista sperimentale di freniatria*. Vol. XXIV. Fasc. III-IV, 1899.

— Alcoolisme et gourmandise. Conférences populaires; par le Dr P. Hospital. 61 pages in-18. Clermont-Ferrand. Imprimerie Mont-Louis, 1899.

— I disturbi psichici post-operatori (Les troubles psychiques post-opératoires); par le Dr G. Peli. 5 pages in-8°. Extrait du *Bulletino delle scienze mediche di Bologna*. Octobre 1898.

— De la diminution de l'activité nerveuse dans le psoriasis, le cancer et la lèpre. Disparition de ce syndrome sous l'influence du traitement par les injections organiques; par le Dr Bouffé, 32 pages in-8°. Paris, A. Maloine, édit., 1899.

— Psychiatrie. Ein Lehrbuch fur Studirende und Aertzte (Psychiatrie. Manuel pour étudiants et médecins); par le

©BIUM

Dr Emil Kraepelin, professeur à l'Université de Heidelberg. Sixième édition complètement remaniée. 2 vol. in-8°. T. I. XIII-362. Psychiatrie générale. Tome II. x-607. Psychiatrie clinique, avec gravures, photographies, courbes, diagrammes, etc. Leipzig. Johann Ambrosius Barth, 1899.

— Spiritismo e lettura del pensiero (Spiritisme et lecture de la pensée); par le Dr G. Antonini. 7 pages in-8°. Extrait de la *Gazetta medico di Torino*, 1898.

— Die kroniske alkoholismes kliniske former Forelaesning ved den psykiatriske klinik paa Gaustad asyl vaaren 1898 (Formes cliniques de l'alcoolisme chronique. Leçons faites à la clinique psychiatrique de l'asile de Gaustad en 1898); par le professeur Hans Evensen. 66 pages in-8°. Kristiania. Steenske Bogtrykken, 1899.

— Di un caso di acromegalia. Osservazione (Observation d'un cas d'acromégalie); par le Dr G. Antonini. 4 pages in-8°. Extrait de la *Gazetta medica di Torino*, 1899.

— La paralysie générale au point de vue médico-légal; par le professeur Paul Kovalevsky. 34 pages in-8°. Extrait du *Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, 1898.

— Le mécanisme des phénomènes nerveux. Résumé et conclusions générales d'un ouvrage publié par l'Académie des sciences de Saint-Pétersbourg; par le professeur I. Orchansky, professeur à l'Université de Kharkow. 38 pages in-8°. Karkow, 1898.

— Contributo allo studio dell' automatismo psicologico per autosuggestione (Contribution à l'étude de l'automatisme psychologique par autosuggestion); par le Dr G. Antonini. 31 pages in-8°. Extrait de la *Rivista sperimentale di freniatria*, 1898.

— Verslag van het staatstoezicht op Krankzinnigen en krankzinnigengestichten en over den staat dier gestichten in de jaren 1894, 1895 en 1896, aan den minister van Binnenlandsche zaken (Rapport sur l'état des aliénés et des asiles d'aliénés pour les années 1894, 1895 et 1896, adressé au Ministre de l'intérieur); par les Drs Ruysch et van Andel. 1 vol. in-4° de 491 pages. Scravenhage, 1888.

— La volonté dans ses rapports avec la responsabilité pénale; par le Dr Dallemagne. Vol. petit in-8° (112 pages) de l'*Encyclopédie scientifique des Aide-mémoire*, Paris, Masson et Cie, s. d.

©BIUM

VARIÉTÉS

SÉANCE SOLENNELLE ET BANQUET DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

La Société médico-psychologique a tenu sa séance solennelle, le lundi 29 mai, sous la présidence de M. Jules Voisin.

Les récompenses suivantes ont été décernées :

Prix Moreau (de Tours). — 200 francs. — Le prix a été décerné à M. le Dr Bernard-Leroy, pour son travail intitulé : *L'illusion de fausse reconnaissance. Contribution à l'étude des conditions psychologiques de la reconnaissance des souvenirs.*

Des mentions honorables ont été accordées : 1° à M. le Dr Lalanne, pour sa thèse intitulée : *Les persécutés mélancoliques;* 2° à M. le Dr Lucien Wahl, pour sa thèse qui a pour titre : *Contribution à l'étude de la descendance des paralytiques généraux.*

Prix Belhomme. — 600 francs. — Question : *Du système musculaire chez les idiots et son éducation.*

Deux mémoires ont été adressés à la Société. Le prix, avec 450 francs, est décerné à M. Joseph Boyer, professeur à l'Institut médico-pédagogique de Vitry (Seine);

Une mention honorable, avec 150 francs, est accordée au mémoire n° 2, qui a pour auteurs MM. les Drs M. Ameline et A. Rodiet, internes à l'asile Sainte-Anne.

Le soir, à 8 heures, eut lieu le banquet annuel, au restaurant Marguery. Vingt-trois convives y prirent part, au nombre desquels nous avons été heureux de compter quatre membres correspondants, MM. Antheaume, Cullerre, Doutrebente et Giraud, ainsi que M. Picqué, le distingué chirurgien des asiles d'aliénés de la Seine. Au dessert, des toasts ont été portés par MM. J. Voisin, Doutrebente, Ritti et Falret. Notre vénéré maître et ami, aujourd'hui le doyen de la Société médico-psychologique, s'est fait le *laudator temporis acti;* et il avait absolument raison lorsqu'il a rappelé les banquets d'autrefois où des maîtres tels que Cerise, Morel, Lasègue, d'autres encore, venaient apporter, en ces agapes confraternelles, leur verve entraînante et y dépenser le meilleur de leur esprit. En terminant ces souvenirs d'un passé déjà lointain, M. Falret a émis

©BIUM

le vœu que ces réunions familiales reprennent leur ancien éclat. D'unanimes applaudissements ont prouvé que nous étions de communion d'idée et de désir avec lui.

LE CRIME ET LA FOLIE DANS LA LITTÉRATURE (1)

On s'est souvent demandé si M. Ibsen, dans ses derniers drames, était naturaliste ou symboliste; et bien des personnes qui l'admirent de tout leur cœur en sont encore aujourd'hui à essayer de résoudre ce délicat problème. Mais M. Cesare Lombroso, l'éminent polygraphe italien, vient de le résoudre pour elles, dans la livraison de la *Nuova Antologia* du 15 février. M. Ibsen, d'après lui, n'est ni naturaliste ni symboliste : il est simplement aliéniste. *Borkman*, le *Petit Eyolf*, *Solness le Constructeur*, *Hedda Gabler*, ces pièces dont le vrai sens nous paraissait si difficile à saisir, ne sont, en réalité, que l'expression artistique des plus récentes découvertes de la pathologie mentale. Les causes de la folie, son évolution, ses diverses formes, voilà ce que le dramaturge norvégien a entrepris de nous faire connaître; et son seul tort est parfois un excès de zèle qui le porte à vouloir résumer dans une même œuvre un trop grand nombre de cas différents. Ainsi, dans les *Revenants*, « il a accumulé sur un unique sujet les phénomènes d'une grande quantité de paralytiques généraux »; car c'est la paralysie générale qui est l'objet, la thèse, le *mot* de ce drame. Pareillement, dans *Nora* (ou *Maison de poupée*), « il a exagéré la peinture de l'atavisme des maladies mentales en faisant balbutier par un fils malade les mêmes phrases qu'avant lui, dans les mêmes circonstances, avait balbutiées son père ».

Mais tout cela ne fait que mieux prouver encore le caractère essentiellement *aliéniste* de l'art de M. Ibsen. « Hedda Gabler — poursuit M. Lombroso — est une névrosée dont la névrose s'aggrave sous l'influence de la grossesse, et qui se venge d'un premier amant infidèle en brûlant le manuscrit qui devait le rendre fameux. Virile, comme tous les criminels, c'est elle aussi qui met un revolver dans la main du jeune homme. Les *Soutiens de la société* nous démontrent que les grands agitateurs politiques sont en même temps des névrosés. Et quant à *Borkman*, c'est une étude spéciale du « criminel banquaire » (*delinquente bancario*), qui ne déraisonne pas, ne tombe pas dans l'hébétude, mais qui s'approprie les deniers qu'on lui a confiés avec l'illusion de pouvoir faire servir ces sommes accumulées à quelque entreprise colossale, destinée à lui procurer la toute-puissance, son seul rêve.

(1) Extrait du *Temps*, n° du jeudi 9 mars 1899.

©BIUM

C'est un type très fréquent parmi les banqueroutiers, et que M. Laschi a traité prodigieusement (*stupendamente*) dans son récent ouvrage sur la *Criminalité banquaire*. L'absence complète d'affectivité et de sens moral amène Borkman à sacrifier la femme qu'il aime pour satisfaire le désir d'un homme qui pourra peut-être lui être utile. Il a un ami fidèle qui, bien qu'il ait été dépouillé par lui de sa fortune, continue à le voir tous les jours et à lui prodiguer le baume de son admiration ; mais il le chasse lorsqu'il s'aperçoit que ce dernier ami ne croit pas, lui non plus, à son retour au pouvoir. Le même Borkman, ayant considéré tous ces actes, a la ferme conscience de n'être coupable de rien. Il a, à la fois, le génie et le délire des mégalomanes ; il entend le chant des minéraux, il sent frémir les bâtiments qui attendent qu'il vienne les délivrer ; et conscience, devoir, probité, rien de tout cela n'existe pour lui. Il se compare à Napoléon, rêve de devenir puissant, et il ne sent pas qu'il vieillit et qu'il a au cœur une maladie mortelle. Enfin, abandonné de tous, il se lance dans le tourbillon de la vie et meurt d'une syncope.

Ce sont là, paraît-il, les traits distinctifs de la *criminalité banquaire*, ou, si l'on veut, de la *folie banquaire*, car on sait que pour M. Lombroso, *crime* et *folie* sont deux termes synonymes, qu'on peut d'ailleurs aussi remplacer tous les deux par le mot *génie*. Et, de cette façon, nous voici enfin renseignés sur l'objet et la portée véritables de l'œuvre poétique de M. Ibsen. Tout au plus pouvons-nous regretter que l'auteur de *Borkman* réserve ses faveurs à une seule catégorie de maladies, quand il y en a tant d'autres qui seraient, peut-être, plus intéressantes encore à traiter. Quel plus beau sujet, par exemple, pour un drame ainsi entendu, que les étapes successives d'un rhumatisme articulaire, ou bien les diverses phases d'une laparotomie ! Mais, puisqu'il préfère s'en tenir aux maladies mentales, sachons-lui gré de nous les décrire aussi exactement et sachons gré surtout à M. Lombroso de nous avoir enfin donné la clef d'un art que nous admirions un peu en aveugles !

L'article du professeur italien ne se borne pas, d'ailleurs, à nous expliquer les drames de M. Ibsen. Il est intitulé *Le criminel et le fou dans le roman et le drame modernes*, ce qui lui donne, comme on voit, un champ et un objet des plus étendus. Mais le fait est qu'après avoir parlé de M. Ibsen, après avoir extrait de l'œuvre de Dostoïevsky toutes les figures d'épileptiques qu'elle contient, après avoir affirmé que Raskolnikof, le héros de *Crime et Châtiment*, n'est pas un vrai criminel, mais un simple *criminaloïde*, après avoir signalé, dans la *Bête humaine* de M. Zola, le personnage de Jacques Lantier, qui, nous dit-il, « a beaucoup des caractères de son criminel-né », M. Lombroso passe, sans transition, au

©BIUM

« roman et au théâtre anciens », où il constate avec regret l'absence à peu près complète des types présentant les caractères de « son » criminel et de « son » épileptique. « Ni les fureurs d'Ajax et de Déjanire, ni celles d'Oreste et d'Œdipe, ni la mélancolie de Philoctète, rien de tout cela ne sent la vie réelle; car les poètes anciens se souciaient davantage des symboles de la morale, de la tradition, mais surtout de la déclamation que de la peinture de la personne humaine. » Ni Schiller même, ni Gœthe, n'ont créé de personnages ayant un caractère précis et individuel. Leurs personnages, Guillaume Tell, Faust, sont des « ombres belles, mais vagues », au contraire du vivant Jacques Lantier et de la galerie de paralytiques généraux de M. Ibsen.

La littérature classique manque de « vrais fous et de vrais criminels » : voilà qui est trop certain. Et M. Lombroso, après l'avoir déploré, ne dédaigne pas de nous en donner les motifs. Ces motifs sont de deux sortes, et toutes deux d'une simplicité admirable. D'abord, la littérature, comme tout ce qui vit, tend à évoluer et va du plus simple au plus compliqué. En second lieu, le nombre des fous et des criminels-nés augmente, — le progrès se faisant sentir là comme dans la littérature; et ainsi les écrivains ont de plus en plus l'occasion d'étudier des cas de dégénérescence mentale, sans compter que M. Lombroso et son école mettent tout leur soin à leur en fournir sans cesse de nouvelles variétés. Une époque où des savants consacrent des volumes entiers à traiter « prodigieusement » la *criminalité banquaire*, une époque où tout homme d'un talent un peu personnel est aussitôt accusé par M. Lombroso d'être un « mattoïde », et par M. Nordau d'être un « dégénéré », une telle époque ne saurait manquer de faire la part très large, dans sa littérature, à ces états morbides dont elle a les oreilles rabattues.

Et voici maintenant la conclusion de l'article de M. Lombroso. Elle forme un chapitre spécial qui s'intitule modestement : *Pourquoi le vrai, adopté désormais par les romanciers, ne l'est-il pas encore par les savants?* « Le vrai », on entend bien que c'est la définition du *mattoïde*, la découverte du « criminel-né », l'assimilation du génie à l'épilepsie, en un mot que c'est toute l'œuvre scientifique de M. Lombroso; sur quoi, écoutons-le répondre à la question que nous pose son titre :

« Pourquoi, pendant que le monde littéraire accueille avec faveur des figures comme celle du Jacques de M. Zola, du d'Argenson de Daudet, des « Possédés » de Dostoïevsky, de la fille Elisa de Goncourt, pendant que tous les grands artistes donnent au criminel-né et au *criminaloïde* le type que je leur ai assigné, pourquoi donc le monde se refuse-t-il à accepter l'existence du type criminel, de la folie du génie, des rapports entre

©BIUM

le crime et l'épilepsie ? C'est parce que, au contact de figures vraies et vivantes, projetées devant nous en pleine lumière par les grands artistes, la conscience de la vérité qui dormait en nous, comprimée et défigurée par les routines, se réveille, se révolte contre les conventions qui lui sont imposées. Et quand, au contraire, nous avons devant nous de froides statistiques, ou une étude schématique des faits, nous sortons alors tout le vieux passé qui pèse sur nous, pour nous empêcher d'admettre les conclusions de la science. » De sorte que M. Lombroso, pour peu que la situation reste la même, se verra forcé, pour nous faire admettre ses découvertes, à devenir « un grand artiste » ; résolution héroïque et qui, j'imagine, ne sera pas sans lui coûter beaucoup, puisque toute manifestation du génie créateur équivaut, d'après lui, à un aveu d'épilepsie, ou tout au moins de *mattoïdisme* ! T. DE WYZEWA.

ANARCHISME ET MALADIE MENTALE

On lit dans le *Temps* (numéro du dimanche 4 juin 1898) :

C'est une conférence vraiment intéressante que le professeur Mendel a tenue l'autre jour à Berlin sur ce sujet : *Anarchisme et maladie mentale*. Son point de départ est connu, mais le célèbre aliéniste y a ajouté des précisions plus nettes et une classification qui met en leur vraie lumière les faits et gestes des plus fameux anarchistes de ces dernières années.

Le professeur Mendel distingue soigneusement dans le tumulte du mouvement anarchiste les diverses natures, les psychologies particulières. A côté du « propagandiste par le fait », qui obéit à une impulsion, à une manie destructrice, il y a le criminel réfléchi et aussi l'homme bien doué intellectuellement, presque sensé ; nous disons *presque*, parce que l'idée de M. Mendel est bien que chez aucun, même les plus remarquables, la cristallisation cérébrale n'est parfaitement normale.

Il répartit les uns et les autres en deux grandes divisions : les faibles d'esprit, incapables de se rendre compte de leur faiblesse et qui attribuent à une mauvaise organisation de la société les effets de leur propre malfaçon : tels étaient Hœdel, qui se livra à un attentat sur Guillaume I^er^, Caserio, l'assassin de Carnot, Luccheni, qui tua l'impératrice Elisabeth. Les esprits supérieurs, tout au moins relativement aux premiers, les gens de l'espèce de Marat, de Nobiling, de Most, pour ne parler que des morts, se signalent — en outre de leur intelligence ou de leur excellente mémoire, qui leur permet de dévider à perte de vue tout ce qu'ils ont pu lire et entendre comme si c'étaient des idées personnelles — ceux-là se signalent, disons-nous, par une opinion d'eux-mêmes qui touche à la manie des grandeurs

©BIUM

et par une susceptibilité ombrageuse qui confine au délire de la persécution.

Tel qui, dans ses écrits ou ses discours, fait appel aux moyens les plus expéditifs et les plus violents comme aux solutions toutes naturelles des problèmes en discussion, s'étonne de la moindre représaille un peu vive et n'y voit que guet-apens et attentat concerté. Le dogme qu'il professe le plus volontiers après la nécessité de la destruction de tout ce qui existe, c'est l'intangibilité de sa propre personne. Le professeur Mendel établit nettement la parenté de cette élite de l'anarchisme avec les aliénés mégalomanes, comme sont ces Christs en imagination qui sont soignés dans les maisons de santé et qui se plaignent d'être persécutés dans leur œuvre de rédemption par des ennemis de la vérité et de l'humanité.

En terminant son exposé, M. Mendel a regretté que, dans les procès anarchistes, on hésite souvent à mettre en lumière la nature pathologique du délinquant par crainte de paralyser la répression légale.

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ (*suite*).

32. *Horrible tentative de suicide.* — On écrit de Perpignan, au *Petit Parisien* (numéro du 7 janvier 1899) :

Un nommé Baron Gauderique, dit Petris, âgé de cinquante-deux ans, cultivateur à Salses, a cherché à se donner la mort dans des conditions épouvantables.

Il a pris un grand sécateur servant à tailler la vigne et s'est ouvert la gorge sous le menton. Le malheureux a taillé dans ses chairs comme sur un cep de vigne : il s'est coupé la trachée-artère, il a mis à nu le tube digestif et la colonne vertébrale.

Le désespéré a été transporté hier à l'hôpital Saint-Jean.

Comme la trachée-artère a été sectionnée tout à fait à l'extrémité, Baron ne peut respirer et, chose extraordinaire, on espère cependant pouvoir le sauver. Bien entendu on a mis la camisole de force à cet infortuné pour qu'il ne recommence pas son atroce tentative de suicide.

Le désespéré était tombé dans un cuvier plein de vin, il y a un mois environ, et se fit alors une légère blessure au front. Depuis il a été pris de la manie du suicide.

Quelques heures avant de se couper la gorge, Baron aurait tenté de se précipiter sur les rails avant le passage d'un train. Il en aurait été empêché par quelques personnes témoins de sa tentative.

Aussi est-il à l'hôpital l'objet d'une étroite surveillance.

33. *Tentatives d'assassinat.* — On écrit d'Asnières au *Petit Parisien* (numéro du 21 janvier 1899) :

©BIUM

Un ancien cultivateur, M. Clément Crépieux, âgé de quarante-sept ans, demeurant, 36, rue de l'Alma, dans un accès de folie furieuse, a voulu à deux reprises tuer sa femme : la première fois avec un revolver, la deuxième fois armé d'une hache.

Crépieux, qui avait ensuite disparu, a été conduit par la gendarmerie au commissariat de police, d'où il a été transporté à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

34. *Un vampire.* — Sous ce titre, la *Patrie* (numéro du 14 février 1899) publie le récit suivant qui lui est adressé d'Auvelais, en Belgique :

Un nommé Gilson, qui passe pour ne plus posséder toutes ses facultés mentales, s'étant introduit par escalade dans le cimetière, est allé déterrer le cadavre de sa femme et lui a coupé la tête.

Gilson est sorti du cimetière, emportant la tête en pleine putréfaction dans un mouchoir, et s'est rendu dans un cabaret sur la route de Falisolle, où il a exhibé aux consommateurs atterrés la tête grimaçante et hideuse.

La police a arrêté le criminel, qui paraît inconscient.

35. *Encore un Céleste.* — Dans le dernier numéro des *Annales* (p. 520), nous avons publié l'histoire de ce jeune attaché à la légation de Chine, qui, sous l'influence d'un délire de persécution, a tué à coups de revolver le secrétaire de la légation et s'est ensuite brûlé la cervelle. Ce drame a eu quelques jours après un épilogue qui a encore failli causer une mort. Voici, en effet, ce que rapporte l'*Eclair*, numéro du jeudi 16 février 1899 :

« Profondément troublé par le meurtre et le suicide dont il avait été témoin, un fonctionnaire de la légation, M. Che-Ming, avait donné des signes d'aliénation mentale. Il avait réussi à tromper la surveillance exercée autour de lui, et il avait quitté la légation, sans qu'on pût savoir ce qu'il était devenu. La préfecture de police et la Sûreté générale avaient été prévenues, et l'on guettait dans toutes les gares le passage du Chinois. Celui-ci ne songeait pas à s'enfuir. Passant sur le Pont-Neuf, il se jeta à l'eau. Le gardien de la paix Boulloche, du I^er^ arrondissement, s'élança à son secours et le sauva. M. Che-Ming a été reconduit à la légation de Chine. »

36. *Une folle incendiaire.* — Sous ce titre, l'*Eclair* (numéro du mercredi 22 février 1899) publie le fait divers suivant :

Rue Saint-Maur, un commencement d'incendie se déclarait, hier, vers deux heures, dans un appartement occupé par M^me^ Toureau, âgée de quatre-vingt-deux ans. La porte fermée fut enfoncée. Les gardiens de la paix trouvèrent M^me^ Toureau, devenue subitement folle, qui, une lampe à la main, après avoir mis le feu à son lit, criait à tue-tête : « Je suis Jeanne d'Arc ! Les

©BIUM

Anglais me brûlent! » L'incendie fut rapidement éteint. La malheureuse vieille femme, grièvement brûlée, a dû être transportée à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

37. *Folie furieuse.* — L'*Eclair* du dimanche 19 février 1899 publie, sous ce titre, le fait divers suivant :

M. Loreau, 28, rue du Midi, à Vincennes, atteint subitement d'aliénation mentale, frappait à coups de bâton sa femme endormie. Des agents purent se rendre maîtres du malheureux pendant que l'on donnait des soins à M^me^ Loreau, qui avait été trouvée évanouie dans sa chambre.

M. Loreau a été envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

38. *Le coup de revolver d'un fou.* — Vers quatre heures du matin, une scène dramatique s'est passée à l'hôtel Sainte-Marie, rue de Rivoli. Un individu atteint d'aliénation mentale, et nommé Adolphe Capdeville, occupait la chambre n° 15 dans cet établissement. Il se mit, ce matin, à l'aube, à faire un grand vacarme; il tirait des coups de revolver. Ne pouvant réussir à le faire sortir, le patron de l'hôtel se rendit au commissariat de police du quartier Saint-Merri. M. Euriat, commissaire de police, le reçut et, après l'avoir écouté, le suivit chez lui avec des gardiens et un garçon de bureau, M. Heloir. Arrivé à l'hôtel Sainte-Marie, il intima au fou l'ordre de sortir de sa chambre, mais l'autre n'obéissait pas. Comme on s'apprêtait à entrer dans sa chambre, Capdeville bondit dans l'escalier un revolver à la main. M. Euriat s'en empara; mais, quelques instants auparavant, il avait fait feu sur M. Heloir qui fut atteint à la poitrine.

Les gens de l'hôtel s'empressèrent autour de M. Heloir, tandis qu'on conduisait l'aliéné au commissariat de police.

Le blessé fut transporté à l'Hôtel-Dieu. Son état inspire de vives inquiétudes.

Adolphe Capdeville a habité rue Lafayette; il est originaire des Basses-Pyrénées. (Le *Temps*, numéro du vendredi 17 mars 1899.)

39. *Le meurtre de l'avenue d'Italie.* — Un drame sanglant s'est déroulé hier soir, vers sept heures, avenue d'Italie. Un jeune homme de dix-sept ans a tué à coups de couteau une jeune femme de vingt-six ans. Voici dans quelles circonstances :

Charles-Nicolas-Louis Leroy, électricien, demeurait au 23 *bis* de l'avenue d'Italie, chez ses parents. Garçon rêveur et un peu faible d'esprit, il lisait toute la journée des romans et était devenu amoureux d'une de ses voisines, M^lle^ Lucie Carrez naill, pupille de M. Estault, fabricant de bicyclettes, chelequel elle exerçait, avec sa mère, la profession de mécanicienne.

©BIUM

Jamais le jeune homme n'avait osé mettre celle qu'il aimait au courant de sa passion et rien ne faisait prévoir l'horrible drame qui allait s'accomplir.

Hier soir, vers sept heures, M. Estault était occupé dans son arrière-boutique quand il entendit un bruit de lutte et des cris partant du magasin. Il se précipita dans la pièce d'où partaient les appels et il aperçut Leroy frappant sa pupille à coups de couteau.

Il s'élança sur le jeune homme. Celui-ci prit la fuite. M. Estault le poursuivit en criant : « A l'assassin! » Leroy se réfugia dans l'impasse Saint-Hippolyte, où une femme se jeta courageusement sur lui et le désarma. Leroy fut arrêté.

Lucie Carrenaill gisait sur le parquet. Elle avait été frappée de cinq coups de couteau : un à la poitrine, un deuxième à la gorge, le troisième au poignet droit ; un doigt de la main avait été coupé net ; le quatrième à l'épaule droite et le cinquième dans le dos.

Ce dernier avait perforé le poumon et avait occasionné la mort. Le cadavre a été transporté à la Morgue. (Le *Matin*, numéro du samedi 18 mars 1899.)

40. *La folie d'une évangéliste.* — Un singulier cas de folie mystique s'est produit hier au quartier de la Sorbonne.

La victime est une agrégée ès lettres, M^lle^ Amélie M..., âgée de trente-quatre ans, professeur à la Faculté de Poitiers.

M^lle^ M..., désireuse de pousser ses études beaucoup plus loin encore, avait demandé il y a quelques mois sa mise en disponibilité afin de se rendre à Paris pour préparer son doctorat, ce qu'elle obtint sans difficultés.

Elle vint habiter à son arrivée dans la capitale dans un hôtel meublé, 18, rue de la Sorbonne, et depuis, elle se mit à suivre assidûment divers cours, entre autres ceux de philosophie et de théologie protestante.

Cette dernière étude, pour laquelle l'agrégée se passionna beaucoup, bien qu'elle appartînt au culte catholique, produisit sur son cerveau une si forte influence que sa raison ne tarda pas à s'en ressentir. Ses professeurs, qui s'en aperçurent, lui en firent l'observation. D'autres personnes érudites de son entourage lui conseillèrent d'abandonner momentanément l'étude de la théologie qui décidément influait d'une façon néfaste sur son état cérébral.

Mais M^lle^ M... ne tint aucun compte de ces sages avis et, petit à petit, elle se laissa aller à un mysticisme outré. Ses conversations ne roulaient plus que sur des thèmes de philosophie religieuse, chacune de ses phrases était agrémentée, soit de quelque extrait des textes de l'Evangile, soit d'un verset de la Bible.

©BIUM

Bref, l'état mental de l'agrégée devenait de plus en plus inquiétant, lorsque, hier, la folie qui la guettait s'est déclarée soudain.

Elle était rentrée dans son appartement, situé au premier étage, vers huit heures, lorsqu'à deux heures et demie du matin des gardiens de la paix, de service dans la rue, aperçurent des flammèches et une épaisse fumée qui s'échappaient de la fenêtre de la chambre de M^lle^ M... Presque au même instant, celle-ci apparaissait, vêtue de blanc, les cheveux épars, puis lançait sur le pavé divers objets du mobilier.

Elle entonna ensuite d'une voix retentissante un psaume de l'Eglise réformée.

Les agents s'élancèrent dans la maison, tandis qu'un de leurs collègues courait prévenir M. Berthelot, commissaire de police du quartier.

Quand le magistrat arriva, les gardiens de la paix, aidés de l'hôtelier, venaient d'enfoncer la porte du logement de l'aliénée. Celle-ci avait construit au milieu de la chambre à coucher un bûcher composé de tous les livres, cahiers, papiers qu'elle possédait, ainsi que de plusieurs paires de rideaux, et de divers vêtements ; puis elle y avait mis le feu.

Quand les agents entrèrent, la malheureuse venait de s'asseoir au milieu des flammes en chantant toujours son cantique.

On secourut aussitôt l'infortunée dont une partie des effets et des cheveux avait pris feu.

On combattit ensuite le commencement d'incendie qui s'était déclaré dans la pièce. Quand les pompiers de la rue de Poissy arrivèrent, tout danger était conjuré.

Tandis qu'on s'empressait auprès de la folle pour lui prodiguer des soins, elle repoussa soudain ceux qui l'entouraient, puis prenant sur la cheminée un verre rempli d'eau, elle le tendit avec un geste emphatique au commissaire et aux agents en s'écriant :

— Buvez! C'est la source de vie et vous verrez la lumière éternelle!

Enfin, après avoir fait panser par un médecin les brûlures qu'elle s'était faites, M. Berthelot a pu faire conduire la pauvre folle à l'infirmerie spéciale du Dépôt. (Le *Petit Parisien*, numéro du mardi 21 mars 1899.)

41. *Suicide à l'école d'Alfort.* — Dimanche soir, à neuf heures, M. Paris, surveillant à l'École vétérinaire d'Alfort, constatait la disparition du dortoir d'un élève de seconde année, M. Pierre Cadieu. Il pensa que le jeune homme, se sentant souffrant, était descendu dans le jardin sans prévenir ses voisins de lit et ne s'inquiéta pas outre mesure de son absence.

©BIUM

Quelques instants après sa visite, des camarades de M. Cadieu vinrent informer le surveillant qu'ils entendaient des gémissements semblant venir du côté de la cour d'honneur.

M. Paris, accompagné de ces élèves, descendit, fit le tour du bâtiment et trouva M. Cadieu étendu, sans connaissance, sur le trottoir pavé de la cour.

On releva le jeune homme et on le transporta à l'infirmerie de l'école, où les soins les plus empressés lui furent prodigués.

Quoique tombé du second étage, qui est fort élevé, M. Cadieu ne portait aucune trace apparente de blessures; il avait cependant les deux jambes fortement contusionnées et souffrait au ventre et à la poitrine de violentes douleurs internes, qui font craindre des complications ultérieures.

L'état du malheureux jeune homme s'étant aggravé dans la nuit, il fut transporté d'urgence à l'hôpital de l'Hôtel-Dieu.

Une enquête ouverte dès hier matin, par le directeur de l'Ecole vétérinaire d'Alfort, a établi que M. Cadieu, profitant de l'absence du surveillant et du sommeil de ses camarades, s'était jeté par la fenêtre du dortoir dans un accès de fièvre chaude.

M. Cadieu, qui n'est âgé que de vingt-deux ans, était orphelin de père et de mère ; il n'avait pu se consoler de la perte de ses parents et cet état avait fortement ébranlé ses facultés mentales. (Le *Petit Parisien*, numéro du mardi 28 mars 1899.)

42. *Suicide à deux.* — On lit dans le *Temps* (numéro du mercredi 29 mars 1899) :

Le commissaire de police d'Aubervilliers a constaté, à une heure de l'après-midi, le double suicide par asphyxie de M^me^ veuve Sellier, âgée de soixante-cinq ans, et de son fils, âgé de trente-huit ans, avec qui elle habitait route de Flandre, à Aubervilliers.

Avant de s'asphyxier, la mère s'était ouvert la gorge avec un couteau de cuisine. Elle avait une petite fortune. Ce double suicide doit être attribué à un dérangement cérébral.

43. *Un coup de filet.* — Le jardinier d'un riche propriétaire de l'avenue de Clichy, M. P..., donnait, depuis quelque temps, des marques de dérangement cérébral. Son entourage n'y prêta d'abord pas grande attention; mais, hier, il fut pris d'un accès de folie furieuse. Le malheureux, une serpe à la main, bondissait dans le jardin de l'hôtel, poussant des cris de mort contre son patron et les domestiques de la maison.

Epouvantés, ceux-ci allèrent prévenir M. Cornette, commissaire de police, qui chargea un de ses inspecteurs, M. Maréchal, de capturer le fou.

Ce n'était pas chose facile. L'inspecteur tenta en vain de l'approcher. Dès qu'il lui paraissait être à sa portée, l'aliéné

©BIUM

l'accablait de projectiles, puis il le pourchassait la serpe à la main.

Peu désireux de partager le sort de son infortuné collègue qui, il y a trois semaines environ, fut grièvement blessé dans des circonstances identiques, soucieux néanmoins de remplir sa mission, M. Maréchal se mit à la recherche d'un meilleur procédé de capture.

Il traversait la serre quand, tout à coup, un objet frappa ses regards :

— J'ai trouvé ! s'écria-t-il.

Et il s'empara aussitôt de l'ustensile de pêche connu sous le nom d' « épervier ».

L'inspecteur, qui est un ancien marin, monta alors sur le toit de la serre, et, d'une main sûre, lança l'épervier sur l'aliéné qui, pris dans les rêts, fut facilement désarmé, puis ligotté. On le conduisit directement à l'infirmerie du dépôt (le *Temps*, numéro du jeudi 30 mars 1899).

44. *Fou meurtrier.* — M. Charles Ozouf, demeurant rue Scheffer, se promenait dans l'après-midi, vers cinq heures, au bois de Boulogne, près du Touring-Club. Tout à coup, apercevant un passant, il tire un revolver de sa poche et fait feu sur lui, en s'écriant : « Ah ! le voilà, M. Loubet ! J'ai été ruiné dans le Panama, et je me venge. » Atteint en pleine poitrine, le passant s'affaissa et expira. Des personnes témoins de cette scène se jetèrent sur Ozouf et le conduisirent au commissariat de police. Là le meurtrier se répandit en invectives contre le chef de l'Etat, auquel il fait remonter la responsabilité de sa ruine.

Son exaltation et l'incohérence de ses propos firent juger qu'Ozouf ne jouissait pas de la plénitude de ses facultés et on le dirigea sur l'infirmerie du dépôt. Quant au malheureux qu'Ozouf avait tué, il fut transporté à son domicile, rue Montrosier. Il se nomme Touret et était représentant de commerce. Il n'a qu'une très vague ressemblance avec le Président de la République. (Le *Siècle*, numéro du dimanche 2 avril 1899.)

45. *Drame de la folie à Perpignan.* — Un drame terrible vient de se dérouler à Perpignan.

M. Léon Bardou, âgé de quarante-huit ans, grand manufacturier, l'un des directeurs de la fabrique de papiers à cigarettes Joseph Bardou et fils, atteint subitement d'aliénation mentale, a tué d'un coup de revolver en plein front sa belle-sœur, M^me^ Eugène Bardou, âgée de trente-six ans, femme de l'ancien maire de Perpignan, au moment où celle-ci, revenant de la messe avec sa fillette, s'approchait pour l'embrasser.

Puis le meurtrier, tournant son arme contre lui-même, s'est fait sauter la cervelle.

©BIUM

Les deux morts ont été instantanées.

Ce drame, survenant dans une des familles les plus connues de la ville, a produit une émotion considérable.

M. Léon Bardou avait perdu depuis deux jours la plénitude de ses facultés mentales à la suite d'attaques violentes d'un journal qui l'accusait de s'être approprié l'argent des actionnaires d'une banque de Barcelone.

Avant-hier, M. Léon Bardou avait tenté de sauter par la portière d'un train rapide en revenant de Brest, où il était allé rendre visite à sa fille mariée à un capitaine d'infanterie de marine.

Il était depuis étroitement surveillé et c'est en trompant la surveillance de ceux qui le gardaient qu'il a pu accomplir ce terrible drame.

L'enfant, terrifiée par cet horrible spectacle, ne peut encore articuler une parole. (Le *Siècle*, numéro du mercredi 5 avril 1899.)

46. *Suicide d'une persécutée.* — On lit dans le *Progrès de la Nièvre* (numéro du mardi 18 avril 1899) :

Samedi dernier, 15 courant, la nommée Suzanne Ragon, âgée de soixante-huit ans, propriétaire à Mesves, profitant de l'absence de son mari et trompant la surveillance habituelle de sa fille, s'est pendue à un clou fixé à une poutre dans sa maison.

Cette femme, atteinte de monomanie de la persécution, avait déjà plusieurs fois attenté à sa vie. »

47. *Actes de violence d'un aliéné.* — On lit dans le *Temps* (numéro du lundi 1er mai 1899) :

Un nommé Chalopin-Scordel, demeurant à Saint-Loup sur-Aujon (Haute-Marne), est entré dans la petite église de Neuilly-sur-Suize et, avec un éteignoir, a brisé les vitraux, les statues et les candélabres, puis il a renversé les autels. Les dégâts sont évalués à 3,000 francs.

Chalopin a été arrêté. Il est atteint d'aliénation mentale.

48. *Quadruple assassinat commis par un aliéné.* — Le *Temps* (numéro du dimanche 14 mai 1899) rapporte le fait suivant :

Un employé des douanes d'Odessa, nommé Konforovitch, frappé d'aliénation mentale à la nouvelle qu'il allait perdre sa place, s'est armé d'un marteau et s'est jeté sur ses enfants ; il en a tué quatre et en a blessé un autre, tandis que les deux derniers réussissaient à s'enfuir. Il a aussi blessé sa femme.

49. *Bris de meubles et menaces de mort.* — On lit dans l'*Aurore* (numéro du dimanche 14 mai 1899) :

M. Galzin, demeurant, 12, rue Anthony, était pris hier d'un accès de folie furieuse. Brisant tous ses meubles, il en

©BIUM

jetait les morceaux par la fenêtre et menaçait de tuer sa femme.

Un agent, prévenu, monta à l'appartement, engagea avec le malheureux une lutte terrible et finit par le maîtriser, non sans danger.

M. Galzin a été transporté à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

Sa femme a dû s'aliter tant a été violente la frayeur qu'elle a éprouvée.

50. *Trois évadés de Ville-Évrard.* — Trois individus se présentaient hier, dans l'après-midi, chez M. R..., marchand de vin, rue Princesse, et demandaient des absinthes. Ils n'avaient point de chapeau, l'un des trois était même vêtu simplement d'une chemise, d'un pantalon et de sandales. Mais, comme ils avaient demandé leurs consommations poliment, le marchand de vin les servit. Ils ne se disaient entre eux pas un mot. Ils burent lentement.

Mais, lorsque l'alcool de la dangereuse boisson eut opéré son effet, voici que les trois hommes se lèvent, poussant des cris incohérents, lancent verres et bouteilles contre les glaces, puis assaillent le marchand de vin, qui tombe bientôt atteint à la joue gauche par un verre cassé, perdant le sang. Les consommateurs s'affolent, appellent les gardiens de la paix. Il fallut tout le poste de permanence de la mairie du sixième arrondissement pour se rendre maître des trois énergumènes. On les conduisit chez M. Lagaillarde, commissaire de police du quartier de l'Odéon, qui les interrogea.

Calmes par instants, puis redevenant furieux sans motif et menaçant le magistrat, ils contèrent leur odyssée. Louis Œillet, Georges Charron, Jean Berlet, âgés de trente à trente-cinq ans, se sont échappés de l'asile de Ville-Evrard vendredi dernier, au matin. Ils ont gagné, par le Perreux et Nogent-sur-Marne, le bois de Vincennes, dans les fourrés duquel ils ont couché depuis lors; ils ne se sont nourris que des débris de victuailles et de pain laissés dans les clairières par les promeneurs du dimanche et les rôdeurs. Lassés de cet ordinaire, et surtout poussés par un besoin irrésistible de boire de l'alcool, ils quittèrent le bois hier matin, rôdèrent par la ville, sans manger, toute la journée, et se décidèrent, vers quatre heures, à entrer dans le débit de la rue Princesse.

M. Lagaillarde a fait diriger ce matin sur la préfecture de police les trois évadés, qui regagneront ce soir l'asile. (Le *Temps*, numéro du mercredi 24 mars 1899.)

51. *Un alcoolique incendiaire.* — Hier soir à dix heures, Jules Vinot, âgé de trente-deux ans, ferblantier, demeurant passage Vaucouleurs, 32, a, dans un accès de délire alcoolique,

©BIUM

mis le feu dans son logement. Vinot avait arrosé son lit de pétrole. Le feu a pu être éteint après un quart d'heure de travail.

L'incendiaire a été arrêté et envoyé au dépôt. (Les *Droits de l'homme*, numéro du mardi 6 juin 1899.)

52. *L'alcool.* — On nous mande de Pau qu'un ancien préposé des douanes nommé Pierre Busson, retiré à Baigorry, après avoir, dans un accès d'alcoolisme, essayé de tuer diverses personnes, notamment sa sœur, un garde des bois de M. D. Abbadie et la propriétaire du jeu de paume, avait été désarmé par la gendarmerie. Relâché, il s'empara du couteau d'une vieille mendiante, la tua et blessa sa sœur et une voisine. Il se porta ensuite un coup à la gorge, puis se jeta dans la Nive.

Les gendarmes purent s'emparer de lui et le mettre en lieu sûr. (Le *Temps*, numéro du lundi 12 juin 1899.)

TRIBUNAUX

Un fratricide. — On lit dans le *Petit Temps* (numéro du mercredi 1er mars 1899) :

La Cour d'assises de la Seine juge aujourd'hui un ouvrier menuisier, Eugène Lacheny, accusé d'homicide volontaire commis avec préméditation sur la personne de son propre frère, Alfred Lacheny.

A la suite de scènes de ménage fréquentes et pour se soustraire à la brutalité de son mari, la femme de l'accusé s'était réfugiée avec ses enfants chez son beau-frère.

L'accusé ne pardonna pas à sa femme l'abandon du domicile conjugal et il en fit remonter la responsabilité à son frère Alfred.

Un matin, vers six heures et demie, comme celui-ci se rendait à son travail, Eugène Lacheny le frappa d'un coup de tiers-point dans le cœur et le tua.

A l'audience l'accusé se défend d'avoir prémédité son crime. Un rapport d'un médecin aliéniste le représente comme un déséquilibré dont la responsabilité doit être atténuée.

Défendu par Me Félicien Pâris, il a été acquitté.

Un enfant idiot martyr. — On télégraphie de Saint-Dié (Vosges) à l'*Agence Havas*, le vendredi 3 mars 1899 :

Le tribunal correctionnel a condamné les époux Zale, tisserands à Sauley-sur-Meurthe, le mari, par défaut, à trois ans de prison, et la femme, comparante, à treize mois de la même peine.

La tribunal a de plus prononcé contre les deux époux la déchéance paternelle.

Les époux Zale ont un fils idiot que le père frappait souvent avec une extrême brutalité et que l'on faisait coucher au grenier sur un tas de haillons.

©BIUM

L'examen médical auquel a été soumis l'enfant a révélé qu'il avait reçu de nombreux coups.

Tuée à coups de talon. — La cour d'assises de la Seine a condamné hier à trois ans de prison un alcoolique invétéré, Louis Queret, de Clichy, âgé de soixante-trois ans, qui le 29 septembre dernier, à la suite d'une querelle avec sa maîtresse, l'avait tuée à coups de talon de botte et à coups de ciseaux, puis, la laissant étendue au milieu d'une mare de sang, était allé boire dans les débits voisins. Le soir même, il ramenait chez lui un ami et, montrant le cadavre de sa maîtresse, lui disait : « Il fallait que cela arrive! Eh bien, maintenant, ça y est! »

Le Dr Socquet explique au jury que Quéret a dû frapper avec rage, et pendant longtemps, la malheureuse fille dont l'agonie se prolongea plusieurs heures. Le meurtrier invoquait la jalousie et affirmait qu'il a tué sa maîtresse parce qu'elle voulait l'abandonner. (Le *Temps*, numéro du mercredi 12 avril 1899.)

Commutation de peine. — La peine de mort prononcée le 25 mars par la cour d'assises d'Indre-et-Loire contre Lehmann, l'assassin du curé de Saint-Patrice, et contre sa servante, a été commuée en celle des travaux forcés à perpétuité.

Lehmann, âgé de cinquante-deux ans, en avait passé trente-quatre dans divers asiles d'aliénés. Il avait débuté à Bicêtre à douze ans, à la suite d'un incendie allumé par lui. Il avait été définitivement considéré comme guéri à Blois en 1892. (Le *Temps*, numéro du mardi 23 mai 1899.)

FAITS DIVERS

Le calendrier du suicide. — En colligeant les nombreux matériaux qu'il a entre les mains, le Dr J. Bertillon a pu dresser une sorte de calendrier du suicide.

Comme les délits, les suicides sont plus nombreux en été qu'en hiver. En France, sur 1.000 suicides, 286 ont lieu au printemps, 300 en été, 213 en automne, 201 en hiver. Si on divise l'année par tiers, on trouve que 402 suicides ont lieu pendant les mois les plus chauds, 332 durant les mois tempérés, 266 pendant les mois les plus froids. Ces chiffres se retrouvent également dans d'autres pays.

Si on considère les mois, on trouve, toujours sur 1.000 suicides : janvier, 69 ; février, 70 ; mars, 84 ; avril, 97 ; mai, 96 ; juin, 110 ; juillet, 108 ; août, 88 ; septembre, 76 ; octobre, 71 ; novembre, 65 ; décembre, 63. Les jours de la semaine donnent pour 100 suicides : lundi, 15.5 ; mardi, 15.7 ; mercredi, 14.9 ; jeudi, 15.7 ; vendredi, 13.6 ; samedi, 11.2 ; dimanche, 13.6. Enfin, pour vingt-quatre heures, les suicides se répartissent :

©BIUM

36, au jour levant; 160, avant midi; 71, vers midi; 160, après dîner; 61, le soir; 219, la nuit.

Suicide dramatique. — Ce matin, les voyageurs du train express qui part de Tarbes à 8 heures pour Toulouse ont été témoins d'un suicide terrifiant.

A peine le train avait-il dépassé, après Cournas, la halte de Lanespède, qu'au moment où il allait s'engager sur le viaduc, un voyageur d'un compartiment de 3e classe abattait brusquement la glace de la portière et, se penchant par le vasistas, se laissait tomber sur la voie la tête la première. Les autres voyageurs tirèrent la sonnette d'alarme, mais en vain. Le malheureux qui s'était, en tombant, fracturé un bras et une jambe, profitant de ce que le train grimpant une côte rapide allait lentement, se traîna à quatre pattes et eut encore le temps de se glisser sous les roues. Le corps fut pris en écharpe; la tête fut séparée du tronc et la poitrine écrasée.

Ce malheureux se nomme François Ucand, ouvrier à Tarbes. (Le *Temps*, numéro du mardi 28 mars 1899.)

Suicide d'un centenaire. — Agé de quatre-vingt-dix-neuf ans, François dit le Merle, de la commune de Montrem, près Périgueux, avait déclaré plusieurs fois que l'existence lui paraissait interminable. Au contraire de la plupart des humains, il exprimait la crainte de ne pouvoir mourir. Pour en finir de cette longévité extraordinaire que tant de gens lui auraient enviée, François le Merle s'est rendu avant-hier sur la voie ferrée entre les stations de Bazac et Saint-Astier, attendant le passage du train de Périgueux de 11 h. 45 du soir. A l'arrivée du train il se précipita résolument au-devant de la locomotive. Son corps a été littéralement broyé. (Le *Temps*, numéro du mercredi 12 avril 1899.)

La « Peste du sommeil ». — On lit dans le *Temps* (numéro du lundi 15 mai 1899) :

Deux nègres congolais atteints de la « peste du sommeil », qui fait tant de ravages dans l'Afrique centrale, avaient été envoyés à Londres par les soins d'une société de missions. On devait étudier sur eux la maladie. Ils viennent de mourir l'un et l'autre. Ils étaient, depuis le 24 septembre, à Charing-Cross hospital, ne se réveillant que quelques heures par jour et retombant invinciblement au sommeil quand ils avaient pris leur nourriture. Les médecins ne peuvent s'entendre sur la nature de la maladie. La « peste du sommeil » fait mourir des milliers de nègres sous les tropiques.

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DE L'ALIÉNATION MENTALE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

JOURNAL DE PSYCHIATRIE ET DE

Pathologie

DE LA DÉMENCE PRÉCOCE DES JEUNES GENS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'HÉBÉPHRÉNIE

Par le Dr J. CHRISTIAN

Médecin de la Maison nationale de Charenton.

Suite et fin (1)

Diagnostic.

Rien n'est plus difficile que de distinguer à première vue un dément précoce d'un imbécile ou d'un idiot. L'apparence extérieure, le maintien, la manière d'être sont identiques. Tout au plus peut-on dire que, chez l'idiot, il existe, en général, des tares physiques ou des malformations plus accentuées : la forme vicieuse du

(1) Voir les *Annales* de janvier-février, mars-avril, mai-juin et juillet-août 1899.

©BIUM

crâne, de la face, de différents organes, est habituelle dans l'idiotie, tandis qu'on ne la trouve que très exceptionnellement dans la démence précoce. Encore n'est-ce pas là un caractère absolument constant ; j'ai dans mon service plusieurs jeunes idiots de conformation extérieure à peu près normale, et il en est ainsi d'un grand nombre d'imbéciles.

L'erreur de diagnostic serait au fond sans importance; dans l'un et l'autre cas, il s'agit d'infirmes pour lesquels il ne reste rien à faire qu'à leur adoucir l'existence. Le seul élément de diagnostic certain, ce sont les antécédents : l'idiot et l'imbécile ont toujours été dans le même état depuis leur naissance ; au contraire, le dément précoce a commencé par jouir de l'intelligence, et il en a joui pendant plus ou moins longtemps. Aussi voit-on, dans la démence précoce, persister des lambeaux de ce passé intellectuel, des réminiscences plus ou moins nettes, ce qui n'est jamais le cas chez l'idiot. Il y a là un élément précieux de diagnostic différentiel. Néanmoins, en l'absence de renseignements précis, la confusion est possible ; j'y suis tombé plusieurs fois.

Où le diagnostic devient délicat, c'est quand la maladie mentale débute par la confusion mentale, la stupeur, et la difficulté est d'autant plus grande que l'on n'est pas encore absolument fixé sur la valeur exacte de ces termes.

J'incline à croire que la *confusion mentale*, la *stupeur*, et ce que, depuis Kahlbaum, on décrit sous le nom de *catatonie* (1), ne sont que des degrés d'un seul et même

(1) La *catatonie*, dont j'ai dit un mot plus haut, est, d'après Kahlbaum, une maladie du cerveau à évolution cyclique, dans laquelle les symptômes psychiques se succèdent sous forme de mélancolie, manie, stupeur (*Stupescenz*), confusion mentale (*Verwirrtheit*), pour aboutir à la démence (*Blœdsinn*) (l'un ou l'autre de ces symptômes pouvant manquer), et auxquels se joignent des symptômes moteurs variables, mais ayant le caractère de contrac-

©BIUM

syndrome, lequel, tantôt constitue à lui seul toute la maladie, tantôt n'en forme que l'un des éléments (confusion mentale dans l'épilepsie, dans l'alcoolisme, dans la mélancolie, etc.). Or, la stupeur simple, la stupeur mélancolique peuvent guérir, tandis que la stupeur catatonique finit par la démence. Il serait donc très important de pouvoir se prononcer dès le début et, lorsque nous sommes consultés pour un jeune homme d'une vingtaine d'années, plongé depuis des semaines ou des mois dans cet état de mutisme et d'immobilité qui caractérise la stupeur, refusant de manger, gâteux, avec ou sans raideur musculaire, de pouvoir dire avec certitude si l'on assiste à une déchéance irrémédiable ou si l'on peut espérer une guérison. On trouvera peut-être quelques éléments de diagnostic dans la manière dont la maladie a débuté : la stupeur proprement dite survient d'ordinaire brusquement, à la suite d'un choc moral violent, d'une cause soudaine profondément perturbatrice (on n'a qu'à se rappeler les observations fameuses de Pinel). Tandis que dans la démence précoce, elle s'établit lentement, graduellement, et seulement après d'autres phases délirantes.

Il est en général facile de distinguer la démence précoce hébéphrénique des autres démences qui peuvent survenir dans l'adolescence, et qui ne sont que des démences symptomatiques. Telles la démence épileptique, celle qui est la suite directe d'un traumatisme grave du crâne ; telle encore la démence alcoolique (je la crois très rare, tout à fait exceptionnelle chez les jeunes gens). Dans tous ces cas, c'est le facteur étiolo-

---

tures. D'après cela, comme je le disais, la catatonie ne paraît être qu'une démence précoce avec raideur musculaire et contractions toniques. Voir Aschaffenburg, in *Allg. Zeitschrit. f. Psych.*, 1898, VI, p. 1004 : *die Katatoniefrage*. Voir aussi Chaslin, *La confusion mentale primitive*, Paris, 1895.

©BIUM

gique lui-même qui impose le diagnostic. Dans l'observation suivante, l'alcool peut être incriminé :

Obs. XXXII. — Benoît, né en 1860, entré en 1888, avec des symptômes d'alcoolisme aigu qui se dissipent rapidement. La mère est morte phtisique; le père est devenu aliéné peu après l'entrée du malade à Charenton.

B... a reçu l'instruction primaire; il était employé de commerce. Du jour où il a hérité de sa mère, il n'a plus voulu se livrer à aucune occupation, prétextant qu'il avait de quoi vivre et de quoi boire des bocks. C'est à quoi il passait son temps. Il tomba rapidement dans un état de complète démence. Après quelques mois, il fut transféré à Sainte-Anne.

La difficulté réelle, c'est de se prononcer au début même de l'affection. Un adolescent, jeune fille ou jeune homme, qui, jusqu'à l'âge de quinze ou vingt ans, a joui d'une bonne santé, d'une intelligence normale, vient à se plaindre de fatigue, de céphalalgie, de douleurs dans les membres; au bout d'un certain temps se joint à ces symptômes un délire plus ou moins défini. Est-il possible, à ce moment, de décider que l'on est au début d'une démence incurable? Les antécédents héréditaires ne sont pas d'un grand secours, car ils existent tout aussi bien dans les cas où survient une tout autre affection mentale, curable ou incurable. Les probabilités du diagnostic, il faut les chercher dans les antécédents personnels du malade, dans le mode d'apparition des premiers symptômes, dans la nature même du délire, qui, en général, est mal défini, flottant, avec un cachet de puérilité qui ne fait que s'accentuer peu à peu. En général, il ne faut pas longtemps pour être fixé.

Ce que je voudrais bien établir, parce que cela ressort nettement de toutes mes observations, c'est que les jeunes gens voués à la démence précoce hébéphrénique sont parmi ceux qui, dans leurs premières années, n'ont jamais présenté aucun signe quelconque de trouble

©BIUM

moral ou d'anomalie intellectuelle. Quand l'enfant, dès son bas âge, a montré un caractère soupçonneux, méfiant, difficile, une tendance à s'isoler, à prendre en mal tout ce qui lui arrive, il y a toutes les chances pour qu'il devienne un persécuté classique, il ne versera pas dans la démence. Que si, dès les premières années, il s'est montré rebelle à toute discipline, manifestant les instincts les plus mauvais, fermé à tout sentiment affectueux, s'il a été incapable de se plier à aucune règle, de s'adonner à aucun travail suivi, il réalisera très probablement le type de la « *moral insanity* », et, à la puberté, il pourra avoir un accès de manie ou de mélancolie ; mais cet accès passera, l'intelligence restera ce qu'elle était avant ; elle ne baissera même pas, quel que soit, dans l'avenir, le nombre d'accès semblables qui pourront se produire à intervalles plus ou moins rapprochés.

L'hystérie ne paraît exercer qu'une influence secondaire. C'est une complication que j'ai rencontrée assez fréquemment, non seulement chez les filles, mais même chez les garçons. Il ne m'a pas paru qu'elle hâtât la démence.

Dans ces dernières années, on a décrit un certain nombre de cas de maladies cérébrales chroniques chez les jeunes gens, sous le nom de *paralysies générales juvéniles*. Ce n'est pas le lieu de discuter ici si la *paralysie générale juvénile* existe réellement, ce dont je doute ; je crois fermement que ce que l'on appelle de ce nom est une affection de nature différente. La lecture attentive de quelques-unes de ces observations m'a montré qu'elles ressemblent singulièrement à la *démence hébéphrénique*. C'est dans ce cadre qu'il faudrait les ranger. En admettant d'ailleurs que la paralysie générale juvénile existe, ce ne pourrait être, j'imagine, qu'à la condition de présenter l'ensemble des symptômes qui

©BIUM

constituent la paralysie générale, telle que nous l'observons, et alors l'erreur de diagnostic ne serait pas possible.

Pronostic.

Je n'ai pas besoin d'insister sur la gravité du pronostic. La démence hébéphrénique est une maladie incurable, l'une des plus tristes, assurément, puisqu'elle ne frappe que les jeunes gens. Mais elle ne compromet pas l'existence : que ce soit la forme grave, la démence apathique, complète, que ce soit seulement la forme légère, atténuée, le simple affaiblissement intellectuel, elle est compatible avec une santé physique excellente.

Marche. — Durée. — Terminaison.

La marche de la démence hébéphrénique est en général rapide ; en quelques semaines, en quelques mois, la démence est établie. Dans un grand nombre de cas, après une première crise délirante, il se produit une accalmie, qui en impose à l'entourage et lui fait espérer une guérison. Mais ce répit n'est jamais que de courte durée et bientôt le mal reprend sa marche.

Ce qui est remarquable, c'est que l'affaiblissement intellectuel arrive vite à son point culminant, et, dès lors, il reste indéfiniment stationnaire. Certains hébéphréniques restent voués à l'imbécillité, d'autres tombent d'emblée dans l'idiotisme complet, sans que les antécédents, ni même les premiers symptômes, permettent de rien préjuger sur l'une de ces terminaisons plutôt que sur l'autre.

Obs. XXXIII. — F..., né en 1865, entré en 1890, après un séjour de quatre mois dans une maison de santé.

©BIUM

Père et mère vivants. Une sœur mariée, sans enfants, très nerveuse. Un oncle paternel mort de paralysie générale.

Dans son enfance, a eu une fièvre typhoïde légère qui n'a pas laissé de traces. A partir de la puberté, le caractère est devenu difficile, il a eu des accès de sauvagerie; avait une haute idée de sa personnalité. Aucun penchant pour les femmes. Onanisme. A échoué plusieurs fois au baccalauréat ès sciences; après ces échecs, il avait des accès de rage, se roulait par terre, en voulait aux examinateurs « ligués contre lui ».

A vingt-deux ans, échoue au Val-de-Grâce; commence la médecine navale à Rochefort, mais ne tarde pas à donner des signes d'aliénation mentale qui forcent sa famille à le reprendre.

Depuis que je l'observe, F... n'a pas changé; c'est un grand enfant distrait, égoïste, incapable d'aucun travail; l'affaiblissement intellectuel n'a fait aucun progrès.

Obs. XXXIV. — M... est également un étudiant en médecine, né en 1856, entré en 1881. La mère, morte depuis, a été traitée à Charenton. Il a commencé à donner des signes de folie pendant qu'il était au Val-de-Grâce. Il ne suivait plus les cours, vendait ses livres pour faire des dépenses extravagantes, se disait malade. Depuis dix-huit ans que je l'observe, son état mental est resté absolument stationnaire; lui aussi n'est plus qu'un enfant qui ne demande qu'à être surveillé et dirigé.

Ces deux malades, quoique prédisposés héréditairement, n'ont cependant été atteints que d'une démence atténuée, alors que d'autres, nés dans des conditions en apparence beaucoup plus favorables, tombent, pour ainsi dire d'emblée, au dernier degré de la déchéance intellectuelle. Je n'en veux citer que l'exemple suivant :

Obs. XXXV. — O..., vingt-deux ans, entré à la fin de 1885. Les parents vivent et sont bien portants : le père occupe une haute situation dans une administration de l'Etat. Il a deux frères et deux sœurs bien portants. Une particularité à noter, c'est que notre malade est le seul des cinq enfants que la mère n'ait pas allaité elle-même et qu'il ait fallu confier à une nourrice mercenaire.

D'une intelligence ordinaire, O... a été, dans ses classes, un

©BIUM

élève médiocre ; il s'y maintenait cependant. Mais à l'âge de quatorze ans, il eut une fièvre typhoïde, à la suite de laquelle toute application lui devint difficile.

A l'âge de dix-huit ans, on l'engagea dans un régiment dont le colonel était l'ami de son père, et qui chercha de toutes façons à lui faciliter sa tâche. Il fallut le réformer ; il eut des accès d'agitation à la suite desquels il tomba dans une démence complète, avec mutisme absolu.

Il ne passa que quelque mois à Charenton : une phtisie galopante l'emporta rapidement.

Rien ne limite la durée de la démence hébéphrénique ; elle peut se prolonger jusqu'à l'extrême vieillesse. Le malade de l'observation I n'est mort qu'à l'âge de soixante-dix ans. Un autre, qui vient de succomber à un cancer du foie, avait soixante-quatre ans ; il était tombé en démence aussitôt après son baccalauréat. Un troisième, emporté par une maladie de cœur, était arrivé à soixante-cinq ans ; il était devenu malade alors qu'il commençait son droit.

La *terminaison* est celle qu'amène une complication quelconque ; les déments hébéphréniques sont exposés à toutes les maladies incidentes, aiguës ou chroniques, et ils succombent à tout âge, aux affections les plus diverses. Sur les 104 malades dont j'ai résumé les observations, 27 vivent encore actuellement dans mon service à Charenton ; sur ces 27, plus de la moitié ont dépassé l'âge moyen de la vie ; quelques-uns sont des vieillards.

Ceux que j'ai vu mourir en l'espace de vingt ans sont au nombre de 33, sur lesquels 7 avaient plus de 60 ans ; 12 avaient de 20 à 30 ans ; 10 de 30 à 40 ; 4 sont morts à 50 ans passés. Parmi les causes de mort les plus fréquentes, je note la phtisie pulmonaire : sur les 33 décédés, elle en a emporté 15. Dans tous ces cas, le mal se développait d'une façon insidieuse, prenait vite une marche aiguë : en quelques mois il emportait sa victime.

©BIUM

Il m'a semblé que la phtisie atteint de préférence les hébéphréniques tombés dans la démence torpide, apathique ou catatonique (13 fois sur 15).

Deux fois j'ai observé la mort subite. D... (obs. XIII) tombe mort pendant qu'il lit son journal. V... est trouvé mort dans son lit. Dans aucun cas, il ne m'a été permis de faire l'autopsie (1).

Traitement.

Il n'existe pas de traitement *curatif*. Quand le mal est déclaré, quoi que l'on fasse, il poursuit sa marche fatale. Pourtant, il faut essayer de lutter. Sitôt qu'un adolescent présente des symptômes de malaise, de fatigue cérébrale, il faut supprimer tout travail intellectuel, toute application à une tâche quelconque. Repos de corps et d'esprit, séjour à la campagne, au grand air, exercice modéré, alimentation substantielle, tels sont les moyens généraux auxquels il faut recourir tout d'abord, et auxquels on joindra l'hydrothérapie, les toniques, les reconstituants. Autrefois, j'ai recouru en maintes occasions aux révulsifs, surtout dans les cas de stupeur, de catatonie. J'ai employé le séton à la nuque, les cautères, les pointes de feu sur le rachis ; je dois avouer que je n'ai jamais obtenu le moindre résultat favorable. J'en dirai autant de tous les remèdes de la matière médicale. Ce n'est pas une des moindres tristesses de l'hébéphrénie que de nous forcer d'assister, complètement impuis-

(1) Il n'y a pas lieu de faire un chapitre d'anatomie pathologique. Dans mes autopsies de déments précoces, quelle qu'ait été la durée de la maladie, je n'ai jamais trouvé aucune lésion caractéristique, ni du cerveau, ni des méninges; je parle, bien entendu, de lésion macroscopique. Des altérations de la cellule ou du tissu de l'encéphale, il en existe certainement; mais le microscope ne nous a pas encore révélé son secret. Ce qu'il nous a permis de constater n'est pas spécial à la démence précoce.

©BIUM

sants, au début et à l'évolution d'un mal dont la victime est un jeune homme ou une jeune fille, auxquels rien, jusque-là, ne présageait une si navrante destinée.

S'il n'existe pas de traitement curatif, y a-t-il du moins un traitement *préventif?* D'une façon générale, je le crois. En mettant l'enfant, dès l'âge le plus tendre, dans des conditions de développement physique et intellectuel des plus favorables, en évitant, avec le plus grand soin, de lui fatiguer le corps ou l'esprit par des efforts disproportionnés, en le faisant vivre, en un mot, dans le milieu hygiénique le mieux approprié à sa constitution, on aura fait son possible pour lui faire franchir sans accident le cap de la puberté. Combien faudra-t-il redoubler de précautions, s'il s'agit d'enfants affligés d'antécédents héréditaires!

Plus nous allons, plus il semble que les conditions de la vie deviennent difficiles; la lutte pour l'existence devient de jour en jour plus âpre et plus dure. Ceux qui ne sont pas taillés pour cette lutte succombent fatalement. Si c'est dans l'adolescence, ce sera la démence précoce. Peuvent-ils aller plus loin, jusqu'à la pleine maturité, ce sera la paralysie générale; je crois fermement que c'est le *surmenage*, qui, dans les deux cas, est le facteur principal. Il faut donc veiller à ce que les générations nouvelles, fortement trempées, puissent supporter les vicissitudes et les déboires auxquels nul n'échappe. Et pour cela, il faut se rappeler que « l'édu-« cation de l'homme commence au berceau; qu'en culti-« vant l'esprit de l'enfance, on doit en même temps « former le cœur, et ne pas perdre de vue que l'éduca-« tion consiste moins dans ce qu'on apprend que dans « les bonnes habitudes de l'esprit, du cœur et des actes « de la vie. Si l'éducation n'est ni religieuse ni morale, « si l'enfant ne rencontre aucun obstacle à ses volontés, « à ses caprices, si tout cède à ses désirs, comment se

©BIUM

« façonnera-t-il aux contrariétés dont la vie est semée ? « On ne forcera pas les ressorts de la sensibilité et de « l'intelligence en fatiguant de bonne heure le cerveau « par des leçons trop fortes ; on évitera les écarts de « régime, on réprimera, on dirigera les passions des « jeunes gens, etc. » (1). Ces paroles sont d'Esquirol, qu'y pourrais-je ajouter ? Rien, sinon qu'elles s'appliquent à l'éducation des filles aussi bien qu'à celle des garçons.

Il se pose pour nous un problème qui n'avait pas encore été soulevé du temps d'Esquirol, ou du moins que l'on n'avait pas cherché à résoudre pratiquement. On pouvait discuter théoriquement l'égalité des sexes, on n'avait pas cherché à la mettre en pratique. Aujourd'hui, c'est un dogme qu'il est presque malséant de discuter. Est-il pourtant une chimère plus irréalisable ? On pourra soutenir que la femme a les mêmes droits que l'homme ; aura-t-elle jamais les mêmes aptitudes ? La nature a voulu, non pas que la femme fût inférieure ou supérieure à l'homme, elle l'a voulue différente, et rien au monde ne fera jamais disparaître cette différence. Aujourd'hui, la femme veut s'émanciper, et, par émancipation, elle entend simplement le droit de faire tout ce que fait l'homme ; elle payera la rançon de cette erreur. « Pendant dix-huit cents ans, la fonction de la femme « dans la société n'avait pas varié ; elle avait sans cesse « gagné en considération, en influence, en liberté ; mais « sa fonction sociale était demeurée immuable ; elle con- « sistait exclusivement à être épouse et mère.

« Cela ne suffit plus à nos filles... la science leur « assure qu'elles peuvent conquérir de nouveaux « domaines, que la nature le leur permet. Puisse la « science ne pas se tromper, car elle ajouterait une

(1) Esquirol, *loc. cit.*, I, p. 78.

©BIUM

« grande ruine à toutes celles que nos âmes lui ont déjà « dues dans notre siècle ! » (1).

C'est une femme qui parle ainsi et qui n'envisage qu'avec cette mélancolique appréhension l'avenir que les femmes se préparent.

---

(1) Arvède Barine, *Revue des Deux-Mondes*, 15 mai 1894, p. 369.

©BIUM

SUR LES

NÉVRITES PÉRIPHÉRIQUES

DES ALIÉNÉS (1)

Par le Dr D. ANGLADE

Médecin-adjoint de l'asile de Toulouse.

I

De la constatation même de lésions médullaires, telles que nous les avons décrites dans un mémoire présenté, avec préparations à l'appui, au Congrès des aliénistes de Toulouse, en août 1897, résultait la nécessité de procéder à une étude des nerfs périphériques. Elle devait être, dans notre pensée, la suite naturelle et le complément utile de nos premières recherches. C'était, en tout cas, soulever un autre coin du voile sombre qui s'obstine à recouvrir l'anatomie pathologique du système nerveux des aliénés. Et cela, en dépit du mouvement scientifique qui bouleverse l'anatomie normale du système nerveux et jette une lumière vive sur une organisation auparavant si obscure.

Avant d'entrer dans le détail des lésions qui se rencontrent dans les nerfs, il nous paraît utile de remettre brièvement sous les yeux, les altérations capitales observées dans la moelle des aliénés.

Dans le mémoire que nous venons de rappeler, nous avons cru devoir faire des réserves, non seulement sur

(1) Travail du laboratoire de l'asile.

©BIUM

la topographie des lésions médullaires, mais encore sur leur nature. Mais nous avons des éléments suffisants pour préciser davantage aujourd'hui.

L'examen de plus de cent moelles d'aliénés nous a donné la conviction qu'une catégorie des lésions constatées ne relève pas des causes banales qui provoquent les dégénérations médullaires.

Prenons pour exemple l'altération du cordon postérieur. Aussi bien, c'est là que prédomine la lésion dégénérative des faisceaux blancs. La topographie en est, de tous points, comparable à celle que nous avons décrite dans la moelle des paralytiques généraux ; c'est-à-dire qu'elle est diffuse à la région lombaire ; qu'elle dessine, à la région dorsale, trois zones correspondant évidemment au trajet des trois ordres de fibres radiculaires postérieures ; qu'elle se cantonne, à la région cervicale, dans le cordon de Goll, où elle ressemble absolument à une lésion tabétique.

Eh bien ! il est des cas où cette lésion, si nette, ne peut être considérée ni comme une dégénération ascendante banale, ni comme une lésion médullaire consécutive à une névrite alcoolique, saturnine ou tuberculeuse. Dans beaucoup de cas, disons-le en passant, la tuberculose a été évidemment pour quelque chose dans la production de lésions intenses des cordons postérieurs. La part qui lui revient mériterait d'être recherchée en étudiant la moelle des tuberculeux non aliénés. Mais un aliéné, qui n'est même pas un tuberculeux, est capable de réaliser des lésions médullaires comme celles que nous venons de rappeler.

Il est logique de rechercher si leur véritable cause ne réside pas dans sa qualité d'aliéné. Poursuivons, en tout cas, la lésion pour essayer d'en découvrir la nature.

La voie à suivre nous est d'ailleurs indiquée par les caractères mêmes de la lésion médullaire. En effet, si,

©BIUM

comme cela est certain, la lésion dégénérative dans l'axe spinal frappe, avec une intensité variable, mais avec une sélection évidente, les zones, aujourd'hui mieux connues, qui correspondent au trajet des fibres radiculaires postérieures ; si, comme nous l'avons constaté, la dégénérescence s'accuse aussi au voisinage des racines antérieures, au niveau du faisceau cérébelleux direct et du faisceau pyramidal, il importe d'étudier les racines avant leur entrée dans la moelle. En d'autres termes, l'étude des nerfs périphériques s'impose.

II

Nous nous sommes tourné, d'abord, vers une catégorie de malades dont les troubles sensoriels sont particulièrement graves et dont les sensations pénibles se rapprochent le plus de celles qui s'observent dans les polynévrites.

Il n'est point difficile de trouver, dans un asile, des malades dont le délire roule presque tout entier sur des troubles de la sensibilité. Les uns ont les extrémités gelées ou brûlantes, les autres n'ont pas d'os, pas de sang, pas de ventre, pas de tête. Chez presque tous, la sensibilité à la douleur est émoussée. Si nous passons la revue des extrémités de nos mélancoliques ou de nos déments, nous constatons du refroidissement, de la cyanose, des troubles trophiques, des érythèmes. Ces faits, d'ailleurs, sont bien connus et il est surprenant qu'on n'en ait pas recherché l'explication. La sensibilité des aliénés est évidemment troublée. La motilité l'est aussi fréquemment et un bon nombre de nos malades, à la dernière période de leur existence, s'alitent. Leurs membres deviennent impotents, s'atrophient et se contracturent.

Voilà plus qu'il n'en faut pour nous faire soupçonner

©BIUM

des lésions périphériques, secondaires ou primitives. Peu nous importe pour l'instant!

Nous les avons constatées chez tous les sujets porteurs de lésions médullaires et plus complètement étudiées chez trois malades, dont il est nécessaire de rappeler, en quelques mots, la forme mentale.

Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de quarante ans, dont l'hérédité est très chargée du côté maternel, où nous trouvons une tante aliénée, une autre imbécile, une mère aliénée et internée.

Dans les antécédents personnels, nous relevons quelques excès vénériens et du tabagisme, sans alcoolisme ni syphilis.

La maladie mentale a débuté, à l'occasion d'une frayeur, par des tiraillements d'estomac, des secousses dans la tête, un bruit de grelots dans les oreilles. Il a eu, pour employer ses propres expressions, un an avant son internement, « un coup de sang au poignet (érythème) rentré ensuite dans le corps ». Un délire de négation apparaît bientôt, qui ne disparaîtra qu'avec le malade. Il n'a « pas de tête, son cerveau s'est écoulé par le nez, ses yeux ne sont plus fixés dans leur orbite ». Il ne distingue plus les couleurs, voit tout en blanc, n'a plus de sang et nous montre son bras pour nous convaincre que les veines ne paraissent plus. S'est piqué le bras pour s'assurer qu'il était exsangue. Son estomac ne fonctionne pas, ses boyaux sont collés, son anus est fermé.

Une sensation sur laquelle le malade insiste particulièrement est la sensation de froid très vif, de secousses électriques par tout le corps, surtout dans les yeux et les membres.

Souvent, le malade nous répète qu'il est plongé dans de l'eau très froide. Il se sent emporté en ballon ou sur un navire qui marche à une grande vitesse.

La sensibilité tactile est troublée. Le malade porte la

©BIUM

main à son oreille en disant qu'on a changé les siennes contre celles d'un « porc », etc.

En fait, les extrémités sont toujours refroidies ; l'état général est mauvais, l'alimentation est difficile, les vomissements sont fréquents et la constipation est rebelle.

Le malade s'affaiblit peu à peu en continuant à délirer. Il manifeste des idées de grandeur mélancoliques, nous dit qu'il doit souffrir éternellement dans la glace, etc. Les troubles de la nutrition périphérique s'accusent, les membres inférieurs sont atrophiés, cyanosés ; le réflexe rotulien est aboli des deux côtés. Le membre inférieur gauche est le siège d'une parésie notable. Il réagit peu sous l'influence des excitations faradiques. Dans les membres supérieurs, on n'observe que de l'anesthésie et l'abolition du réflexe patellaire. Le malade s'éteint peu à peu, après un séjour de deux ans à l'asile.

Nous verrons, plus loin, que le microscope nous a montré, dans ses nerfs, des lésions importantes, et nous aurons à nous demander si le délire n'était qu'une explication délirante de sensations réelles.

Le second cas concerne une femme de cinquante-neuf ans, vésanique héréditaire du côté paternel (oncle aliéné). Son délire était caractérisé par des idées de damnation, de négation et de suicide. Les troubles sensoriels étaient particulièrement graves. La malade présentait de l'hyperesthésie cutanée, se disait en feu, redoutait le moindre attouchement et poussait des cris toutes les fois qu'on l'approchait. « Elle n'avait plus, disait-elle de chair ni d'os puisque tout avait brûlé ! ». Toute sa vie d'aliénée a été une longue angoisse. S'acheminant peu à peu vers la déchéance physique, par suite d'une alimentation insuffisante, elle s'alite ; ses membres sont atrophiés, cyanosés, refroidis ; les réflexes ont disparu.

©BIUM

On observe du vitiligo généralisé. La malade s'éteint peu à peu, après un an de séjour à l'asile.

A ces troubles graves de la sensibilité correspondaient des lésions du système nerveux périphérique.

Le troisième cas se rapporte à une femme de quarante-huit ans, sans antécédents héréditaires connus, chez laquelle la ménopause datait de trois mois seulement. Son délire se caractérisait par des idées de persécution et des idées de négation et, surtout, des troubles de la sensibilité générale.

Elle avait les pieds gelés ainsi que la tête, insistait, tout particulièrement, sur les sensations pénibles qu'elle éprouvait de ce chef et se demandait si elles provenaient du « sang ou des nerfs », selon ses propres expressions.

L'alimentation était toujours difficile, souvent impossible sans le secours de la sonde.

La sensation de froid fit place à une sensation de chaleur vive. La malade se découvrait par les plus froides nuits de l'hiver, se levait pour aller boire à la fontaine et refusait de prendre jamais un aliment chaud.

La nutrition des extrémités a été toujours mauvaise. Peu à peu, les forces musculaires vinrent à s'affaiblir ; les membres étaient amaigris, impotents. La sensibilité à la douleur avait disparu, ainsi que les réflexes (1). La mort survint peu à peu, dans le marasme.

Et c'est, dans ce cas surtout, que les lésions des nerfs périphériques, aussi bien que les altérations médullaires, étaient intenses, expliquant peut-être ces troubles de la sensibilité qui remplissent presque toute l'histoire délirante de la malade.

Il n'est pas nécessaire d'être un aliéniste consommé pour reconnaître dans ces faits des formes d'aberration

(1) La réaction de dégénérescence n'a pas été recherchée, pas plus que dans les deux cas précédents.

©BIUM

mentale fréquentes. Elles peuplent nos asiles d'aliénés. Et, plus atténuées, elles se rencontrent chez des hypocondriaques vulgaires qui n'ont qu'un pied dans la folie.

Dans les asiles, nous recueillons de ces malades, tous les matins, une doléance nouvelle, une explication plus ou moins bizarre. Nous mettons le tout sur le compte d'un délire qui fait éprouver au malade des sensations imaginaires. Mais nous ne savons pas qu'il soit venu à l'idée des médecins, que ces sensations pénibles pouvaient être réelles, avoir un substratum anatomique, n'être, en d'autres termes que l'interprétation extravagante d'une sensation vraie. Et, si cette hypothèse a été émise, elle n'a pas été, en tout cas, contrôlée par un examen des organes mis en cause.

Est-il impossible qu'un mélancolique, quand il nous déclare qu'il n'a pas de sang, pas de jambes, pas de bras ou que ses membres sont gelés, ne fasse qu'interpréter, dans le sens de son délire, une sensation réelle? Nous savons bien que ces sensations sont considérées comme des hallucinations et que l'hallucination, en général, n'est pas le résultat d'une lésion organique. Cela est peut-être vrai pour l'hallucination de la vue et de l'ouïe, et, encore, le fait n'est qu'insuffisamment démontré. Le serait-il, il n'en résulterait nullement que les troubles de la sensibilité générale ne reposent pas sur une lésion anatomique, si l'existence de cette lésion anatomique est reconnue réelle. On ne saurait en douter après avoir examiné les préparations qui proviennent des trois malades dont nous venons de raconter l'histoire succinctement.

©BIUM

III

Nature des lésions.

Dans les trois cas, l'intensité de la lésion varie. Ses caractères semblent être les mêmes. Les nerfs sont altérés dans les divers éléments qui les constituent.

La fibre nerveuse, dissociée à l'état frais ou après durcissement dans le bichromate, traitée par l'acide osmique ou l'hématoxyline, soumise à la double coloration par le carmin ou l'éosine, apparaît frappée de dégénérescence.

Il ne s'agit point, ici, d'une lésion banale, discutable ou bien imputable à des artifices de préparation. Il est bien entendu que, dans les nerfs sains, se rencontrent quelques fibres malades. Dans nos préparations, la lésion apparaît évidente. Quelquefois, la myéline est seulement rétractée, réunie en amas plus denses ou disséminée sous forme de fines gouttelettes. En ce cas, le calibre du tube n'est pas modifié, la gaîne de Schwann persiste avec ses caractères normaux. C'est à peine si le protoplasma a proliféré autour du noyau unique du segment interannulaire. Le cylindre-axe est intact.

Lorsque la lésion est plus avancée, la myéline forme des masses globuleuses qui distendent la gaîne de Schwann par places. Ces masses sont de volume très inégal et le tube nerveux prend alors l'aspect d'un chapelet à grains irréguliers. Alors, un protoplasma granuleux comble les espaces laissés vides par la myéline rétractée ou détruite. Les étranglements annulaires se reconnaissent encore ; mais, à leur niveau, la paroi de deux segments voisins, sur une assez grande étendue, s'est affaissée sur elle-même et, au lieu d'un étranglement annulaire, c'est, en réalité, d'une rétraction tubu-

©BIUM

laire qu'il s'agit. Le cylindre-axe est le plus souvent ininterrompu. On le voit segmenté dans quelques tubes. Les noyaux se sont multipliés ; on en voit plusieurs accolés et ils s'échelonnent très rapprochés sur toute la longueur du tube, sans que, le plus souvent, on puisse les compter par segments interannulaires, les étranglements qui les limitent étant devenus peu nets.

Ces deux degrés de lésions se voient surtout dans les nerfs de nos deux premiers malades. Elles se reconnaissent distinctement sur des préparations de nerfs dissociés, sur des coupes transversales et longitudinales des troncs nerveux du sciatique et du médian, en particulier, traités par la méthode de Pal.

Les préparations faites dans les mêmes conditions avec les nerfs de notre troisième malade nous montrent un stade de lésion beaucoup plus avancé. Tout, du moins, nous fait supposer qu'il ne s'agit que d'un degré de plus. Ici, la myéline a presque complètement disparu, et dans le plus grand nombre des tubes nerveux, il ne reste plus que le cylindre-axe de quelques-uns entouré d'une mince couche de protoplasma granuleux, flanqué de quelques blocs de myéline qui semblent appendus au conduit nerveux. Les noyaux, très nombreux, se touchent presque.

Nous avons dit que le cylindre-axe de quelques tubes seulement persiste. Là où la lésion est parvenue à un degré extrême, les tubes ont totalement disparu. A leur place, se voit un tissu de néo-formation, une infiltration de cellules rondes, disséminées partout, d'ailleurs, se glissant entre les tubes nerveux, interrompant, par places, tout ou partie d'un faisceau. Cette prolifération de cellules rondes, indice d'un processus inflammatoire actif, est très remarquable. Elle se montre, dans son intensité, sur des coupes traitées par la thionine ou l'hématéine.

©BIUM

Que signifie ce processus? que signifie cette abondance d'éléments jeunes? Sont-ils directement coupables des dégâts commis? A les voir ainsi se glisser partout autour des tubes nerveux, plus denses dans les faisceaux voisins des vaisseaux nourriciers, on est tenté de les incriminer. On est tenté de les soupçonner de transmettre directement à l'élément nerveux l'agent toxique transmis par les capillaires ou bien encore de coopérer à un travail de sclérose conjonctive qui enserrera dans ses mailles le conducteur nerveux.

Cette prolifération cellulaire caractériserait, d'après Leyden, une forme anatomique de névrite : la forme inflammatoire, par opposition à la forme atrophique ou dégénérative (1).

Donc, le tissu interstitiel a proliféré dans nos trois cas. Dans le troisième, il s'agit, nous l'avons dit, d'une sclérose destructive très avancée. Toutes les parties du tissu de soutien ont participé à l'accroissement : les fibres périfasciculaires et surtout celles qui pénétrent dans l'intérieur des faisceaux. A propos de cette sclérose conjonctive se pose, ici encore, la question, difficile à trancher, de la lésion primitivement interstitielle ou parenchymateuse.

Quoi qu'il en soit, le processus inflammatoire, que nous avons observé dans les nerfs de nos malades, est plus actif, avons-nous dit, autour des vaisseaux. Ceux-ci sont toujours malades ; nous disons même que, de tous les organes qui entrent dans la composition d'un tronc nerveux, ils sont incontestablement les plus malades. Et cela est frappant surtout dans nos deux premiers cas. Les parois artérielles sont très épaisses. Le premier malade présente de la périartérite avec infil-

(1) Leyden. Ueber multiple Neuritis und acute aufsteigende Paralyse nach Influenza. *Zeitschr. f. klin. Med.*, XXIV.

©BIUM

tration embryonnaire périvasculaire. Cette infiltration s'observe également autour des veines. Elle couvre les espaces conjonctifs qui avoisinent les vaisseaux.

Cette lésion vasculaire a été signalée dans les névrites par Minkowski et Lorenz (1), qui pensent qu'elle est le point de départ des lésions dégénératives des nerfs. Dans notre second cas, on observe également de la périartérite ; mais, en outre, une endartérite végétante très accusée qui arrive jusqu'à l'oblitération du calibre du vaisseau.

Joffroy et Achard ont publié une observation de névrite dans laquelle la lésion primitive consistait dans une endartérite oblitérante. Dutil et Lamy (2) ont rapporté un cas analogue.

Ces lésions des nerfs périphériques ont eu, dans les trois cas, leur retentissement sur la moelle. Dans celle-ci, nous avons noté des lésions cellulaires et des dégénérations fasciculaires.

Les cellules radiculaires étaient atrophiées dans le premier et le troisième cas, atteintes de chromatolyse dans le second. Elles ont été étudiées dans la région cervicale et lombaire, à l'aide de la méthode d'Unna, et ressemblent de tous points à celles que nous avons assez longuement décrites chez les paralytiques généraux. La constatation d'une atrophie cellulaire a sa valeur ; celle de la chromatolyse est plus discutable et nous convenons volontiers, après avoir soumis au Nissl un grand nombre de cellules radiculaires, que la fonte des granulations chromatophiles et la migration du noyau se rencontrent avec une fréquence extraordinaire.

---

(1) Lorenz (H.) Beitrag zur Kenntniss des multiples degenerativen Neuritis. *Zeitschrift für klin. Med.*, XVIII.

(2) Dutil et H. Lamy. Contribution à l'étude de l'artérite oblitérante progressive et des névrites d'origine vasculaire. (*Arch. de Méd. expérim.* 1 janvier 1893, p. 102.)

©BIUM

Cette réserve s'adresse surtout aux lésions, banales sans sans doute, des cellules de la colonne de Clarke.

Dans le premier cas, le faisceau pyramidal croisé du côté gauche était seul dégénéré sur une faible étendue, au niveau de la région dorso-lombaire. Quelques fibres du cordon de Goll étaient également atteintes. Mais, en somme, la lésion médullaire n'égalait pas, en intensité, la lésion périphérique.

Il n'en est plus de même dans le second et surtout dans le troisième cas. Ici, la lésion est avancée. Elle atteint profondément le cordon postérieur ou elle se localise dans les territoires radiculaires, respectant les fibres endogènes. Elle frappe aussi, mais avec moins d'intensité, la région du faisceau pyramidal croisé, du faisceau cérébelleux direct. Autour des racines antérieures, s'est fait un travail de sclérose notable.

Dans un cas seulement, nous avons examiné, avec le procédé de Golgi, le cerveau et le cervelet. Les cellules pyramidales et les cellules de Purkinje nous ont paru peu altérées. Il serait injuste de demander des indications plus précises à une imprégnation si infidèle, et ses renseignements ne peuvent être tenus pour dignes de foi en anatomie pathologique.

Dans ces lésions des nerfs et de la moelle rapprochées, que peut-on voir, si ce n'est un même processus frappant deux organes étroitement unis? En les décrivant, d'ailleurs, nous avons reconnu les localisations anatomiques d'une même maladie, la névrite périphérique. Dans cette maladie, les lésions médullaires sont bien celles que nous avons trouvées.

Ottinger, Furlay, Korsakoff, Kofper, Schaffer, Achard et Soupault, cités par Babinski (1), ont signalé les altérations des cellules radiculaires antérieures dans la

(1) *Traité de médecine*. Babinski. Article « Névrites », p. 706.

©BIUM

névrite alcoolique. Ballet (1) les a décrites dans la névrite expérimentale. Verriest, Popof, Tschisch, Danillo, Rosembach, les ont vues dans la névrite saturnine.

Pal a observé, dans les névrites alcoolique et saturnine, des lésions des cordons postérieurs et du faisceau pyramidal. Gombaut et Mallet, Dejerine et Sottan ont rapporté des faits analogues.

Les lésions médullaires et périphériques s'expliquent donc les unes par les autres. Reste à savoir lesquelles sont primitives. Nous n'avons pas la prétention de résoudre ici le problème le plus délicat de la pathologie générale des névrites.

En insistant sur la lésion des nerfs périphériques chez certains aliénés, nous n'avons nullement voulu dire qu'elle est la lésion initiale du système nerveux, qu'elle retentit sur la moelle et sur le système nerveux central. Nous n'aurions même aucune peine à admettre que c'est exactement l'inverse qui se produit.

Nos méthodes d'investigation, si perfectionnées qu'elles soient, ne peuvent nous renseigner exactement sur l'état de la portion centrale du neurone sensitif. La méthode de Nissl, pas plus que celle de Golgi, ne peut nous dire si les cellules sensitives de l'écorce sont altérées, puisque nous ne sommes pas encore fixés sur leur constitution normale. Mais, si elles le sont, comme il est bien permis de le supposer, leur lésion peut retentir sur une portion quelconque du neurone sensitif, sur sa portion périphérique, par exemple, sans même qu'elle ait besoin d'intéresser, tout d'abord, la partie du neurone qui l'en sépare. De même pour la lésion médullaire. Une altération des cellules de la colonne de Clarke ou des cellules radiculaires antérieures, des cellules du ganglion spinal peuvent avoir

(1) Ballet. *Leçons cliniques*. 1897, O. Doin, éditeur.

©BIUM

leur contre-coup sur le système nerveux périphérique, en amenant sa dégénérescence. Nos observations prouvent seulement que la lésion périphérique peut, dans quelques cas, dépasser en intensité la lésion centrale.

Quoi qu'il en soit, chez nos aliénés, il y a lésion des nerfs périphériques ; et la lésion d'une portion quelconque du système nerveux d'un aliéné n'est point un fait banal à constater. Il peut nous mettre sur la trace des causes anatomiques de l'aliénation mentale.

En attendant, la clinique trouve déjà quelques explications dans les faits que nous venons de signaler.

Les troubles trophiques et musculaires, si fréquents au cours des maladies mentales, l'altération si profonde de la sensibilité générale et spéciale se comprennent mieux si tous ces symptômes reposent sur une lésion des nerfs périphériques.

Sans doute, il ne suffit point, pour devenir un aliéné, d'être atteint de polynévrite. On a beaucoup parlé cependant, dans ces dernières années, de psychoses polynévritiques décrites, d'abord, par Korsakoff. Il faut bien admettre, dans ces cas, un retentissement de la lésion périphérique sur les centres psychiques du cerveau. Il s'agit, évidemment, de désordres cérébraux passagers, et les psychoses polynévritiques n'ont rien à voir avec l'aliénation mentale, pas plus que les troubles psychiques des tabétiques. On nous accordera, cependant, que si une lésion des nerfs périphériques peut faire délirer un malade ordinaire, à plus forte raison faut-il la reconnaître capable de créer des conceptions délirantes chez un sujet prédisposé à la folie.

Car, c'est bien la prédisposition qui joue, en l'espèce, un rôle prépondérant. Elle rend peut-être la fibre nerveuse plus susceptible, elle est peut-être aussi la cause que les organes psychiques réagissent sous la forme de la folie.

©BIUM

Nous pensons avoir suffisamment démontré que les aliénés se présentent souvent à nous avec des symptômes de polynévrite et que ces mêmes aliénés présentent, effectivement, des lésions de polynévrite avec retentissement sur la moelle.

Il nous reste à dire un mot de la cause immédiate de ces altérations des nerfs.

Les polynévrites reconnaissent habituellement pour cause les intoxications et les infections. Nous avons dit que nos malades n'étaient ni des intoxiqués, ni des infectés, en faisant allusion seulement à l'alcoolisme ou saturnisme, à la tuberculose, causes communes des polynévrites. En réalité, nous ignorons si les aliénés, en général, ne fabriquent pas eux-mêmes des poisons. De récents travaux, et des plus dignes de foi, nous représentent certaines formes d'aliénation comme résultant d'une auto-intoxication du système nerveux (1). Est-ce d'une intoxication de cette nature que sont frappées les fibres nerveuses de nos aliénés, directement ou par l'intermédiaire des vaisseaux? Ces divers ordres de faits s'expliqueront peut-être, un jour, les uns par les autres. Gardons-nous, pour l'instant, de les forcer, pour en tirer des conclusions qui ne s'en dégagent pas rigoureusement.

CONCLUSIONS

Les caractères des lésions médullaires observées chez un grand nombre d'aliénés affirment l'importance d'une étude des nerfs périphériques.

En effet, ces lésions se localisent, le plus souvent, dans les territoires des fibres radiculaires postérieures, sur le trajet et autour des racines antérieures. Elles

(1) Régis et Chevalier Lavaure. *Les auto-intoxications dans les maladies mentales*. Congrès de La Rochelle, août 1893.

©BIUM

intéressent la cellule radiculaire antérieure et la cellule de Clarke, tous signes anatomiques qui appartiennent aux polynévrites.

Et, d'autre part, les troubles de la sensibilité jouent un rôle important dans l'histoire des aliénés, en général. Le délire de quelques-uns roule, presque exclusivement, sur des sensations pénibles, vraies ou fausses. Il n'est pas rare d'observer chez les aliénés des troubles trophiques et des troubles musculaires.

Si l'observation clinique nous fait soupçonner l'existence de névrites périphériques, l'anatomie pathologique nous montre la réalité de la lésion des nerfs.

La fibre nerveuse dégénère. Elle est modifiée dans sa gaine de myéline, son protoplasma et ses noyaux. Le tissu conjonctif péri et intrafasciculaire prolifère. Une infiltration de cellules rondes envahit le nerf tout entier. Elle est plus intense autour des vaisseaux qui sont toujours atteints et profondément atteints.

Que signifient ces lésions des divers éléments et quel est leur ordre d'apparition ? La lésion du nerf lui-même est-elle primitive ou secondaire à une lésion centrale? La moelle est incontestablement lésée. On ne peut dire s'il en est de même pour le cerveau. Ce sont là, d'ailleurs, autant de questions de pathologie générale.

Il nous suffit de constater la lésion des nerfs périphériques d'une catégorie d'aliénés qui ne sont point sous le coup d'une intoxication banale comme l'alcoolisme, le saturnisme ou la tuberculose.

Ils sont, peut-être, des intoxiqués qui fabriquent eux-mêmes leurs poisons, des auto-intoxiqués qui délirent, parce qu'ils sont un terrain favorable à l'éclosion de conceptions délirantes nées d'une sensation réelle.

©BIUM

Médecine légale

—

DES DEGRÉS

DE

LA RESPONSABILITÉ

Par le Dr HOSPITAL

Médecin en chef de l'asile d'aliénés de Clermont-Ferrand.

Pour ne pas allonger démesurément ce modeste travail, et ne pas abuser de la condescendance des *Annales* et de ses lecteurs, je me priverai à mon grand regret de citer les passages des auteurs et des spécialistes qui ont traité le sujet que j'ose entreprendre aujourd'hui. Je me bornerai à relater brièvement les cas nombreux sur lesquels j'ai eu à me prononcer pendant une carrière de médecin-légiste déjà bien longue. J'y ajouterai, de ci de là, quelques réflexions que m'ont suggérées ces examens et ferai ressortir les surprises que nous ménagent parfois les juges, le jury, le ministère public et l'avocat défenseur.

La première objection que pourront m'opposer plusieurs de ceux qui voudront me faire l'honneur de me lire sera, je m'y attends, celle-ci : un prévenu est fou, ou il ne l'est pas ; dans le premier cas, il est irresponsable ; dans le second, il est responsable ; pourquoi cette échelle de plus ou moins de responsabilité ? comment un homme qui est reconnu aliéné peut-il être regardé comme coupable d'un fait qui est ressortissant à son

©BIUM

état de folie? A cela je répondrai : 1° que les frontières qui séparent nettement la raison de la folie sont encore à trouver, en dépit de cette allégation d'un magistrat anglais qui affirmait qu'il n'était nullement nécessaire d'être médecin-aliéniste pour être fixé sur l'intégrité, ou la morbidité d'un entendement humain! Je lui répondrais volontiers, comme un philosophe : « Chaque cerveau est un monde. » D'ailleurs, l'un de nous n'a-t-il pas établi nettement, dans un livre fort intéressant, l'existence d'une zone mitoyenne entre le bon sens et la folie, où s'entrecroisent les éléments de l'un et de l'autre, avec telle ou telle prédominance, suivant bien des causes, entre autres l'atavisme ; zone dans laquelle se meuvent des humains, qui, sans être aliénés, sont originaux, excentriques, bizarres, fantasques, incompréhensibles pour leur entourage. D'après l'Anglais cité plus haut, on en inférerait donc que la médecine mentale serait le seul point d'application de l'intelligence, qui ne fournirait aucune expérience, aucun acquis, par l'observation, et celui d'entre nous qui aurait interrogé, examiné, suivi plusieurs milliers d'aliénés n'y aurait donc rien appris, rien relevé, rien discerné, il ne serait pas plus avancé que le premier venu? c'est inadmissible : « Si j'avais à me faire lever la cataracte, dit Voltaire, dans le *Dictionnaire philosophique*, j'aimerais mieux que cette opération fût faite par un chirurgien que par un capitaine d'infanterie ou un conseiller à la cour des aides. » Voltaire avait raison ; à chacun son métier ; il n'y a que l'aliéniste expérimenté qui puisse mettre réellement au point la situation mentale d'un prévenu et lui attribuer telle ou telle dose de culpabilité. Ceux donc qui professent la négation des responsabilités atténuées nous croient : ou bien forts, puisqu'ils supposent que nous en sommes arrivés à pouvoir délimiter parfaitement les deux états, le sain et le morbide, ce

©BIUM

qui malheureusement n'est pas encore réalisé, ou bien faibles, puisqu'ils nous refusent d'avoir acquis quelque expérience, dont le résultat serait l'observation de nuances infinies qui existent positivement entre les deux états, et surtout dans les multiples degrés, d'intensité, d'extension, de marche, de développement du second, ainsi que dans l'état initial de l'individu, avant d'être malade. En effet, autour de l'état mental, ne voyons-nous pas se grouper des éléments excitateurs de cet état lui-même : atavisme, caractère, genèses du délire, déboires de la vie, maladies physiques, adversité, misère, déviation du sens moral, alcoolisme, et autres intoxications, habitudes d'hypnotisme, abus de remèdes, que sais-je encore? Tous facteurs propres à nous faire modifier la connexion intime et directe entre l'acte et l'intéressé, et par suite à nous faire lui attribuer tel ou tel degré de responsabilité. Tous les aliénés ne sont pas atteints des mêmes désordres, ni au même degré, ni à la même extension ; la même monomanie ne se présente pas avec la même intensité chez tous les atteints ; il y a des fous qui se connaissent, et d'autres qui ne se connaissent pas. 2° Depuis plus de trente ans que je reçois des commissions de médecin expert, le libellé s'est toujours terminé, à peu de variante près, par ces mots : « ..... et d'établir quel est le degré de responsabilité qui lui incombe ». Il n'y a pas à ergoter ; c'est à prendre ou à laisser. La justice nous pose carrément des questions ; elle veut que nous y répondions aussi nettement que possible, et dans le même sens que ses questions ; car elle veut s'éclairer, et faire cesser ses perplexités, par des réponses catégoriques, et non par des dissertations de doctrines ; il n'y a qu'à en passer par là, ou ne pas s'en mêler du tout.

Les prémisses étant posées et acceptées, abordons notre sujet ; envisageons d'abord les deux extrémités de

©BIUM

l'échelle. Bien entendu, il n'est question ici ni d'un sain d'esprit ni d'un simulateur. A : un homme sain d'esprit commet un crime, il est inévitablement responsable, et si le jury admet en sa faveur des circonstances atténuantes, il les puise dans des considérations autres que celles ressortissant immédiatement à un état mental ou seulement névropathique, puisqu'il n'en est pas atteint. B : à l'autre extrémité de notre échelle, nous trouvons des méfaits perpétrés par des aliénés avérés n'ayant plus conscience d'eux-mêmes. Tels les délirants généraux, les frénétiques les épileptiques en phase destructrice, les agités furieux, les hallucinés impulsifs ou terrifiés, les incohérents, quelques persécutés hypocondriaques très souffrants, certains déments et chroniques « instantanés », les idiots, certains hébéphréniques ; chez ceux-là, irresponsabilité absolue ; ils ont frappé en aveugles, sans se rendre aucun compte de leur acte. Or, entre les deux extrêmes, ne peut-on pas placer des nuances? Quant à moi, elles me semblent admissibles et nombreuses : est-ce que l'homicide, par exemple, commis par un simple monomaniaque, soit un persécuté, présentant un état mental d'intensité moyenne lui permettant de vivre en société et de vaquer à ses occupations, est aussi irresponsable que celui des malades précédemment cités ? Evidemment non ; en effet, poursuivons : ce simple monomaniaque, après avoir résisté plus ou moins longtemps, après avoir fait quelques démarches pour faire cesser la persécution, ou les impulsions, se décide à verser le sang ; il est constaté qu'il est aliéné réellement, et même que le crime perpétré est un crime d'aliéné ; *a priori*, il serait donc irresponsable, il n'y aurait plus qu'à rendre une ordonnance de non-lieu et à l'interner d'office dans une maison de santé parmi les dangereux ; car la Justice nous demandera, en effet : un tel est-il aliéné? oui. Le crime ou délit

©BIUM

dont il est accusé, et qu'il reconnaît, est-il la manifestation pratique de son état mental? oui; mais alors vous faites passer en jugement un irresponsable, ou bien vous êtes en contradiction; nous vous demandons de vous expliquer; c'est ce que nous allons faire.

La médecine légale n'a pas pour mission d'édifier à l'égard de l'inculpé, soit un plaidoyer, soit un réquisitoire. Son « instruction » diffère de « l'instruction » criminelle; elle ne peut apprécier la responsabilité d'un méfait que si celui-ci est avoué ou irréfragablement établi, et encore a-t-elle à se défier de certains aveux, dans quelques cas particuliers de monomanie. Mais si cette pierre angulaire lui fait défaut, elle n'a plus à faire l'exégèse médicale d'un fait douteux; tout son échafaudage tombe du premier coup faute de base; rien ne serait plus imprudent que de persister, il ne lui resterait plus qu'à chercher à établir que l'intéressé se trouvait au moment de l'examen médico-légal dans telles conditions nosologiques, par comparaison avec d'autres cas similaires, et qu'il ne serait pas impossible qu'à l'époque du fait présumé, il fût dans telle disposition d'esprit; impossible d'aller plus loin. Pour les cas intermittents, une fois les phases bien observées, on pourrait être un peu plus affirmatif.

Sur quoi baserons-nous nos différents degrés de responsabilité à l'égard d'un aliéné? Sur les considérations suivantes : l'irresponsabilité absolue peut-elle être appliquée, également et indistinctement, au délirant général, au dément, dans certains cas à l'épileptique, aux furieux et agités, qui ne se connaissent plus et détruisent tout ce qui frappe leur attention, etc., etc., et au simple monomaniaque, comme par exemple « le procédurier », qui, las des lenteurs de la justice, tire sur un avoué pour enfin attirer l'attention? On voit fréquemment des faits divers de ce genre dans les journaux; arrêté, le mécon-

©BIUM

tent dit « qu'il ne voulait pas le tuer », mais seulement faire du scandale : or, s'il ne voulait pas le tuer, il a donc encore un certain discernement, une certaine défense, il lui reste donc une certaine responsabilité. Dans les cas de folie partielle, l'irresponsabilité peut parfois n'être pas absolue, selon l'intensité de l'état mental, son étendue, le retentissement, qu'il a pu à la longue effectuer sur l'ensemble de l'entendement, et aussi les circonstances qui ont entouré le méfait ; car chez beaucoup de monomaniaques, il n'y a qu'un coin de l'imagination qui soit atteint ; pour tout le reste, ils sont corrects, s'occupent de leurs affaires, et l'entourage ainsi que le public sont parfois fort longtemps à s'apercevoir de quelque chose de dérangé ; ils ont cependant un délire restreint mais très actif, qui, après avoir passé inaperçu, se décèlera tout d'un coup à une occasion favorable ; ce sont les cas les plus légers, sinon les plus dangereux. Ceux-là qui n'ont fait que montrer le bout de l'oreille, resteront jusqu'à un certain point responsables de leurs actes, surtout si la gravité dudit acte n'est pas en rapport avec la modestie de l'état mental. En effet, on observe des aliénés terriblement persécutés et des impulsifs poussés à bout, et qui cependant résistent à leurs tendances, s'enferment dans des asiles, fuient ou se suicident plutôt que de devenir criminels ; et cependant ces derniers ont des hallucinations et des pseudo-sensations tellement multiples, tellement baroques et sans cesse renouvelées, qu'à leur récit, on est à se demander s'ils ne se moquent pas de vous. Aucune appréciation de la possibilité n'a survécu en eux ; leur discours est facile, alerte même, empreint de conviction ; ils vous racontent sérieusement des histoires et des péripéties qui ont de l'analogie avec l'incohérence du rêve ; et cependant ces gens-là, en dehors de leurs conceptions délirantes, font preuve sur les autres terrains

©BIUM

de correctivité et parfois d'une grande intelligence. Quand ils sont plus « avancés », l'hypocondrie, avec ses surprenantes hallucinations, vient se mêler à l'ensemble. Enfin plus tard, ou bien ces malades restent un temps fort long cantonnés dans leurs idées, ou bien l'intelligence s'amoindrit, perd de son acuité, le délire se dilue de plus en plus dans la débâcle générale, pour ne plus apparaître qu'au second plan, désystématisé, et comme simple épiphénomène, irrégulier. Chez ceux-là, évidemment, un méfait entraîne l'irresponsabilité ; et encore, je le répète, beaucoup ont assez d'énergie pour se retenir.

Mais revenons aux moins atteints, à ceux qui semblent devoir endosser une assez grande responsabilité ; chez eux, le délire restreint se meut dans un espace limité ; il n'a pas nui au jeu général de l'entendement ; les hallucinations sont réduites au minimum, le raisonnement est passable sur tout ce qui ne touche pas à leur point noir, et leur intelligence, loin d'avoir subi une baisse, semble au contraire suractivée par leur tendance incessante vers l'induction ; ils vaquent à leurs affaires, s'occupent de leurs intérêts, au point que le public s'y trompe. Il leur reste donc un certain degré de raisonnement et en quelque sorte un territoire encore indemne ; ils savent bien ce qu'ils font et distinguent le bien du mal ; la preuve en est dans l'hésitation et la perplexité dont ils sont envahis avant de s'arrêter à une détermination grave et les échappatoires dont ils cherchent à atténuer leur situation une fois le coup fait ; il y a donc responsabilité.

Le délirant impulsif complet ne met pas tant de simagrées à reconnaître son méfait, dont la plupart du temps, au contraire, il témoigne du contentement : quant aux méfaits perpétrés par les aliénés en décadence et n'ayant plus conscience de rien, inutile de les

©BIUM

interviewer; ils n'y comprennent rien, ça ne les regarde pas. Donc, en l'absence de tout regret, de toute explication, même de toute inquiétude, de tout souvenir, ce qui arrive quelquefois, chez un malade ne se connaissant plus, irresponsabilité ; en présence de défense, d'atténuation, de raisonnement se tenant debout, d'explications, responsabilité atténuée. Beaucoup de monomaniaques ont une certaine perception de leur état mental; ils vous disent : « Je me suis figuré... Je me suis mis en tête... » ; d'autres comprennent toute l'absurdité de leurs conceptions, ils avouent qu'ils sont malades, que tout ce qui leur passe par la tête n'est pas naturel ; que ce qu'ils éprouvent est nécessairement une maladie de l'esprit, tels sont, par exemple, les scrupuleux religieux. Il est évident que cette demi-lucidité doit comporter une demi-responsabilité ; il serait fort commode une fois un crime commis sur quelqu'un qu'on croit être un ennemi, sans qu'on lui ait attribué d'autre grief que quelque médisance, d'échapper à la vindicte publique, à la rigueur des lois, sur le bénéfice de troubles intellectuels, à envergure limitée, qui jusque-là n'avaient pas entravé la vie ordinaire, d'aller s'enfermer dans un asile d'aliénés, où, par une bonne conduite, on est infiniment mieux qu'en prison, où le calme, la sobriété, l'absence de causes excitatrices permettent de se rétablir, d'y faire peau neuve, d'y dépouiller le vieil homme, et d'en sortir un beau jour, quand tout le bruit s'est apaisé et que d'autres événements ont détourné l'attention. Il faut donc y regarder de près avant de se prononcer.

Si un monomaniaque commet un méfait qui n'est en rien ressortissant à son état mental, il est dans la situation ordinaire et devient responsable, peut-être avec une légère atténuation. Il y a des cas où un méfait, même grave, a pu être commis dans un instant de folie passagère ; il entraîne l'irresponsabilité ainsi que l'inter-

©BIUM

nement d'office ; l'état mental se dissipe rapidement ; si rien ne fait appréhender l'intermittence, le malade pourra sortir à une échéance relativement courte ; en tout cas, il faut être prudent à l'égard de ces sorties. Nous ne saurions trop revenir sur cette question d'échelle de responsabilité ; prenons donc encore un exemple : un halluciné impulsif prend tout d'un coup un outil quelconque ; et assomme le premier venu ; arrêté sans résistance, il dit : « J'ai fait mon devoir » (j'ai vu ce cas) ; irresponsable évidemment. Un autre, atteint de délire de persécutions très moyen et restreint, choisit sa victime, se prépare et l'immole, cherche à se disculper par des allégations et éprouve un grand trouble à la vue de la victime ; la responsabilité mitigée.

Nous aliénistes, ne voyons-nous pas parfois de nos pensionnaires être jugés par nous aptes à faire usage d'une certaine initiative de volonté, en donnant leur procuration ou leur consentement à un acte civil ? nous leur avons donc reconnu une dose de lucidité suffisante, et par suite une certaine responsabilité. On nous objectera qu'il ne s'agit ici que de malades intermittents dont on choisit la phase d'accalmie ; possible, mais ces accalmies, toujours sous l'imminence de la rechute, ne peuvent cependant pas être identiques à l'état de guérison. En tout cas, lesdits malades continuent de résider dans leur asile, et d'être étiquetés aliénés, ce qui ne les empêche pas parfois de faire montre d'une grande sagacité à l'endroit de leurs intérêts. Or, puisqu'ils bénéficient d'une certaine liberté de décision, pourquoi ne leur attribuerait-on pas un peu de responsabilité en cas de méfait ? Voilà ce que nous dirons à la Justice pour la convaincre qu'entre les deux extrêmes il y a toute une gradation établie sur les considérations exposées plus haut. Néanmoins le Parquet, plus perplexe que

©BIUM

jamais, ne manquera pas de nous opposer les objections suivantes : soit, vous envoyez un aliéné au tribunal, un aliéné que vous jugez coupable avec atténuation, en raison d'appréciations médicales; qu'arrivera-t-il? ou bien le ministère public abandonnera l'accusation, et alors, on aura fait beaucoup de bruit, de frais, de déplacements, on aura dépensé beaucoup de talents oratoires pour en arriver par où l'on aurait dû commencer, par l'ordonnance de non-lieu et l'internement d'office; ou bien l'avocat renforcera le rapport médical, battra en brèche les données qui étayaient l'atténuation, en fera ressortir les hésitations, les contradictions apparentes du moins, et enlèvera l'acquittement, avec ou sans internement subséquent; ou bien le jury, mal disposé pour l'accusé, regardera les dépositions atténuantes de l'élément médical comme une sorte de plaidoyer commisératif, n'en tiendra pas compte, et condamnera notre fou comme un sain d'esprit; ou bien enfin, la justice adoptant vos conclusions, et entrant dans votre manière de voir, condamnera l'intéressé à un tiers à peu près de ce qu'il aurait attrapé comme sain. Si c'est une petite peine, il la fera, puis rentrera, au petit bonheur, dans la vie libre; si c'est une longue peine, ou sa folie s'accentuera, et à un moment donné il faudra l'interner à l'asile ; ou elle guérira, c'est le cas le plus rare; ou elle restera à l'état latent pour réapparaître aussitôt après la sortie, et alors l'asile à la première incartade. Nous voilà donc revenus au point de départ; puisque c'est inévitable, pourquoi n'en êtes-vous pas venus *a priori* à l'internement; votre échelle de responsabilité est bonne en théorie philosophique et scientifique, mais inapplicable... A cela, nous objecterons à notre tour, que nous n'avons fait que répondre à ce qui nous est demandé sur le passé et le présent; nous pouvons, c'est même notre devoir, préjuger de l'avenir, mais officieu-

©BIUM

sement. La situation est délicate, c'est une impasse dont il est peu facile de se tirer ; un aliéné demi-responsable fait sa peine, il ne doit plus rien à personne. Ajoutons que nous sommes assez avares de responsabilités limitées ; mais, comme on le verra dans les statistiques ci-dessous, il y a des cas où elles sont absolument indiquées : d'abord, dans ceux où il est établi que l'individu s'est trouvé dans un déséquilibre momentané, dans un instant d'égarement, facteurs sans le secours desquels il attraperait le maximum ; dans ceux de dégénérés initiaux, de tempéraments fous, qui apprécient tout de travers ; ceux des « minus habentes » dont l'entendement n'est pas assez développé ; dans ceux de suggestion morale, où un fort domine un faible ; dans ceux de maladies nerveuses, où l'individu ne se possède pas assez ; dans les cas douteux, doute dont le prévenu, d'après l'axiome de droit, doit bénéficier.

Après ces considérations, qui jusqu'à présent n'ont visé que l'individu au point de vue mental, ne devons-nous pas porter notre attention sur les « circumfusa » qui ont entouré cet individu, son développement instructif et moral, les circonstances dans lesquelles il s'est trouvé, l'abandon, la misère, la fausse interprétation des souffrances dues à une maladie physique, la misanthropie extrême, et d'autres encore, sans oublier l'hypnotisme, la suggestion ? Parmi les empoisonnements qui donnent lieu à des troubles intellectuels (morphinisme, cocaïsme, etc.), il y a en premier l'alcoolisme. Dans celui-ci, il n'y a pas de doute, on y retrouve toutes les formes de la folie ; mais cet état mental est acquis volontairement par suite d'un vice ; l'alcoolique devrait donc être complètement responsable ; il est fort commode de commettre un méfait et de se tirer ensuite d'affaire en disant : « Je ne me souviens de rien, j'étais bu ». Erreur, les alcooliques et les ivrognes vulgaires

©BIUM

sont bien moins amnésiques qu'ils l'affirment ; et la preuve en est dans la clairvoyance qu'ils décèlent en reconnaissant quelqu'un le soir, et en venant l'importuner, alors qu'à jeun et en plein jour ils n'y auraient pas même fait attention, et dans l'extrême prudence qu'ils mettent à prendre pour adversaire ou pour souffre-douleur plus faible ou plus timide qu'eux.

La nature et la gravité du méfait doivent aussi entrer en ligne de compte : tel qui est irresponsable d'une contravention ne saurait l'être d'un crime. Tel qui est responsable dans une période d'accalmie ne l'est plus dans la période d'état. La manière dont le méfait est perpétré est de la plus haute importance : folie des actes ; ainsi; il y a des vols insignifiants, enfantins, et pourtant exécutés avec de grands dangers ; d'autres sont baroques, sans utilité pour l'exécutant, et de nature à sûrement les faire prendre. Il en est de même pour les crimes ; il y en a de tellement en dehors de toute hypothèse, qu'il faut bien admettre un état mental violent chez des individus qui n'avaient encore décelé aucun trouble d'esprit, et dont l'acte en question est précisément le début d'un accès. Il y a même des crimes instantanés dont aucune explication ne peut donner raison et dont l'auteur en est le plus étonné. En fouillant bien, on découvrira quelque chose.

Passons maintenant en revue, aussi rapidement que possible, les méfaits le plus souvent perpétrés et pour lesquels on nous a demandé notre avis. Pour ne pas nous perdre dans de multiples subdivisions, nous allons considérer quatre divisions principales.

A) *Homicides*. — Citons d'abord ceux qui sont effectués sans préméditation de donner la mort. Un aliéné est taquiné par un autre, ou contrarié par son gardien ; il le frappe instantanément, d'un coup de sabot ou de pique-feu, puis ne s'en inquiète plus : la victime en

©BIUM

meurt ; crime irresponsable d'insensé. Ces malades, soit déments, soit très hallucinés impulsifs, soit épileptiques, oublient vite leur crime, ne témoignent d'aucun repentir, souvent même n'y prennent pas garde, ne s'informent de rien, ne croient pas au décès, et bientôt ne se souviennent plus de rien, et sont importunés quand on leur en parle, comme si on leur ressassait une chose qui ne les regarde pas. Les persécutés, les religieux impulsifs et quelques autres veulent bien commettre l'homicide, tantôt sur le premier venu, tantôt sur un choix ; ils font quelques préparatifs et manquent rarement leur coup (martyrologe de la psychiatrie) : Les infanticides d'enfants âgés de plusieurs mois et même de quelques années se perpètrent sous l'influence de bien des causes vésaniques, parmi lesquelles le délire religieux et l'hystérie semblent prépondérants (*Ann. méd.-psych.*, ann. 1890).

B) *Attentats à la pudeur.* — Ils sont nombreux : indécences commises par épileptiques en aura, exhibitionnistes plus ou moins sadiques ; leur attribuer une assez grande responsabilité. Je ne crois guère à leur état mental ; quant aux sodomites, aux « bestiaux » (*Ann. méd.-psch.*, ann. 1891), aux lesbiennes, et autres cerveaux plus dépravés que détraqués, à part quelques cas rares, de même que les violeurs et les poursuiveurs d'enfants, ils ont droit également à une bonne dose de responsabilité.

C) *Vols.* — L'importance des vols et les circonstances dans lesquelles ils ont été commis doivent être examinées de près : vols insignifiants des déments ; chapardages journaliers entre malades dans les asiles ; vols aux étalages, dont j'ai vu plusieurs exemples, et auxquels, sauf de très rares exceptions, je ne crois guère ; vols des procéduriers, qui croient reprendre ce qui leur a été indûment enlevé, et des mégalomaniaques

©BIUM

qui croient que tout leur appartient. Un homme qui se donne mille peines et s'expose à bien des dangers pour s'approprier des objets de vil prix, invendables, et ne pouvant que le faire prendre, a bien des chances, en cherchant bien, qu'on lui trouve quelque tare familiale ou personnelle ; c'est quelquefois le début de la paralysie générale, comme le sadisme est souvent celui de la démence.

Les vols enfantins, les larrons de bibliothèques, de collections, de musées, qui s'exposent à de graves conséquences, à la perte de l'honneur, pour tel objet qui manque à leur collection particulière, objet qui n'a souvent qu'une valeur de convention, qu'ils ne veulent ni vendre, ni donner, qu'ils ne peuvent montrer crainte d'être pris, sont bien près d'être maniaques, mais ce sont surtout des passionnels d'un genre particulier qui prennent moult précautions, et sont par conséquent responsables. Les vols des kleptomanes avérés sont effectués dans des circonstances insolites bien connues maintenant des aliénistes, et qui, ainsi établies, entraînent l'irresponsabilité. Les recueils anecdotiques en relatent de bien curieux exemples. Même irresponsabilité pour les vols commis en suggestion hypnotique ; mais ici il faut se défier, car la fraude pourrait bien parfois se mettre de la partie.

E) *Destructions.* — Sans parler des agités, des effrénés, des impulsifs, des alcooliques, de quelques épileptiques, qui brisent et détruisent tout ce qui frappe leur attention, sans en tirer d'autre profit que d'obéir aveuglément au génie de la destruction, nous avons les monomaniaques iconoclastes, les incendiaires. La pyromanie m'a paru fréquente dans l'adolescence chez des enfants arrriérés sauvages, et sans éducation ; l'idée leur en vient et ils l'exécutent, sans hésitation comme sans regret. Vers l'âge de onze à quatorze

©BIUM

ans, il y a une période de malfaisance, entre l'enfance et la puberté, qui se traduit par des méfaits dont les enfants ne peuvent comprendre la gravité, mais qui décèlent en eux une précoce perversion morale qui ne promet rien de bon pour l'avenir (enfants jetant dans des caves des allumettes enflammées, ou enlevant toutes les clés de la maison pour les jeter dans un soupirail, torturant les animaux, cassant les godets des télégraphes, secouant tous les fruits d'un arbre pour n'en manger qu'un, se délectant au spectacle du châtiment suprême, aimant à détruire des objets d'utilité, ou à barbouiller des objets d'ornementation, poursuivant de leurs lazzi et quelquefois de projectiles de pauvres hères dans les rues, cherchant pour s'amuser à faire dérailler un train, gourmands du vice, qui ne provoque en eux ni répugnance, ni étonnements, etc.). Je n'invente rien, j'ai à peu près observé tous ces cas.

Tous les crimes et délits que j'ai pu observer ont été commis à des âges très différents, cependant la période moyenne de la vie humaine est celle qui en offre le plus.

Passons maintenant aux faits. J'ai retrouvé dans mes notes et recueils d'observations depuis 1865 jusqu'à 1898, la transcription exacte de 247 rapports médicaux, dans lesquels ne sont pas compris les minuscules rapports d'urgence pour la police, et ceux qui par leur peu d'importance ont été simplement dilués dans l'observation suivie de l'individu. Il en est d'autres qui ont trait à la médecine somatique, et étrangers à l'aliénation mentale ; d'autres y sont ressortissants, mais à un point de vue civil, administratif ; d'autres ont trait à la folie, mais sans intervention de la justice ; d'autres demandés par la famille, par un département, par l'avocat défenseur ; d'autres qui avaient été rédigés par mon vénérable père ; après toutes ces éliminations, nous nous arrêterons au chiffre de 200. Pour bien faire, il

©BIUM

faudrait vous offrir *in extenso* tous ces rapports ; mais il n'y faut pas songer, car si le plus court a au moins une bonne page, le plus long en a 67 ; en ne mettant que 3 pages par rapport, nous arrivons à 600 pages, qui, imprimées, en représentent 300, c'est-à-dire au moins trois fois un numéro des *Annales;* ce qui serait plus qu'abusif. Je me contenterai donc de vous en soumettre tout ce que la statistique la plus ingénieuse a pu en faire sortir :

Individus examinés : 200; hommes, 170; femmes, 30.

Répartition au point de vue criminel.

	Hommes.	Femmes.
Pyromanie et tentatives d'incendie. . . .	11	3
Vagabondage.	60	8
Automatisme ambulatoire.	1	3
Vols, chapardages, indélicatesses. . . .	26	0
Menaces, lettres, calomnies.	7	0
Rébellion, injures, outrages.	7	3
Voies de faits.	16	0
Tentatives de viol, outrages à la pudeur, exhibitionnistes.	6	0
Escroqueries.	2	0
Coups d'armes à feu.	8	0
Briseurs et ravageurs.	8	1
Noyade d'enfants.	0	2
Homicides.	7	1
Grivèlerie.	3	0
Coups de couteau.	2	0
Infanticide par étouffement.	2	0
Tentatives de suicide, esclandres, etc. .	6	0

Répartition au point de vue de l'état social.

1° Hommes.

Urbains.	29	Ouvriers divers. .	28
Campagnards . . .	108	Emplois infimes. .	64
Etrangers.	21	Métiers inconnus. .	34
Agriculteurs. . . .	44		

Trois catégories :

Bourgeois, 13; classe travailleuse, 51; vagabonds, inconnus, 106.

©BIUM

2° Femmes.

Urbaines	9	Classe travailleuse	14
Campagnardes	13	Vagabonds, métiers inconnus	16
Etrangères	3	Femmes	21
Professions manuelles	10	Filles	9
Bourgeoises	0		

Répartition au point de vue nosologique.

	Hommes.	Femmes.
Epilepsie et éclampsie	15	2
Délire de persécution	21	3
Semi-imbécillité et minus-habentes	11	1
Imbécillité complète	9	2
Idiotie	12	0
Démences et stupeurs	28	2
Alcooliques plus ou moins dégénérés	22	2
Mégalomanie	12	2
Manie agitée	11	2
Délire généralisé	3	0
Erotomanie et satyriasis	5	0
Folie intermittente	1	1
Mélancolie	1	0
Délire religieux	3	2
Hébéphrénie	2	0
Tentative de suicide par hallucination	1	0
Monomanies diverses	2	0
Sourds-muets	4	0
Folie hystériforme	0	4
Tempéraments fous	11	2
Cas douteux et simulation présumée	5	0

Répartition au point de vue de l'âge.

Hommes : le plus jeune, 14 ans ; le plus vieux, 80 ans.
Femmes : la plus jeune, 17 ans ; la plus vieille, 65 ans.

Hommes.		Femmes.	
De 10 à 20 ans.	10	De 10 à 20 ans.	1
20 à 30 ans.	31	20 à 30 ans.	7
30 à 40 ans.	56	30 à 40 ans.	3
40 à 50 ans.	47	40 à 50 ans.	10
50 à 60 ans.	16	50 à 60 ans.	6
60 à 70 ans.	5	60 à 70 ans.	3
70 à 80 ans.	5	70 à 80 ans.	0
Total.	170	Total.	30

Total général : 200.

©BIUM

Répartition au point de vue de la responsabilité.

	Hommes.	Femmes.
Responsabilité entière.	4	0
— légèrement atténuée. . . .	5	0
— largement atténuée. . . .	25	1
Irresponsabilité.	136	29
Total.	170	30

Épilogue.

	Hommes.	Femmes.
Dirigés sur l'asile.	116	28
Mis en liberté ou réclamés par leur famille, ou réintégrés dans leurs pays.	27	1

Nous n'avons pas à nous occuper des autres ici.

Tels sont les documents que je prends la liberté de vous soumettre.

RÉSUMÉ DES RAPPORTS, PAR ORDRE CHRONOLOGIQUE.

Hommes.

1. Homme, 52 ans, épileptique, vagabondage; ordonnance de non-lieu, irresponsabilité, asile.

2. Jeune homme, imbécillité, délire confus de persécutions, jette des pierres aux autorités, détériore des propriétés pour vexer les propriétaires; irresponsabilité, ordonnance de non-lieu, transféré à La Cellette.

3. Homme adulte, imbécillité congénitale, malformation du crâne, accuse une vieille femme d'avoir voulu l'empoisonner dans du vin, la roue de coups; irresponsabilité, ordonnance de non-lieu, asile, y tombe dans l'insouciance.

4. Homme, 36 ans, lourdeur et exiguïté intellectuelles, insouciance absolue, vagabondage, petits larcins; irresponsabilité, ordonnance de non-lieu, asile.

5. Homme, 45 ans, exiguïté intellectuelle, traces de délire de persécutions, vagabondage; ordonnance de non-lieu, asile.

6. Idiot, 22 ans, actes de cruauté envers un animal, ne sait que répondre; irresponsabilité, ordonnance de non-lieu, asile.

©BIUM

7. Homme, 80 ans, démence sénile, vagabondage, amnésie; irresponsabilité, ordonnance de non-lieu, asile.

8. Homme adulte, pas de stigmates ni de délire proprement dit, vivant depuis longtemps en querelles avec ses beaux-parents, les accusant de divers méfaits, un peu alcoolique, violents maux de tête depuis accident; menace, puis bat sa famille; responsabilité très atténuée.

9. Idiot-crétin, parle à peine, quelques monosyllabes constituent tout son lexique, vagabondage; irresponsabilité, ordonnance de non-lieu, asile.

10. Homme, 60 ans, alcoolique, dégénérescence intellectuelle et morale, a commis divers larcins dont il ne semble pas comprendre la gravité; responsabilité; mis en liberté, il recommence; cette fois irresponsabilité, ordonnance de non-lieu et asile.

11. Homme, 33 ans, délire ambitieux, vagabondage; ordonnance de non-lieu, asile.

12. Homme, 60 ans, idiot, répond quelques mots, bon à rien, vagabondage; irresponsabilité, ordonnance de non-lieu, asile.

13. Homme, 44 ans, imbécillité congénitale, atavisme fourni, plusieurs vols, ne s'en rend pas compte; irresponsabilité, ordonnance de non-lieu, asile.

14. Homme, 24 ans, montagnard finaud, mais déséquilibré initial, a eu nombre de fois affaire avec la justice, accès de mutisme, de loquacité, de fureur; ordonnance de non-lieu, asile.

15. Homme, 34 ans, intelligence médiocre, pas de culture, bat ses parents qui le tiennent trop sévèrement; responsabilité limitée, interné d'office quatre ans après, avec délire religieux, halluciné, agité.

16. Homme, 55 ans, délire de persécutions, avec pseudo-sensations, ennemis le faisant souffrir par l'électricité; en menace un de mort; irresponsabilité, ordonnance de non-lieu, asile.

17. Homme, 44 ans, délire de persécutions intense, préfère se brûler vif plutôt que de céder à l'envie d'homicide, il est sauvé à temps; irresponsabilité, ordonnance de non-lieu, asile.

18. Homme, 34 ans, malformation de la tête, sorti de l'asile alors délirant général, puis irritabilité et déchéance intellectuelle, divers délits; irresponsabilité, ordonnance de non-lieu, réintégration.

©BIUM

19. Jeune homme, 22 ans, exiguïté intellectuelle, absence de culture, raillé par ses camarades, lourdeur et inconscience, est accusé d'avoir mis le feu, l'avoue, puis le nie ; irresponsabilité, ordonnance de non-lieu, asile.

20. Homme, 27 ans, commissionnaire, atavisme, minus habens, aucune instruction, accusé de soustraction non prouvée, se défend avec énergie ; responsabilité très limitée, en cas de preuve.

21. Homme, 75 ans, campagnard, tare familiale descendante, a eu plusieurs congestions cérébrales, irrité contre un parent qu'il prétend l'avoir grugé, se venge en mettant le feu, lourdeur, insouciance, tentative de suicide, étourdissements ; irresponsabilité, ordonnance de non-lieu, asile.

22. Militaire, 23 ans, crâne malformé, semi-imbécillité, rebelle à l'instruction, céphalées intenses consécutives à fièvre typhoïde, toujours puni, entre en exaspération, menace et injurie ses supérieurs, traces de délire de persécution ; réformé.

23. Villageois, 62 ans, tentatives de viol, attentats à la pudeur ; irresponsabilité, ordonnance de non-lieu, asile, y meurt peu après en démence.

24. Homme, 42 ans, vagabondage, exiguïté physique et intellectuelle, hypocondrie et délire de persécution ; on lui lance dans les yeux pour l'aveugler « les âmes des hommes », on lui coupe la tête, on le mutile, voix menaçantes ; irresponsabilité, ordonnance de non-lieu, asile.

25. Campagnard, 35 ans, discussions d'intérêts incessantes, violente haine et menaces de mort contre les autorités locales, délire religieux, halluciné des plus intenses ; irresponsabilité, ordonnance de non-lieu, asile.

26. Homme, adulte, tête sauvage, vagabond, insouciance et inattention, irritabilité extrême, traces obtuses de délire de persécution, imbécillité congénitales ; irresponsabilité, ordonnance de non-lieu, asile.

27. Campagnard, 35 ans, tête sauvage, non dégrossi, accusé de viol, passe pour déséquilibré, a été enfermé deux fois pour délire religieux lypémaniaque, résignation lourde ; irresponsabilité, ordonnance de non-lieu, asile.

28. Campagnard, 42 ans, inintelligent, abrupt, alcoolique, bat plusieurs personnes sans motif ; en prison, il y est extrêmement extravagant pendant trois jours ; puis insouciance, deux crises comateuses avec amnésie consécutive ; irresponsa-

©BIUM

bilité, ordonnance de non-lieu, liberté. Même accès furieux deux ans après; conduit d'urgence à l'asile.

29. Jeune homme, robuste, accusé de viol non prouvé, tempérament fou, sens moral abaissé par les excès, discoureur et écriveur, grande exubérance; responsabilité atténuée, acquittement.

30. Campagnard, se croyant trompé par sa femme, incendie une tonnelle où il suppose que se donnaient les rendez-vous, ravage les récoltes; ses propos et ses actes sont tellement incohérents, qu'il est déclaré irresponsable et interné à la Cellette; il en sort après cinq mois; cinq ans après, il tire en l'air à la suite d'une dispute; ne donnant plus de signe de délire, il est déclaré responsable.

31. Homme, ouvrier, 35 ans, alcoolique, hallucinations hypnagogiques, propos incohérents, fureur, vagabondage; irresponsabilité, asile.

32. Homme, 35 ans, délire très ambitieux, persécutions, vagabondage; irresponsabilité, ordonnance de non-lieu, asile.

33. Homme, 36 ans, manouvrier, névropathique; sous l'influence d'un chagrin, menace son patron; irresponsabilité, liberté.

34. Homme, 42 ans, visage dévié, bras paralysé, absinthiste, mendicité; irresponsabilité, liberté.

35. Homme, vagabond; en prison, excentricités alcooliques, puis engorgement pulmonaire; responsabilité atténuée.

36. Campagnard, tempérament fou, déséquilibré initial, alcoolique, interné deux fois, bris d'objets; responsabilité atténuée.

37. Jeune campagnard aisé, se marie, se brouille bientôt avec toute la famille, et essaie de mettre le feu, il donne de cet acte des motifs baroques, puis délire religieux incohérent; irresponsabilité, ordonnance de non-lieu.

38. Homme, 32 ans, ébrieux, lourd, injures aux agents, puis tentative de suicide; responsabilité atténuée.

39. Homme, 52 ans, épileptique, délits; responsabilité limitée.

40. Jeune campagnard, crâne exigu, presque imbécile, trace de délire de persécutions, injures à un fonctionnaire; responsabilité limitée, interné d'office quelque temps après.

41. Homme, 36 ans, stupeur, amnésie, pris en vagabondage; irresponsabilité, rendu à sa famille.

42. Homme, vagabondage, lourdeur extrême, crâne déprimé,

©BIUM

traces de délire ambitieux; irresponsabilité, rendu à sa famille.

43. Homme, 30 ans, démence chronique, obtusion prononcée, vagabondage ; irresponsabilité, asile.

44. Homme, 47 ans, atavisme, déséquilibré initial, a fait cent métiers, n'a récolté que des jugements, quoique foncièrement honnête, reconnu aliéné; irresponsabilité, asile.

45. Jeune homme, sourd-muet, ne comprend aucun signe, irritabilité, vols minimes ; irresponsabilité, asile.

46. Cultivateur, 36 ans, sujet à des accès furieux pendant lesquels il est dangereux, arrêté couvert de blessures, probablement alcoolique; irresponsabilité, asile, retiré peu après par sa famille, amélioré.

47. Homme, 30 ans, nègre, alcoolique, tapageur, agressif, prend des poses, se déshabille, etc.; interné d'office plusieurs fois.

48. Homme, 34 ans, ouvrier, épileptique; inculpé d'outrages à la pudeur, probablement commis pendant l'aura ; responsabilité très limitée.

49. Paysan, 32 ans, délire ambitieux des grandeurs, bat le garde, effraie la population; irresponsabilité, asile.

50. Paysan, 45 ans, buveur, emporté, hallucinations, chapardeur ; responsabilité atténuée.

51. Citadin, ouvrier, 37 ans, atavisme, alcoolique et terrible, menace ses parents de les tuer, hallucinations multiples, en prison se pend, sauvé à temps ; irresponsabilité, asile.

52. Adolescent, atavisme, hébéphrénie ambulatoire, parcourt la campagne en tirant des coups de fusil au hasard; atteint deux personnes; irresponsabilité, asile, s'y assagit et sort guéri.

53. Homme, 36 ans, tempérament fou, violent, ne parlant que la menace à la bouche, bat ses parents, raisonne très bien sur les affaires d'autrui, déraille sur les siennes ; responsabilité atténuée.

54. Homme, 51 ans, acteur, grivèlerie, halluciné, sens moral déprimé, probablement vieil alcoolique; irresponsabilité, réintégré à Paris.

55. Manouvrier, 45 ans, alcoolique dégénéré, pas de délire; parfois le sang lui monte à la tête; compromis dans un vol à plusieurs dont il ne retire que quelques objets insignifiants ; responsabilité limitée, condamnation minimum.

56. Campagnard, original, excentrique, tantôt restant dans

©BIUM

le lit, tantôt courant la campagne, atavisme, vagabondage et maraudage; irresponsabilité en temps que délit faible.

57. Campagnard, 39 ans, vigoureux, exhibitionniste; pas d'alcoolisme, entendement médiocre, regrets; responsabilité un peu atténuée.

58. Adolescent, atavisme fourni, assez instruit, mais déséquilibré initial, coupe à coups de hache le cou à son grand-père, simule l'idiotie, puis devient de plus en plus excentrique; déclaré irresponsable, asile; y meurt quelques années après, dément et écholaliaque.

59. Campagnard, 50 ans, misanthrope, un peu faible d'esprit, bon avec autrui, terrible chez lui, tracassé sans cesse par sa belle-sœur et sa femme; il assomme celle-ci, puis attend tranquillement; déclaré responsable avec très faible atténuation, le ministère public abandonne l'accusation et X... est simplement interné à Sainte-Marie.

60. Homme, 55 ans, idiot, vagabondage; irresponsabilité, asile.

61. Epileptique, 30 ans, vagabondage et délits, souvent ivre; relaxation.

62. Homme, 44 ans, perruquier, trouvé ivre sur la voie publique, délire ambulatoire, au violon il casse et brise; irresponsabilité, asile. Depuis est sorti et rentré plusieurs fois, de plus en plus affirmé.

63. Homme-féminin, sans barbe, presque eunuque, injures aux passants, puis agitation incohérente; irresponsabilité, asile.

64. Homme, 36 ans, tout en barbe et cheveux, vivant en ermite dans une vigne, vient un jour à Clermont, faire du tapage à l'évêché, réclamant fortune, rente, titres honorifiques; résultat : irresponsabilité, asile.

65. Épileptique, 43 ans, vols baroques après attaques; irresponsabilité, asile.

66. Roulant, 35 ans, plusieurs métiers, paroles incohérentes; irresponsabilité, asile, mort depuis dans la démence.

67. Étranger, 35 ans, gesticulant et pérorant dans les rues, inabordable, ne répondant que par impertinences; irresponsabilité, transporté dans son pays.

68. Étranger, ayant trop bu aux stations du chemin de fer, croit entendre des voix qui lui reprochent sa conduite, se jette par deux fois au-devant de la locomotive; tiré à temps, et conduit à Sainte-Marie, il s'y rétablit en trois jours.

©BIUM

69. Épileptique, 48 ans, voies de fait, vagabondage ; irresponsabilité, asile.

70. Homme, 79 ans, dans l'enfance, toxicophobie, vagabondage ; irresponsabilité, asile.

71. Homme, 53 ans, vols d'aliments, agitation, incohérence, se taillade les jambes, se meurtrit la tête ; irresponsabilité, asile.

72. Cultivateur, 47 ans, persécutions, voies de fait ; irresponsabilité, asile.

73. Habitué des maisons de santé, 48 ans, vagabondage ; réintégration.

74. Homme, délire ambitieux et lypémaniaque, vagabondage ; irresponsabilité, asile.

75. Homme, 46 ans, vol insignifiant, démence bavarde ; irresponsabilité, asile.

76. Vigneron, 60 ans, mutilation de vignes, démence alcoolique ; irresponsabilité, asile.

77. Homme, 40 ans, faible délit, délire furieux ; irresponsabilité, retiré par la famille.

78. Alcoolique, 40 ans, vagabond, toxicophobie furieuse ; irresponsabilité, retiré par la famille, interné peu après en état de démence.

79. Idiot, muet, 26 ans, vagabondage ; irresponsabilité, asile.

80. Paysan, 64 ans, persécutions, croit qu'on va le tuer, devient furieux et agressif ; irresponsabilité, asile.

81. Homme, 39 ans, persécutions, hallucinations, coups et blessures ; irresponsabilité, asile.

82. Cultivateur, 27 ans, mégalomanie, ravages de récoltes ; irresponsabilité, asile.

83. Maçon, 31 ans, vagabond, mégalomanie furieuse ; irresponsabilité, asile.

84. Sourd-muet, 41 ans, vagabond, inintelligent ; irresponsabilité, asile.

85. Cultivateur, 29 ans, imbécile, accusé de tentative d'incendie ; irresponsabilité, asile.

86. Homme, 48 ans, kleptomanie, démence alcoolique chronique ; asile.

87. Homme, 40 ans, délits insignifiants, alcoolisme, mégalomanie ; asile.

88. Roulant, 55 ans, accès furieux, menaces ; irresponsabilité, asile.

89. Vagabond, stupidité ; irresponsabilité, asile.

©BIUM

90. Errant dans la campagne, 30 ans environ, stupide ; asile.

91. Errant au hasard, 33 ans, imbécillité ; irresponsabilité, asile.

92. Sourd-muet, idiot, errant, vol, 21 ans environ ; irresponsabilité, asile.

93. Étranger errant, 55 ans, délire généralisé ; irresponsabilité, réintégré.

94. Vagabond, 28 ans, hémiplégie, imbécillité ; irresponsabilité, asile.

95. Idiot, avec accès de bavardise, tentative d'homicide, 24 ans ; asile.

96. Roulant, 46 ans, alcoolique, plusieurs asiles, port illégal de décoration, il a fait mille métiers ; asile.

97. Vagabond, 41 ans, délire généralisé ; irresponsabilité, asile.

98. Vagabond, 23 ans, démence au premier degré ; irresponsabilité, asile.

99. Vagabond, 44 ans, idiotie ; irresponsabilité, asile.

100. Vagabond, 36 ans, menaces de mort, mégalomanie ; asile.

101. Épileptique, 38 ans, tentative de vol et violation de domicile ; irresponsabilité, asile.

102. Cultivateur, 70 ans, tentative d'incendie, persécutions, démence complète ; asile.

103. Chiffonnier, 44 ans, recel, toxicophobie, agité ; hallucination ; irresponsabilité, asile.

104. Commissionnaire, 25 ans, accusé sans preuve de soustraction, névropathique ; a été traité pour folie délirante, tombé sur la tête le matin du délit supposé ; irresponsabilité, liberté.

105. Vagabond, 42 ans, alcoolique, déséquilibré, agitation et vantardise, peu de sens moral, pas de délire ; responsabilité limitée.

106. Bourgeois, 41 ans, n'a jamais pu rien faire de bon, menaces de voies de fait et lettres injurieuses, mégalomanie, caractère emporté ; irresponsabilité, asile ; y meurt peu après en démence.

107. Cultivateur, 50 ans, vol d'échalas, se repent de son acte, peu intelligent, alcoolique ; responsabilité limitée.

108. Homme, 35 ans, passe pour déséquilibré et ataxique, vole un cheval ; à peine en prison est pris de délire furieux, paroles des plus incohérentes ; irresponsabilité, rendu à sa famille.

©BIUM

109. Bourgeois, 51 ans, déclassé et dégénéré, larcins insignifiants, vagabond; responsabilité limitée; repris, il est affirmé irresponsable, asile.

110. Ouvrier d'art, 40 ans, étranger, confusion mentale, délire très diffus, vagabondage; irresponsabilité, rapatriement.

111. Vagabond, 62 ans, mégalomanie et persécutions; irresponsabilité, asile.

112. Propriétaire, 61 ans, procédurier et destructeur de murailles et de clôtures, raisonne très bien sauf sur les procès; responsabilité atténuée.

113. Bourgeois riche et lettré, délire intense de persécutions avec hallucinations et néologismes; tue sa maîtresse qu'il croit faire partie du complot; 33 ans; irresponsabilité, asile.

113 *bis*. Épileptique, 36 ans, vagabondage, entendement affaibli, irresponsabilité, asile.

114. Adolescent, 14 ans, arriéré physiquement et intellectuellement, entre en fureur quand on veut le dévêtir, vagabonbondage; irresponsabilité, rechercher la famille.

115. Jeune homme, 17 ans, assez intelligent, initialement déséquilibré, forte tendance à la monomanie religieuse, escroqueries singulières, atténuation.

116. Campagnard, 47 ans, vol d'objets religieux, délire religieux, demi-imbécillité, vols puérils, acquitté et remis à sa famille.

117. Idiot congénital, 40 ans, vagabond; irresponsabilité, asile.

118. Homme, 46 ans; délire religieux intermittent, tic dans une jambe, vagabondage; irresponsabilité, asile.

119. Étranger, 34 ans, coxalgie, a passé par l'Antiquaille et Bron, vagabond vivant de misère, projets insensés; irresponsabilité, réintégration.

120. Épileptique, 30 ans, rébellion, vagabondage, entendement affaibli, asile.

121. Campagnard, 35 ans, délire intense et pseudo-sensationnel de persécutions, coups et blessures; irresponsabilité, asile.

122. Homme, 24 ans, demi-imbécile, trouvé armé errant; responsabilité limitée.

123. Ouvrier d'art, 37 ans, très intelligent, alcoolique, atavisme, violent, tue sa femme, puis cherche à se détruire, mœurs relâchées, pas de délire; responsabilité un peu atténuée.

124. Étranger, 34 ans, vagabond, dépression; irresponsa-

©BIUM

sabilité, liberté; repris peu après, plus affirmé; irresponsabilité, asile.

125. Campagnard, 42 ans, poussé à bout par les voisins, dit-il, leur tire deux coups de revolver; passe pour fou; père aliéné, buveur; irresponsabilité, asile.

126. Homme, 25 ans, vols multiples, obtusion, avoue tout ce qu'on veut; en prison, vole, casse, brise, chante; réponses incohérentes; asile.

127. Homme, 40 ans, moitié fou, moitié fourbe, passe de la prison dans l'asile plusieurs fois; responsabilité atténuée.

128. Militaire, 24 ans, atavisme, antécédents vésaniques, est dégénéré, non encore délirant, chapardeur; responsabilité atténuée.

129. Homme, 38 ans, artiste, érotomaniaque, tire trois coups de revolver sur un concurrent imaginaire; irresponsabilité, asile.

130. 19 ans, scrofuleux, rachitique, attaques caduques, suites d'alcoolisme, pas de délire apparent; responsabilité limitée (acquitté).

131. Étranger, 35 ans, paraissant bourgeois, vagabondage, paroles décousues, incohérentes, entendement affaibli, irresponsabilité, remis en liberté; repris quelques jours après, conduit à l'asile, y meurt en plein délire.

132. Jeune homme, 15 ans, exiguïté physique et intellectuelle, crises de nerfs éclamptiformes, aspect hypnotisé, est somnambule, vol insignifiant, incohérent, exécuté avec beaucoup de difficulté; puis courses dans la campagne; irresponsabilité, liberté, soigné chez lui.

133. Vagabond, 45 ans, mégalomanie, lourdeur; irresponsabilité.

134. Roulant, 41 ans, persécutions, tire un coup de revolver dans une foire; sœur aliénée, passe pour n'avoir pas la tête solide; irresponsabilité, asile.

135. Ouvrier, 32 ans, menaces d'incendie, jadis riche, déclassé et vagabond, mégalomanie, hallucinations; irresponsabilité, asile.

136. Campagnard, dipsomane, 50 ans, persécutions des plus intenses, un coup de pistolet au hasard; irresponsabilité, asile.

137. Idiot, 55 ans, vagabond, mots inintelligibles; asile.

138. Propriétaire, 31 ans, atavisme, intelligent mais déséquilibré initial, n'a rien entrepris, persécutions intenses, tue sa maîtresse d'un coup de revolver; irresponsabilité, asile.

©BIUM

139. 37 ans, paralytique, entendement brouillé; vagabondage, asile.

140. Cultivateur, 47 ans, vol, manie aiguë agitée; irresponsabilité, asile.

141. Campagnard, 41 ans, inculpé d'homicide; en prison a un accès de délire très halluciné, nie le crime; à Sainte-Marie, il devient de mauvaise humeur, inabordable, agressif; renvoyé au jury avec responsabilité atténuée, renvoyé de nouveau à l'examen médical, renvoyé encore avec responsabilité atténuée.

141 *bis*. Sourd-muet, 33 ans, très intelligent, alcoolique, alors terrible dévastateur ; responsabilité légèrement atténuée.

142. Manouvrier, 38 ans, persécutions, quelques hallucinations, homicide par préméditation d'un de ses ennemis; responsabilité atténuée.

143. Vagabond, 45 ans, dément obtus; irresponsabilité, asile.

144. Arabe, 45 ans, vagabond, incompréhensible; irresponsabilité.

145. Campagnard, inculpé d'incendie par vengeance, démence sénile, se félicite, attitudes cataleptoïdes, lourdeur; irresponsabilité, asile.

146. Ancien militaire, 40 ans, puis agent de police, puis ouvrier, délire ambitieux, puis déchéance complète, vol de légumes ; asile.

147. Demi-bourgeois, cabinet d'affaires souvent véreuses, bagout intarrissable, procédurier, lettres d'injures; responsabilité limitée ; fait appel, etc.

148. Homme, 57 ans, minus-habens, dégénéré, accusé de viol et de vagabondage, avoue tout ce qu'on veut; irresponsabilité, asile.

149. Etranger cultivateur, vagabondage, entendement très affaissé, amnésie; irresponsabilité, asile.

150. Alcoolique, 34 ans, atavisme, a battu ses parents, dirigé sur l'asile comme irresponsable ; n'y montre d'autre perturbation que du mécontentement; on lui restitue sa responsabilité, et on le met en liberté bien et dûment prévenu; il n'a plus bougé.

151. Ouvrier, 32 ans, coups et blessures, écrits nombreux et assez extravagants, se défend assez bien, un peu d'atténuation.

152. Bourgeois, 25 ans, déséquilibré initial, n'a jamais pu rien faire de bon, escroqueries, soupçonné de simulation ; restitué à l'autorité militaire.

©BIUM

153. Bourgeois, soi-disant étudiant, 28 ans, ne songe qu'à faire la noce, tire un coup de revolver sur sa maîtresse; pas de délire, peu de sens moral; responsabilité à peine atténuée (acquitté).

154. Jeune homme, 23 ans, bris d'objets publics, agitation extrême, démence, avec impulsivité; irresponsabilité, asile.

155. Marchand, 72 ans, deux séjours à Sainte-Marie et à la Cellette, manie aiguë intense, verbiage, persécutions, coup de pistolet; irresponsabilité, asile.

156. Campagnard, 32 ans, inculpé d'incendie volontaire; idiot, ne se rend aucun compte; irresponsabilité, asile.

157. Ouvrier étranger, délire religieux intense, vagabondage, asile.

158. Vagabond, 32 ans, persécutions, ambition et lourdeur; asile.

159. Vagabond, 45 ans, amnésique depuis son retour des Indes; asile.

160. Vagabond, 29 ans, lourdeur extrême, batteur; asile, puis à son département.

161. Mendiant, 35 ans, menaces, alcoolisme trépidant; irresponsabilité, asile.

162. Campagnard, 43 ans, arrêté criblé de coups, grivèlerie, alcoolique, delirium tremens; irresponsabilité, asile (en est sorti, y a été reconduit).

163. Vagabond, 50 ans, démence; asile, peu après décédé subitement.

164. Vagabond, 79 ans, démence sénile; proposé pour le dépôt de mendicité.

165. Métayer, 51 ans, pauvre intelligence, menaces de mort à son maître, simulacre d'office religieux; irresponsabilité, asile, guéri en six mois.

166. Campagnard riche, bonne instruction primaire, déséquilibré initial, un peu d'atavisme; passe pour fou, à cause de ses nombreuses excentricités; reste plusieurs mois enfermé dans un grenier; à la suite de difficultés avec son père lui tire un coup de revolver; irresponsabilité, asile.

167. Vagabond, 52 ans, vol, démence et parfois excitation; asile.

168. Campagnard, 50 ans, incendie volontaire, vieil alcoolique; persécution, obtusion; irresponsabilité, asile.

169. Vagabond, 54 ans, abruti par alcool; irresponsabilité, asile.

©BIUM

170. Homme, 33 ans, ouvrier, alcoolique, persécutions, donne des coups de couteau à sa femme puis à lui-même ; irresponsabilité, asile.

Femmes :

1. Femme, 64 ans, persécutions, vagabondage, irresponsabilité, asile.

2. Fille, 25 ans, vagabondage, délire très diffus, érotique et persécution, obtusion ; irresponsabilité, asile.

3. Femme, 44 ans, vagabondage, injures, violences, épileptique, amnésie ; irresponsabilité, asile ; décédée deux ans après.

4. Femme, 35 ans, vagabondage, lourdeur et presque amnésie, automatisme ambulatoire ; irresponsabilité, asile.

5. Fille, 23 ans, accès d'agitation extravagante et agressive qui reviennent tous les mois ; en prison, extravagances nombreuses ; irresponsabilité, asile.

6. Fille, 26 ans, lymphatique, un peu de paralysie, attaques épileptiformes suivies d'excitation désordonnée, accusation d'incendie ; irresponsabilité, asile.

7. Vieille femme accusée de plusieurs incendies, pour se venger ; réponses confuses ; prétend avoir une sueur de sang ; envoyée à l'asile pour y être plus étroitement surveillée, y décède quelque temps après.

8. Marchande ambulante, 59 ans, procédurière, caractère des plus violents, injures aux autorités ; d'abord responsabilité atténuée ; à la deuxième fois, irresponsabilité et asile.

9. Femme, 25 ans, automatisme ambulatoire, en prison commet mille extravagances, puis phase de concentration, enfin amélioration ; ordonnance de non-lieu, remise à sa famille.

10. Campagnarde, 43 ans, incendie de maison habitée, atavisme, a eu deux accès de folie, pas d'instruction, loquace et trouble extrême, rien ne peut attirer son attention ; irresponsabilité, asile.

11. Campagnarde, 65 ans, venue à Clermont pour toucher plusieurs millions, prolixité extrême, vagabondage ; irresponsabilité, asile.

12. Fille de ville, 55 ans, vivait de quelques commissions, injures au commissaire, voies de fait à autrui ; irresponsabilité, asile.

13. Fille, 27 ans, délire religieux, trouvée errante ; irresponsabilité, asile.

©BIUM

14. Femme, 43 ans, vagabondage, se dit la bonne Vierge, réclame pension du gouvernement; irresponsabilité, asile.

15. Femme, 52 ans, vagabondage, déchéance intellectuelle qu'on croit alcoolique, hallucinations de la vue terrifiantes; asile.

16. Femme veuve, 45 ans, campagnarde, automatisme ambulatoire; délire de persécutions actif; irresponsabilité, asile.

17. Femme, 44 ans, épileptique, outrages et violences envers l'entourage; irresponsabilité, asile.

18. Femme, 60 ans, vagabondage, dans la misère, affaiblissement intellectuel, marmottage, quelques gestes bizarres; irresponsabilité, asile.

19. Femme, 51 ans, inculpée d'homicide du mari, accès de folie ébrieuse pendant détention; responsabilité limitée, crime non prouvé, ordonnance de non-lieu; remise en liberté, elle se fait reconduire à l'asile peu après.

20. Etrangère, 40 ans, vagabondage, automatisme ambulatoire, amnésie, confusion, antécédents inconnus; asile.

21. Fille, 17 ans, abandonnée, arrêtée brutalement par la police, entre en furie, casse, déchire, mord; en prison, elle tombe dans un abattement sauvage et appelle la mort; pas de délire mais seulement éréthisme mental par adversité; responsabilité limitée.

22. Femme, 28 ans, noie ses trois enfants (*Ann. méd. psych.*, septembre 1890), passe pour folle, caractère fantasque, conduite étrange, atavisme, aucun regret, prétend ne s'en pas souvenir; irresponsabilité, asile.

23. Etrangère, probablement méridionale, ne comprend aucun idiome, marmottage incompréhensible, vagabondage; asile.

24. Femme, 27 ans, inculpée d'infanticide, hystérique à crises cloniques, acte amnésique; asile (*Ann. méd. psych.*, septembre 1890).

25. Fille, 22 ans, vaguant, en temps de neige, au hasard dans la campagne; sauvagerie extrême, rien à en tirer; asile.

26. Demoiselle de ville, 53 ans, un peu simple, réclame un héritage à ses parents imaginaires; éconduite, elle met le feu à un cep de vigne, incendie enfantin; irresponsabilité, asile.

27. Femme, 38 ans, vagabondage; campant avec sa famille en plein champ; imbécillité, ne se rend aucun compte; irresponsabilité, asile.

28. Etrangère, 46 ans, trouvée errante, déchéance intellectuelle, misère, presque plus d'idées; asile.

©BIUM

29. Femme, 44 ans, outrages et rébellion aux gendarmes pour n'avoir pas payé une amende ; en prison, elle entre en fureur et fait mille excentricités ; déjà internée, asile.

30. Femme, 36 ans, tribulations diverses, tempérament hystérique ; dans un moment de désespoir elle pousse son enfant dans l'eau ; reconnue narcoleptique ; irresponsabilité, asile.

NOTA. — Il y aura bientôt deux ans que j'ai adressé ce travail aux *Annales*. Depuis cette époque, j'ai eu à procéder à la rédaction d'autres rapports juridiques ; étant semblables aux précédents, je n'en parlerai pas.

©BIUM

Revue critique.

DE

L'INTERVENTION CHIRURGICALE

CHEZ LES ALIÉNÉS

AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL (1)

Par le Dr Marcel BRIAND

Dans la vie ordinaire, lorsqu'une personne majeure est ou se croit atteinte d'une affection susceptible de nécessiter une opération chirurgicale, elle fait appeler un chirurgien qui lui donne un conseil dicté par la gravité du mal et la chance de survie à l'opération. Le patient, qui jouit de son libre arbitre, reste toujours en dernier ressort, après une ou plusieurs consultations, le seul juge de l'opportunité de l'intervention chirurgicale, à laquelle il demeure libre de se soumettre. Il n'y a d'exception à cette règle que dans le cas où, à la suite d'un grand traumatisme cérébral, ou une grave complication survenue soudainement dans une maladie antérieure, le sujet se trouve dans un état d'obnubilation intellectuelle, plus ou moins voisin du coma. Le chirurgien doit alors se laisser guider uniquement par sa conscience et considérer comme un consentement tacite l'impossibilité où le blessé se trouve de donner son assentiment à l'opération qui va être tentée pour le rappeler à la vie.

S'il s'agit d'un enfant, c'est la volonté de ses père et

(1) Communication faite à la Société de médecine légale de France.

©BIUM

mère ou de son tuteur qui se substitue à la sienne, et personne ne trouve qu'il y ait dans cette substitution un abus d'autorité de la part des parents.

Cette autorité peut cependant s'exercer au point de refuser à un enfant le bénéfice d'une intervention qui lui sauverait la vie. C'est un fait avéré que certains parents ont préféré voir mourir leur enfant plutôt que de lui faire subir une opération devant être suivie d'une difformité.

A l'hôpital civil, les rapports du patient et de l'homme de l'art restent les mêmes que dans la famille. En cas de désaccord, le chirurgien, s'il a la conviction que la guérison du mal n'est possible qu'au prix d'une opération, est tout au plus en droit de mettre son malade en demeure d'opter entre son *exeat* et son consentement à l'opération.

A l'hôpital militaire, les conditions ne sont pas beaucoup changées, si ce n'est par cette circonstance que le malade n'a pas le choix du médecin dont il recevra les soins et qu'il ne peut quitter l'hôpital. Le médecin qui l'opérera lui est imposé par des circonstances indépendantes de la volonté de l'un et de l'autre.

C'est la seule atteinte morale qui soit portée à la liberté individuelle du militaire. Elle remonte en fait au jour de son incorporation dans l'armée.

Les prisonniers jouissent à peu près de la même liberté que le soldat.

En est-il de même pour les aliénés séquestrés dans les asiles?

Avant de répondre à la question, examinons quel est le statut personnel de l'aliéné.

L'aliéné, comme le prisonnnier, est privé de sa liberté (loi du 30 juin 1838) et, de même que le prisonnier ou le militaire, il n'a pas le choix du médecin qui lui donnera ses soins.

Si nous examinons comment il a pu être privé de sa liberté, nous trouvons qu'il a été placé à l'asile, soit en vertu de sa propre demande, d'une demande de la famille ou même d'un étranger plus ou moins en relations avec lui (article 8 de la loi du 30 juin 1838), soit en vertu d'un arrêté préfectoral (article 18 de la même loi).

©BIUM

Nous sommes ainsi amenés à rechercher si la nature du placement doit influer sur la décision du chirurgien.

Le Dr Billod (1) fait une distinction, que nous regrettons de rencontrer sous la plume de cet éminent administrateur, entre les aliénés placés volontairement dans les maisons de santé privées ou dans les pensionnats joints aux asiles publics et ceux des asiles publics. Il nous est difficile de comprendre pourquoi la règle ne serait pas la même pour les aliénés riches, médiocrement fortunés ou pauvres. Nous citons textuellement (2) : « L'obligation d'informer les familles et de leur demander l'autorisation de pratiquer sur les malades une opération jugée nécessaire est beaucoup plus stricte à l'égard des malades placés dans les maisons de santé qu'à l'égard de ceux qui sont traités dans les asiles publics... » Billod conclut : « On peut établir cette règle que, pour les aliénés placés volontairement, en vertu de l'article 8 de la loi, dans les maisons de santé, le devoir et, je crois pouvoir ajouter, l'intérêt des chefs de ces établissements, est de prendre l'assentiment des familles, dans le cas où une opération est jugée nécessaire ; qu'il en est de même pour les aliénés placés au même titre dans les pensionnats des asiles publics ; que pour les aliénés placés dans ces derniers établissements, le médecin remplit un devoir de convenance en prévenant les familles et en leur demandant leur adhésion écrite et, qu'en cas de refus, il doit passer outre, sauf à couvrir sa responsabilité par une consultation de plusieurs médecins étrangers à l'établissement. »

Il semble résulter de ces conclusions que, si les familles ne donnent pas leur assentiment à une opération chirurgicale nécessaire, les aliénés des maisons de santé ne seront pas opérés, tandis que ceux des asiles publics peuvent l'être même contre le gré de leur famille.

N'est-il pas curieux de constater que la distinction établie par le regretté médecin directeur de Vaucluse est tout à l'avantage de l'aliéné soumis au régime com-

(1) Billod. *Annales médico-psychologiques*, mai 1896, p. 368.
(2) *Loc. cit.*, p. 379.

©BIUM

mun, puisque c'est l'opportunité de l'opération qui, seule, entrera dans la balance à l'exclusion de sa propre volonté ou de celle de sa famille? Etait-ce bien la conséquence à laquelle Billod prétendait aboutir. — Nous ne le croyons pas, et nous pensons qu'il voulait plutôt accorder le privilège de l'*habeas corpus* aux seuls aliénés séquestrés dans les maisons de santé ou les pensionnats. Peut-être espérait-il faire disparaître, au moins pour les classes riches, l'infériorité dans laquelle ils se trouvent vis-à-vis du malade ordinaire, qui peut toujours choisir le médecin auquel il se confie, puisque les aliénés riches ont toujours la faculté de changer d'établissement, si l'opération qu'on leur propose ne leur convient pas. Cette latitude n'est pas permise aux indigents d'un département où n'existe qu'un seul asile. — Quoi qu'il en soit, la formule appliquée à l'aliéné de l'asile public est peut-être meilleure à retenir que l'autre, car elle nous paraît mieux en rapport avec le véritable intérêt des aliénés.

La famille, en effet, a-t-elle qualité pour donner une opinion sur une question dans laquelle elle ne peut réellement être considérée comme partie ni être juge, et cela en raison même de son incompétence? — Qu'entend-on, d'ailleurs, par famille? — Se limite-t-elle aux ascendants, descendants, frères et sœurs, mari ou femme? Ou bien comprendra-t-elle tous les parents susceptibles d'hériter? — Ce serait aller un peu loin dans l'interprétation, parce que les décisions de certains alliés seraient dictées par le sentiment qu'inspire souvent un parent fou, qui déshonore, croit-on, la famille et dont, circonstance aggravante, on est héritier.

S'il y a désaccord entre les ayants droit, qui les départagera? — Le conseil de famille, ainsi que le prescrit le paragraphe 7 de l'article 14, en ce qui concerne les demandes de sortie? — Qu'adviendra-t-il alors du malade pendant l'accomplissement des formalités? — Ce sont là autant de questions qui, n'étant pas susceptibles d'une solution identique, ne doivent pas être posées. On ne peut cependant feindre d'ignorer qu'elles existent.

Est-il encore nécessaire de faire remarquer que, par analogie avec le *modus faciendi* du placement volontaire qui peut être sollicité à défaut de la famille par un

©BIUM

étranger, on arriverait à cette conséquence, au moins bizarre, qu'un étranger, mis par le hasard sur le chemin d'un aliéné dont, par humanité, il aura signé la demande de placement, serait appelé à décider si cet aliéné subira ou ne subira pas telle ou telle opération !

Le rôle du chirurgien vis-à-vis de l'aliéné a été discuté tout dernièrement dans une autre enceinte et a donné lieu, devant la Société de chirurgie, à un échange de vues montrant toute l'importance de la question que nous soulevons aujourd'hui.

Nous estimons, pour notre part, que les raisons déterminantes de l'intervention chirurgicale, loin d'être empruntées à des considérations étrangères au malade, doivent uniquement découler de son observation étroite, à l'exclusion de toute autre préoccupation.

Lorsque l'aliéné compromet l'ordre public ou la sûreté des personnes, c'est par un arrêté préfectoral qu'il est privé de sa liberté. Les parents n'interviennent en rien dans la détermination prise par l'autorité administrative. La famille est légalement ignorée du médecin qui, en fait, ne la connaît souvent pas. Le chirurgien appelé en consultation par le médecin traitant ne peut donc, dans ce cas, provoquer l'avis des parents. Il ne s'inspirera, dans sa détermination, que de l'état mental de l'aliéné et de la gravité des lésions matérielles qui mettent en question son intervention.

Tiendra-t-il compte du refus que pourra lui opposer l'aliéné? Nous voudrions ne traiter notre sujet qu'au point de vue strictement légal ; mais il est bien difficile d'en écarter le côté déontologique, surtout à une époque où l'on discute l'opportunité de la création d'un ordre de la médecine, car il est bien évident que, si cet ordre venait jamais à voir le jour, les grandes lignes de la déontologie actuelle serviraient de base statutaire à tous les essais tentés dans cet ordre d'idées. Aussi devons-nous préciser par quelques exemples les problèmes fort embarrassants qui se présentent dans la pratique de la médecine mentale. Ils se rencontrent tout aussi fréquemment dans les placements d'office que dans les placements volontaires. Néanmoins, la facilité laissée à l'aliéniste de rendre purement et simplement à sa famille tout aliéné inoffensif placé volontairement coupe

©BIUM

court à toute difficulté en créant une échappatoire dont profitera le médecin soucieux de s'éviter des ennuis.

Le médecin ne peut recourir à la même solution en face d'aliénés séquestrés d'office par l'autorité administrative qui a seule qualité pour les rendre à la liberté.

Ce sont ces cas qui deviennent très embarrassants et dont quelques-uns seront rappelés utilement à titre d'exemple. Voici tout d'abord une jeune fille majeure atteinte d'un délire de persécution à début brusque. Plusieurs médecins, aliénistes ou gynécologistes, qui la virent en province, ayant constaté dans son utérus l'existence d'un volumineux corps fibreux, et pensant que les troubles de la menstruation paraissaient devoir être invoqués dans l'étiologie de sa folie, conseillèrent de pratiquer l'hystérectomie.

La malade fut amenée par sa famille à un chirurgien de Paris qui la prit en observation dans son service. Bientôt l'agitation de l'aliénée ne permit plus de la conserver à l'hôpital où elle devenait un danger, et le préfet de police la séquestra d'office dans un asile. Là, on put constater que la folie allait s'aggravant, en même temps que le corps fibreux déterminait des métrorragies plus inquiétantes. Le médecin traitant et un chirurgien appelé en consultation furent d'avis qu'une hystérectomie s'imposait.

L'aliénée, quoique lamentablement persécutée, était très lucide et se refusait à toute opération, malgré les plus vives insistances du père, de la mère et d'une sœur. La malheureuse invoquait, pour expliquer sa résistance, des arguments reposant sur des raisons vraisemblables, mais dictées par son délire de persécution. « Ma sœur, objectait-elle, a tout intérêt à me faire opérer, parce que, si je meurs, elle héritera seule de nos parents. » Cette constatation était exacte ! Mais ce qui était inexact, c'était de croire que les encouragements de cette sœur fussent inspirés par un pareil sentiment. « Mes parents? Ne suis-je pas majeure ? Ça ne les regarde pas ! » C'était encore vrai. Ce qui l'était moins, c'est la pensée qu'un père et une mère pussent se désintéresser de la santé et de la folie de leur enfant. Le cas était embarrassant. La malade, dont l'état physique devenait de plus en plus inquiétant, fut opérée et guérit de

©BIUM

son affection utérine. Les troubles intellectuels seuls, hélas ! persistèrent.

Si les métrorragies utérines n'avaient pas tranché la question en forçant la main de l'opérateur par les dangers qu'elles faisaient courir à cette femme, celle-ci devait-elle être quand même opérée ? — Le problème est des plus embarrassants. Nous penchons néanmoins pour l'affirmative, parce que plusieurs hommes de l'art qui l'avaient vue étaient d'avis qu'il y avait une relation de causalité entre son fibrome et sa folie. Nous ne croyons pas que le médecin puisse trouver une justification à sa temporisation dans le refus d'un aliéné de subir une opération, quand il évident que ce refus est lui-même causé par le trouble profond des facultés intellectuelles.

La folie est une des affections les plus épouvantables qui frappent l'humanité. Le médecin doit tout mettre en œuvre pour la combattre, même contre le gré de l'aliéné qui demeure presque toujours, il ne faut pas l'oublier, dans l'ignorance complète de son état mental.

Si cette femme s'était améliorée, elle aurait pu quitter l'asile avant complète guérison, et, poussée par ses idées de persécution, intenter une action en dommages-intérêts au chirurgien qui l'a opérée. Que serait-il advenu ? — Nous l'ignorons. C'est aux magistrats qui nous entendent que nous demandons une réponse ; mais ce qui nous tranquillise, c'est que cette même aliénée, si on ne l'eût pas opérée, aurait pu tout aussi volontiers, mais avec plus de raison, se plaindre de ce qu'on l'eût privée de la seule chance qu'elle eût conservée de guérir et de sa folie et de sa maladie utérine.

Il n'est pas rare, vous le savez, messieurs, que les aliénés sortis des asiles s'adressent aux tribunaux pour obtenir des indemnités à la suite de prétendus préjudices qui leur ont été causés. Ce sont tantôt les médecins, tantôt les directeurs d'asile, tantôt les administrateurs provisoires de leurs biens qui sont pris à partie.

Un aliéniste des plus distingués eut à se défendre devant les tribunaux d'avoir illégalement séquestré un aliéné qui, après évasion, avait trouvé un homme d'affaires pour prendre sa cause en main. Le médecin dut prouver qu'il n'était pour rien dans les sensations élec-

©BIUM

triques ressenties par son malade, quand celui-ci se promenait dans Paris, et que jamais il ne l'avait empoisonné!

Un de nos maîtres fut poursuivi par une mère de famille, à propos d'un certificat délivré sur la demande de l'autorité judiciaire pour la nomination d'un conseil de famille pendant que cette aliénée était en traitement dans un asile.

Un chirurgien des plus scrupuleux de notre connaissance se vit aussi l'objet d'une demande d'indemnité considérable de la part d'un aliéné auquel il avait enlevé un testicule cancéreux. Mû par un sentiment des plus honorables, l'opérateur avait pris soin de remplacer l'organe absent, comme cela se fait souvent en pareil cas, par un testicule artificiel, en laissant croire au malade qu'il avait pu le lui conserver. Plus tard l'aliéné apprit la charitable supercherie et déposa contre le chirurgien une plainte qui fut instruite. Ce savant confrère n'en a pas encore fini avec son fou qui continue à lui écrire de province des lettres menaçantes.

Nous n'en finirions pas si nous voulions passer en revue tous les cas analogues qui se sont présentés ou qui sont susceptibles de se présenter dans la pratique médicale.

De semblables mésaventures sont moins désagréables à Paris qu'en province, parce qu'à Paris le parquet, mieux éclairé par la multiplicité des cas qui lui sont soumis, les ramène à leur juste valeur. Il n'en est pas toujours de même en province, où de jeunes magistrats, moins au courant des mœurs des aliénés en liberté, prennent parfois leurs dires, qui sont souvent vraisemblables, pour des réalités.

Si nous recherchons quelle est, en matière d'intervention chirurgicale, l'opinion des chirurgiens qui ont le plus approché les aliénés, nous trouvons cette explication formulée par MM. Pozzi et Picqué, chirurgiens des asiles de la Seine, dans un rapport adressé au Préfet de la Seine sur le service qui leur est confié :

« Les diagnostics difficiles soumis à l'appréciation du chirurgien, écrivent-ils, sont fréquents, et leur nombre en augmente naturellement chaque jour. Ils ont trait le plus souvent à des traumatismes, si fré-

©BIUM

quents dans les asiles, ou à des questions d'opportunité opératoire chez des malades qui ne sont que temporairement internés ; sous le premier rapport, ce sont de nombreux cas de fractures préarticulaires compliquant des entorses ou des contusions articulaires, ou bien encore des luxations compliquant des fractures ; ce sont des plaies au voisinage des cavités viscérales ou articulaires, toutes questions délicates d'où dérivent des traitements particuliers, ou des interventions spéciales et dont la solution, importante pour le malade, mais souvent difficile, exige toute l'attention du chirurgien. Quant aux cas d'opportunité opératoire qui nous sont soumis, ils présentent à résoudre les mêmes facteurs que dans la pratique courante. Etablir une indication chirurgicale est chose malaisée dont nous n'avons pas à faire ressortir ici toutes les difficultés.

« Mais ici, une nouvelle difficulté se présente, qui exige toute la compétence des médecins-aliénistes et leur précieux concours dans nos interventions opératoires. La population des établissements d'aliénés comprend, en effet, deux catégories bien distinctes : 1° les incurables, qui doivent rester indéfiniment dans l'asile ; 2° les malades qui ne sont internés que pour un temps très limité, ceux qui viennent des services de chirurgie des hôpitaux et dont le nombre est considérable. Ce sont les malades qui sont susceptibles de reprendre la vie ordinaire et qui ont plus particulièrement besoin de la sollicitude du chirurgien.

« ... Si l'on prend en bloc les opérations pratiquées dans les asiles dans les huit dernières années, on voit qu'elles ont eu pour but et pour résultat :

« 1° De guérir des malades en danger de mort, quel que soit leur état mental (inflammations diverses, kélotomie) ;

« 2° De prolonger l'existence, de conserver un membre ou un organe important, de guérir radicalement des malades susceptibles de guérison mentale ;

« 3° D'amender souvent ou de guérir quelquefois même certaines affections mentales. »

Ces quelques lignes empruntées à deux chirurgiens dont la compétence professionnelle ne saurait être mise en doute montrent l'importance de la question qui

©BIUM

vous est soumise. Il en résulte que si, d'une part, aucune opération ne doit être décidée à la légère, encore moins chez l'aliéné que chez l'homme sain d'esprit, il ne faut pas oublier, d'autre part, que certaines opérations ont pu rétablir l'équilibre dans un état mental défectueux. Est-on autorisé à tenter dans certains cas ces opérations à l'insu d'un aliéné ou malgré lui, avec ou sans l'assentiment de sa famille?

Toute la question est là!

Nous n'ignorons pas qu'en médecine légale chaque cas particulier, susceptible de donner une interprétation différente d'une autre, en apparence très voisine, doit être examiné, et que nous ne saurions tirer de conclusions fermes en restant dans les généralités.

Néanmoins, comme nulle autre Société n'a plus de compétence que la vôtre pour discuter une semblable question, je suis venu la poser devant vous, non pas, messieurs, dans la pensée qu'il pourra y être répondu par des conclusions fermes, mais parce que les avis que vous voudrez bien exprimer et qui, ne comportant aucun vote, ne sauraient engager la Société, seront recueillis avec avidité par le praticien désireux de mettre d'accord ses droits, ses devoirs et sa conscience avec l'intérêt bien entendu des aliénés qui lui sont confiés.

Dans un rapport à la Commission de surveillance des asiles au sujet de la création d'un pavillon de chirurgie à Sainte-Anne, M. le Dr Thulié s'exprime ainsi à propos de l'opportunité de l'intervention chirurgicale chez les aliénés : « Ici se présente une question de médecine légale que nous n'avons pas à résoudre, mais qui doit nous préoccuper. Dans quelles conditions l'intervention chez des aliénés, par conséquent chez des irresponsables, pourra-t-elle avoir lieu? Il est évident que, dans les cas d'urgence, quand la mort est inévitable et prochaine sans le secours du chirurgien, dans les blessures artérielles, la hernie étranglée, etc., etc., le doute ne peut exister; le devoir est d'agir le plus rapidement possible. Mais, dans les grandes opérations, comme l'extirpation d'un fibrome utérin, d'un kyste de l'ovaire, l'ouverture de la vessie chez un prostatique, etc., quelles précautions le médecin et le chirurgien devront-ils prendre pour n'encourir aucune responsabilité et n'en

©BIUM

faire encourir aucune à l'Administration? Jusqu'ici l'intervention chirurgicale n'a lieu que sur l'appel du médecin que la famille a autorisé par écrit. Mais, dans le cas de refus de la famille, s'il est reconnu et avéré que l'opération est indispensable pour éviter la mort à une échéance plus ou moins lointaine, et que cette opération deviendra impossible à bref délai ! S'il est indiqué, de plus, que l'affection chirurgicale, par sa suppression même, pourra amener la guérison ou tout au moins l'amélioration de la maladie mentale, quelle détermination pourra-t-on prendre? Aujourd'hui, il n'y a qu'à s'abstenir. D'autre part, pour les malades dépourvus de leur famille, qui sera appelé à intervenir entre l'irresponsable et d'ardents praticiens, quelquefois trop friands de la lame ? N'est-il pas nécessaire de le déterminer?

« D'autant mieux que des questions intéressantes surgissent et rendent cette question de médecine légale plus pressante. Des exemples doivent nous frapper : dans quelques pays étrangers, on a considéré l'intervention chirurgicale comme nécessaire pour la guérison de certains cas de folie. Et ici il n'est pas question de la trépanation dans la paralysie générale qui n'a pas eu de meilleurs résultats que la trépanation des petits idiots. Il s'agit surtout d'opérations sur les organes génitaux de la femme. Au Canada, on a organisé un service gynécologique opératoire dans un asile d'aliénés.

« Vous avez pu lire, dans le remarquable rapport de M. Febvré, que cet honorable praticien considère l'intervention chirurgicale comme nécessaire pour le traitement de certaines maladies mentales.

« La chirurgie, dit-il, appliquée à certaines affections de l'utérus et de ses annexes, donne parfois des résultats surprenants. » Et, plus loin : « Non seulement les interprétations délirantes peuvent disparaître à jamais après une intervention chirurgicale opportune, mais encore le délire lui-même, surtout quand il est constitué par des obsessions, par des phobies dont la genèse doit certainement être recherchée dans un état de souffrance de l'organisme, peut se dissiper complètement. »

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE SOLENNELLE DU 29 MAI 1899.

Présidence de M. J. VOISIN.

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

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de remerciements de M. Chagnon, nommé membre associé étranger ;

2° Une lettre de M. Alder Blumer, médecin de l'asile d'Utica (Etats-Unis), posant sa candidature au titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Brunet, Ritti et Semelaigne, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1° Un travail de M. Al. Pilcz : *Tumeur cérébrale et intervention chirurgicale* ;

2° Le n° 5 du *Bulletin de la Ligue nationale contre l'alcoolisme.*

Rapport de la Commission du Prix Moreau (de Tours).

M. Boissier. — Messieurs, la Commission du Prix Moreau (de Tours), composée de MM. Ballet, Vallon, Moreau (de Tours), Arnaud et Boissier, a examiné huit thèses inaugurales, toutes dignes de l'attention minutieuse dont elles ont été l'objet de notre part. Cinq de ces travaux s'imposaient surtout comme devant entrer en ligne, parmi lesquels enfin trois nous ont paru avoir un mérite plus évident. Voici l'exposé rapide de ces huit mémoires.

©BIUM

Celui qui porte le n° 8 : *Etude sur la lypémanie anxieuse*, par le Dr Eugène François, tend à faire de la lypémanie anxieuse un syndrome spécial, autonome et défini, qui n'est ni un épisode, ni un aspect passager, ni une variété dans la forme délirante de la mélancolie. Ce syndrome doit porter le nom de *lypémanie* et non celui trop vague de mélancolie, le signe fondamental en est l'angoisse. A la suite du traitement viennent des considérations particulières sur les améliorations à apporter aux asiles d'aliénés. La discussion est peut-être un peu subtile, et malgré le travail sincère que dénote cette dissertation, elle n'a pas entraîné suffisamment notre conviction.

Le n° 1 : *Etude clinique du dynamisme psychique*, par le Dr Henri Aimé, porte en manchette la devise *Mens agitat molem* ; c'est dire que l'auteur nous ramène à la vieille question de l'influence du moral sur le physique, mais sous une forme moderne, sur le terrain clinique et à la manière de l'Ecole de Nancy. L'élément dynamique morbide est « toute action nerveuse anormale qui ne correspond à aucune altération organique apparente connue et durable ; elle se compose d'idées d'émotions et dépend de l'individualité psychique ». Elle est susceptible d'être effacée par une autre action dynamogénique thérapeutique telle que la suggestion. En un mot, c'est l'étude de l'action pathogénique des idées et de leur action curative. Trop d'observations, car à côté de quelques-unes très bonnes, beaucoup d'entre elles peu significatives nuisent à l'enchaînement de la discussion trop théorique et insuffisamment soutenue par une bibliographie un peu maigre en regard d'un titre aussi vaste.

Le n° 3 : *L'Idée fixe et son rôle en pathologie mentale*, par le Dr Gustave Laurent, ne tient peut-être pas non plus tout à fait les promesses du titre, malgré les sérieuses qualités de ce mémoire. La première partie traite de l'idée fixe en général ; l'idée fixe normale est une conception raisonnée consécutive à des vues préalables et ayant un but déterminé ; elle peut être absurde, mais elle est voulue, travaillée et consécutive, malgré son apparence spontanée. L'idée fixe pathologique est par contre une conception délirante toujours déraisonnable

©BIUM

ou absurde, manquant de base, née *ex abrupto* sans opération préparatoire, stable dès l'origine et reposant sur une altération du sens critique, un trouble dans le débit de l'association des idées ; elle diffère de l'obsession qui est un trouble émotif, de l'idée délirante passagère et de l'idée fausse. L'auteur constate dans l'hystérie, la neurasthénie, la migraine ophtalmique, et chez les dégénérés la présence de cette idée fixe qui peut même constituer tout le délire et revêt sa forme parfaite dans le délire de persécution à évolution systématique.

Avec le n° 6 : *Le Gâtisme au cours des états psychopathiques*, par le Dr Marcel Manheimer, nous arrivons à une série de travaux meilleurs. Celui-ci est à peu près la seule étude embrassant l'ensemble de cette question qui ait jusqu'ici paru et il est plus qu'une mise au point. Historique très bien divisé en périodes prophylactique, clinique, pathogénique ; revue statistique, rien ne manque pour compléter cet ouvrage dont les chapitres tels que psycho-physiologie des sphincters et pathogénie générale des troubles sphinctériens contiennent des aperçus originaux et des classifications très ingénieuses, et dont l'intérêt s'accroît encore de vues pratiques sur l'aménagement des services de gâteux et des cellules, sur la situation et la diminution de nombre des gâteux à l'asile dans des conditions données. Cette thèse serait entrée en ligne en bonne position si elle n'avait été déjà deux fois couronnée par la Faculté et par l'Académie de médecine.

Le n° 5 : *Etude critique sur les psychoses dites post-opératoires*, par le Dr Victor Truelle, est d'une richesse documentaire vraiment remarquable ; la netteté de la discussion dénote un sens clinique profond et précis et une grande habitude de la psychiatrie. Pour cent opérations, il n'y a guère que un ou deux délires ; parmi ceux-ci un grand nombre n'éclatent que tardivement après l'intervention, ce qui, avec l'abondance des autres causes constatées dans ces mêmes cas, doit faire de beaucoup réduire le nombre des délires *vraiment* post-opératoires. Ces vrais délires post-opératoires eux-mêmes n'ont pas de caractère *sui generis* en leurs manifestations, et leur cause spéciale est loin d'être univoque puisqu'elle peut tenir plus ou moins au traumatisme, à

©BIUM

l'un des agents anesthésique, antiseptique, infectieux, ou encore à l'auto-intoxication. Le rôle principal est dévolu à l'infection d'une part, mais avant tout au shock moral, à la crainte de l'opération, crainte dont l'exagération démasque déjà la prédisposition que révèle d'ailleurs la forme même des délires.

L'acte opératoire n'est donc que la cause occasionnelle agissant sur un organisme prédisposé. Ce très intéressant mémoire, bien que terminé bien avant le Congrès de 1898, a perdu du fait de celui-ci un peu de son originalité ; il présente aussi un peu moins d'ampleur que les suivants.

Le n° 2 : *Les Persécutés-mélancoliques*, par le Dr Gaston Lalanne, se distingue aussi par l'abondance et le choix des faits, autant que par l'heureuse ordonnance et par la clarté méthodique de tout le travail. Celui-ci nous montre une catégorie de malades présentant des délires associés ou combinés de persécution et de mélancolie dont l'histoire scientifique comprend trois périodes : d'abord perdus dans les lypémanies d'Esquirol qui englobait sous ce nom les mélancoliques et les persécutés, ils ont été encore perdus de vue en tant que formes mixtes quand le délire de persécution fut séparé de la mélancolie, jusqu'au moment où les formes mixtes ont enfin attiré l'attention. Dès lors, les persécutés mélancoliques forment un groupe homogène où M. Lalanne distingue un certain nombre de variétés cliniques : 1° Délire de persécution et de mélancolie se succédant sans se combiner ; 2° et 3° états mixtes, malades d'abord persécutés ou d'abord mélancoliques devenant ultérieurement persécutés-mélancoliques ; 4° délires mixtes d'emblée ; 5° mixtes avec prédominance d'idées hypocondriaques ; 6° délires mixtes chez les persécutés persécuteurs. Ces malades sont caractérisés dans leurs traits généraux par l'ensemble des symptômes de délire mélancolique complet combiné avec des idées de persécution systématisées ; ils finissent souvent par le suicide. L'hérédité et la prédisposition neuropsychopathique jouent un grand rôle comme facteurs étiologiques. La guérison assez fréquente dépend cependant de la nature du délire prédominant et de l'âge du sujet. Les persécutés-mélancoliques peuvent se placer exacte-

©BIUM

ment à côté des délires polymorphes des dégénérés et des délires à systématisation limitée.

La même aisance d'exposition basée sur une solide possession de la pathologie et de la clinique mentale caractérise le mémoire n° 4 : *Contribution à l'étude de la descendance des paralytiques généraux*, par le Dr Lucien Wahl. C'est une réponse à la proposition émise par MM. Christian et Ritti dans leur article du Dictionnaire de Dechambre, en ces termes : « *il serait du plus grand intérêt de savoir ce que deviennent les enfants des paralytiques généraux* ». L'auteur déclare modestement qu'il ne prétend pas trancher la question, mais assembler un choix de matériaux à l'appui de cette solution ; et, de fait, sobre de dissertations et de discussions, ce travail est surtout un copieux recueil de soixante très bonnes observations habilement classées et précédées d'une revue générale complète de tout ce qui a été écrit incidemment à ce sujet. Les enfants des paralytiques généraux meurent souvent en bas âge, ce qu'explique abondamment la nature des causes de la maladie des ascendants : syphilis, alcoolisme, surmenage ; ils sont, d'autre part, prédisposés aux affections du système cérébro-spinal, paralysie infantile, affections convulsives, et aux maladies mentales sous toutes leurs variétés parmi lesquelles l'hérédité similaire est encore la plus rare. Enfin, chez ces descendants de paralytiques généraux, les maladies mentales les plus communes sont la dégénérescence à tous ses degrés : idiotie, imbécillité, débilité et instabilité mentales. On a cherché à montrer que l'hérédité congestive existait seule chez de tels sujets en opposition à l'hérédité vésanique. Les faits contredisent cette distinction. Toutes les affections nerveuses avec ou sans lésions peuvent se rencontrer chez les descendants des paralytiques généraux.

Le mémoire n° 7 : *L'Illusion de fausse reconnaissance* ou contribution à l'étude des conditions psychologiques de la reconnaissance des souvenirs, par le Dr Eugène Bernard-Leroy, mérite les mêmes éloges et les mêmes remarques ; mais la documentation est encore plus riche et l'ensemble plus complet, et plus original peut-être. La fausse reconnaissance consiste en ce qu'il semble au sujet voir pour la seconde fois et reconnaître un ensem-

©BIUM

ble de circonstances, avec leurs détails, en réalité nouveau. Les explications parues jusqu'ici sont insuffisantes, de l'aveu même de leurs auteurs. M. Bernard-Leroy n'a pas la prétention de donner cette explication ; mais il se propose d'éclaircir le sujet, ce qu'il fait au moyen de 86 observations qui occupent dans son travail 160 pages sur 250 et qu'il a obtenues grâce à la méthode du questionnaire, appliquée avec une ingénieuse série de 36 questions.

L'illusion « du déjà vu » porte sur le total des états affectifs qui se trouvent dans le champ de la conscience à l'instant considéré ; elle survient dans des circonstances quelconques, elle est instantanée et atteint d'emblée toute sa perfection ; elle est le plus souvent courte et toujours nette. Elle peut se présenter sous deux conditions : à l'état de veille dans la vie courante, ou pendant le rêve. La reconnaissance est généralement immédiate, quelquefois tardive. Sa grande fréquence chez certains sujets lui donne l'apparence de la continuité. Les phénomènes accessoires qui accompagnent l'illusion sont variables et présentent tous les degrés depuis l'angoisse la plus intense et le vertige jusqu'à une simple gêne ou une curiosité indifférente qui n'est quelquefois même pas sans un certain plaisir. Au moment de l'accès, les objets extérieurs peuvent prendre un aspect étrange pour le sujet ; ils se présentent à lui comme dans un rêve, ou avec l'illusion de l'éloignement comme vus par le gros bout d'une lorgnette, et le sujet lui-même éprouve une sorte de dédoublement ou mieux de dépersonnalisation. Les conséquences de la fausse reconnaissance sont nulles pour les intelligences saine et actives ; elle peut cependant provoquer des conceptions délirantes, la négation du fait actuel, l'avance dans le temps ; la croyance à un pressentiment antérieur lointain ou immédiat ou à un rêve oublié desquels le fait actuel serait la réalisation ; enfin, elle entraîne quelquefois l'idée, fausse d'ailleurs, qu'on va pouvoir prévoir la suite des faits en cours. Elle a peu d'influence sur les aliénés qui l'interprètent simplement dans le sens de leur délire en l'aggravant ainsi plus ou moins.

Pour distinguer une fausse reconnaissance d'une simple erreur de mémoire, le meilleur critérium est l'aspect

©BIUM

de reproduction identique ; une simple analogie d'ensemble ne suffit pas, il faut l'identité de tous les détails même les plus infimes. La fréquence du phénomène est grande, mais il est difficile d'en fixer le chiffre selon la totalité des individus ou selon le sexe ; on le retrouve souvent dans l'enfance même avant la puberté ; l'influence de la fatigue et de l'épuisement paraît faible, celle des intoxications, des infections des états émotionnels paraît nulle ; enfin les névropathes ne sont pas plus exposés à cette illusion que les gens normaux. L'auteur passe enfin en revue les interprétations proposées : interprétations erronées de données normales de la conscience ; — indépendance fonctionnelle des deux hémisphères entraînant la superposition incomplète des deux images ou « diplopie mentale » ; — présentation télépathique, retard entre la sensation brute et l'aperception donnant à celle-ci l'apparence ancienne ; — phénomène morbide d'écho, de répétition intérieure ou « diplopie dans le temps » ; — qualité de l'image dans le temps, la première étant réelle et la seconde hallucinatoire. M. Bernard-Leroy propose l'apparition anormale de ce que M. Ribot a appelé « un sentiment intellectuel » comme explication du phénomène de fausse reconnaissance et des faits accessoires de dépersonnalisation qui l'accompagnent ; apparition anormale dont les vrais causes sont inconnues.

Ce dernier travail a été jugé le meilleur ; en conséquence, la Commission vous propose, Messieurs, de décerner le prix Moreau (de Tours) au mémoire de M. Bernard-Leroy, sur l'*Illusion de fausse reconnaissance*, et d'accorder, en outre, une mention très honorable au travail de M. Wahl, sur la *Descendance des paralytiques généraux*, et à celui de M. Lalanne, sur les *Persécutés-mélancoliques*.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées : M. Bernard-Leroy est proclamé lauréat du prix Moreau (de Tours) ; des mentions honorables sont accordées à MM. Wahl et Lalanne.

©BIUM

Rapport de la Commission du prix Belhomme.

M. PAUL SOLLIER. — Messieurs, vous avez chargé une commission composée de MM. Bouchereau, Bourneville, Briand, Séglas et Sollier de vous présenter un rapport sur les mémoires pour le prix Belhomme. Je suis à mon tour chargé par ces messieurs de vous rendre compte des conclusions de cette commission, auxquelles nous espérons que vous voudrez bien souscrire.

Deux mémoires seulement nous étaient soumis. Je vous rappelle que la question posée était : Du système musculaire chez les idiots et son éducation. Elle comportait donc deux choses distinctes; d'une part, l'étude anatomique, normale et comparée, physiologique, pathologique et même anthropologique du système musculaire chez les idiots, et, d'autre part, les méthodes d'éducation de ce système musculaire ainsi défini. Or ni l'un ni l'autre des concurrents n'a envisagé la question dans son entier. L'un, le n° 1, s'est borné à l'étude pédagogique et n'a pas même effleuré l'étude anatomique et physiologique ; l'autre, tout en comprenant plus largement la question, a tout écourté et est très incomplet.

L'auteur du mémoire n° 1 ne consacre que 5 pages à l'étude du système musculaire de l'idiot. C'est dire que ce point n'est même pas touché. Par contre, tous les procédés employés pour développer ce système musculaire sont exposés avec détails, et l'auteur paraît en avoir une certaine expérience personnelle. Il expose ces procédés suivant que l'on a affaire à des idiots profonds ou légers, ou à des imbéciles et des arriérés, et suivant qu'ils présentent quelques complications telles que des paralysies, des tics, des spasmes, etc., et en général tous les troubles variés que l'on rencontre chez les idiots. C'est une simple énumération de méthodes bien connues aujourd'hui, et qui sont employées journellement dans le service de M. Bourneville. Mais aucun examen critique n'en est fait, ni aucune modification nouvelle ou amélioration n'en est présentée. En omettant complètement le côté physiologique de la question, l'auteur a enlevé à son travail tout caractère scientifique et n'a abouti qu'à

©BIUM

une œuvre que pourrait signer tout instituteur d'idiots non médecin.

Dans le mémoire n° 2, qui comprend 187 pages, 138 sont consacrées à des observations et à des réflexions que suggèrent ces différents cas, réflexions d'ailleurs extrêmement brèves. Si intéressantes qu'elles soient, ces observations tiennent une place beaucoup trop grande, et la question elle-même se trouve ramenée à une étude tout à fait superficielle. Si l'on en excepte en effet ce qui a trait à l'historique de l'éducation des idiots, qui n'a rien de spécial pour le système musculaire ou peu de chose, la partie qui traite réellement le sujet ne comporte qu'une quarantaine de pages, dont treize sont empruntées à un autre auteur pour ce qui concerne le traitement des troubles de la parole, et dont huit autres sont consacrées à celui du mérycisme, d'après le travail de MM. Bourneville et Séglas, du reste. De sorte que ce mémoire se trouve réduit à une vingtaine de pages qui ne présentent rien d'original et qui n'ont même pas le mérite de résumer l'état de la question.

Ce concours a paru à votre Commission très inférieur à ceux que notre Société a eus à juger les années précédentes. Elle a été néanmoins d'avis de donner un prix de 450 francs à l'auteur du mémoire n° 1, et une mention avec une somme de 150 francs à l'auteur du mémoire n° 2.

Votre Commission propose, en outre, comme sujet du prochain concours : du Délire chez l'idiot et l'imbécile, à l'exclusion des arriérés.

Les conclusions du précédent rapport sont adoptées : le prix de 450 francs est décerné à M. Joseph Boyer, professeur à l'Institut médico-pédagogique de Vitry (Seine), auteur du mémoire n° 1 ; la mention, avec 150 francs, est accordé à MM. les Drs M. Ameline et A. Rodiet, internes à l'asile Sainte-Anne, auteurs du mémoire n° 2.

Etude clinique des obsessions et impulsions morbides.

Mlle Robinovitch, de New-York. — Messieurs, j'ai l'honneur de vous présenter cinq observations de malades atteints de dégénérescence mentale avec obsessions

©BIUM

et impulsions, observations que j'ai recueillies dans le service de M. le Dr Magnan, à l'admission de Sainte-Anne.

Cliniquement, nous les répartirons en trois groupes :

1° Syndromes épisodiques simples ;

2° Syndromes épisodiques avec dépression mélancolique et appoint alcoolique ;

3° Syndromes épisodiques avec épilepsie.

Obs. I. — *Dégénérescence mentale. — Stigmates physiques. — Manque du sens moral. — Tentative criminelle sur sa sœur. — Antivivisectionniste. Zoophilie.*

Marcel M..., est âgé de dix ans. Les renseignements sur les antécédents sont incomplets. La mère du malade est très émotive et a des crises de nerfs. L'accouchement eut lieu à terme, mais on dut employer le forceps, qui fut appliqué cinq fois. L'enfant pesait 12 livres ; il portait à la tête quelques blessures superficielles et resta à peu près une heure sans crier. D'une intelligence précoce, Marcel M... reçut facilement une instruction primaire. Mais, de tout temps, il s'est montré impressionnable, irritable et excessivement jaloux, désirant qu'on ne s'occupât que de lui. Il battait souvent ses petits camarades, parfois même avec violence. et il avait plaisir à voir leur souffrance. Par contre, il était très doux envers les animaux, qu'il aimait beaucoup. Pour lui, affirmait-il, « le monde n'était rien ; il n'y avait d'intéressant que les animaux ».

Sa mère, qui, par crainte de le contrarier, tolérait ces penchants morbides, lui avait permis de garder chez lui différents animaux ; l'enfant en fut heureux et jaloux à un tel point que quand sa petite sœur s'approchait de ses bêtes favorites, il la battait. L'amour du petit malade pour les animaux ne fit que croître avec l'âge. A sept ans et demi, il commença à recueillir chez lui des chats, des crapauds, des grenouilles, des couleuvres, des tortues, etc. En 1896, ce penchant pour les animaux atteint encore des proportions plus grandes, si bien qu'un jour, voyant sa sœur toucher à un de ses pensionnaires, il se précipita sur elle, la saisit par le bras pour l'entraîner et la jeter sur le poêle allumé ; cela en présence de sa mère et de son père. Après cet accès paroxystique, M... fut interné à la colonie de Vaucluse, où il resta quinze jours ; temps au bout duquel ses parents insistaient pour le reprendre ; on le remit en liberté. Il demeura très nerveux durant trois mois, craignant qu'on ne l'enfermât à nouveau dans un asile. Pendant ce temps il laissa beaucoup moins percer ses penchants zoophiliques. Mais peu à peu, se sentant rassuré, il laissa de nouveau libre cours à ses

©BIUM

tendances. Quand il rencontrait un animal quelconque égaré, il le recueillait chez lui et en prenait soin. La moindre négligence envers les bêtes lui semblait être « une cruauté », et souvent il abattait les enfants du voisinage « pour venger les animaux ».

« Le premier animal que j'avais était un beau chat gris, » dit-il; il avait aussi une grenouille, qu'il aimait « comme du miel »; et quoiqu'il détestât la musique, il se servait d'une flûte pour en charmer une couleuvre, qu'il « adorait ».

« Les animaux sont aussi bons que nous et ont autant d'affection que nous, » dit-il. Quoique enfant, il se sert des aphorismes bien connus : « Il n'y a pas de perfection dans ce monde. J'ai des défauts aussi bien que des qualités. » Cet enfant de dix ans aurait voulu être membre de la Société protectrice des animaux. Il allait souvent au Jardin d'acclimatation et quand il était empêché, par hasard, de voir ses favoris, il en était malade. Sa conduite à l'égard de ses voisins devient si insupportable qu'ils envoyèrent des lettres anonymes à la Préfecture de police, demandant qu'on l'internât.

Il fut amené à l'admission de Sainte-Anne pour la seconde fois au mois de mai 1897. M... présente une malformation crânienne très marquée et du nystagmus congénital; il surprend au premier abord par sa grande facilité d'élocution, parlant sans réfléchir, mais trouvant rapidement les mots dont il veut se servir; son langage ressemble parfois à celui d'un enfant de seize ans. « J'ai voulu brûler ma sœur », dit-il, « mais j'ai néanmoins un cœur doux pour les pauvres animaux. » Il souffre beaucoup d'être privé de ses bêtes et nous prie de lui apporter « n'importe quel animal », il les aime tous; « car ils souffrent comme nous, ont un langage comme nous, et méritent notre amour ».

Mais quand nous raisonnons avec lui, disant qu'il a un amour exagéré pour les animaux, il répond : « Je m'incline devant le jugement du médecin; s'il dit qu'il ne faut pas aimer les animaux, je m'en passe. »

Et, en effet, malgré sa déséquilibration, le petit malade parvient à triompher à l'asile de sa passion morbide et commence à s'habituer à une vie plus normale.

L'observation suivante montre plus nettement l'influence morale du médecin sur le malade.

Obs. II. — *Dégénérescence mentale. — Hérédité nerveuse et vésanique. — Dépression mélancolique. — Syndromes épisodiques. — Obsessions et impulsions.*

Georges G..., vingt-sept ans, est entré à l'admission de Sainte-Anne le 16 mars 1897. Il a une hérédité vésanique et

©BIUM

nerveuse très chargée. Sa grand'mère maternelle est morte à Sainte-Anne, en 1893 ; un oncle paternel est également mort atteint de vésanie ; un fils de cet oncle a été interné d'abord à Sainte-Anne, puis à Bicêtre. Il était épileptique ; après les attaques, il volait tout ce qu'il trouvait ; et en temps ordinaire, il avait de la disposition, de la tendance au vol. Le père du malade était alcoolique et est mort tuberculeux. La mère est méticuleuse, bizarre, très émotive et coléreuse.

Georges G... s'est montré emporté, émotif et triste dès l'âge de dix ans. Il était sujet à des crises de nerfs, riant et pleurant sans motif, demeurant toujours triste après les rires involontaires. Il a été à l'école, mais il n'a pas appris grand' chose ; il n'aimait pas le travail intellectuel, encore moins le travail manuel, En sortant de l'école, on a bien essayé de le placer comme apprenti, mais la moitié du temps il n'allait pas à son atelier ; il restait chez lui, s'enfermait dans sa chambre, ne causant à personne, demeurant des journées seul, triste, pensif ou passait le temps à lire des romans.

En 1894 on assiste chez lui à l'éclosion d'une série de phénomènes nerveux qui sont aussi étranges dans leur nature que bizarres dans leur forme.

C'est ainsi qu'il commença par éprouver des troubles de la marche : il ne pouvait pas lever les pieds pour avancer, s'imaginant qu'ils étaient « cloués » au sol. Il reconnaissait que ce n'était qu'une idée, mais l'obsession persistait quand même. En même temps la vue de toute chose le fatiguait, et il fermait les yeux souvent pour ne rien voir. Débarrassé de ces premières obsessions, il tomba dans une autre : quand il regardait un tableau, par exemple, son regard était attiré vers un détail particulier qui n'avait en lui-même aucune importance ni signification, et il ne pouvait pas s'empêcher de le fixer jusqu'à épuisement. Cette obsession passée, une nouvelle apparaît : tout ce qu'il mange a un goût exagéré qui l'énerve. Une autre obsession succède à celle-ci : tout bruit l'agite, surtout le bruit produit par l'ouverture ou la fermeture d'une porte ; « cela me mettait hors de moi-même, » dit-il ; son attention était toujours dirigée vers la porte pour écouter les bruits qui l'énervaient et le mettaient hors de lui-même. Puis, tout devint un sujet d'obsession : les bruits, la musique, les images, la lecture ; tout ce qui réclamait son attention le fatiguait. Vers 1896, le malade fut pris aussi de folie du doute. Quand il lisait n'importe quoi, il doutait qu'il eût bien compris ce qu'il venait de lire. En mettant son pantalon, il s'arrêtait, l'ôtait et le remettait, craignant qu'il ne fût pas mis comme il faut ; il boutonnait son gilet à moitié, puis l'enlevait et recommençait à le boutonner, cela plusieurs fois de suite. Ces doutes persis-

©BIUM

tèrent jusqu'à ces jours-ci ; « j'ai peur de ne pas arriver à mettre mes effets, » dit-il.

Six mois avant son entrée, le malade se sentait parfois poussé à se cramponner à des objets à portée de la main. Quand il se trouvait auprès d'un objet quelconque, il se mettait à le serrer avec la main. Avant de le serrer, alors qu'il s'efforçait de lutter contre cette tendance, il éprouvait un serrement au cœur et une angoisse qui disparaissaient dès la réalisation de l'impulsion.

Cette impulsion qui lui venait assez rarement au commencement finit, par la fréquence de ses répétitions, par le rendre incapable de continuer tout travail. C'est elle qui actuellement constitue surtout la maladie de G....

Dès qu'il voit un objet, il s'y cramponne de toutes ses forces : s'il écrit, il serre le porte-plume jusqu'à ce que la fatigue l'oblige à le lâcher ; s'il se trouve auprès de la porte, il serre le bouton de celle-ci. Une fois, se trouvant auprès de sa mère, il se cramponna à ses jupes. Au mois de mars 1897, G..., se trouvant seul dans sa chambre, voulut sortir dans la rue. Il s'approcha de la porte, appréhendant d'en toucher le bouton; puis il le saisit dans la main de toutes ses forces, jusqu'à tomber à terre, épuisé. Mais voulant encore sortir il fait, par crainte de toucher au bouton fatal, sauter les panneaux de la porte à coup de pied et se sauve par l'ouverture dans la pièce voisine ; là, il casse également les panneaux de la porte, puis il fait la même chose dans la troisième chambre et sort enfin de la maison.

Ainsi, nous voyons chez ce dégénéré des syndromes épisodiques bizarres, mobiles, apparaître et disparaître sous différentes formes et pour une durée variable.

Le malade présente des signes physiques de dégénérescence, notamment de l'asymétrie faciale; il a une attitude demi-mélancolique et parle à voix basse.

Quand nous causons avec lui, expliquant que son impulsion n'est qu'une maladie, « une idée », et qu'il peut s'en débarrasser à force de volonté, il nous écoute avec beaucoup de tristesse et de scepticisme. Nous insistons et le prions de toucher à un objet quelconque, mais avec une résolution de le lâcher d'une manière normale, sans le serrer. Il essaye, mais sans succès. Nous répétons nos séances pendant des semaines, et il nous arrive assez fréquemment, quand nous insistons avec fermeté et conviction, de faire faire au malade ce que nous désirons ; mais il ajoute avec désespoir : « Alors, il me faudrait un médecin toujours auprès de moi ».

La possibilité de faire agir un syndromique d'une manière normale est un fait clinique que le médecin ne

©BIUM

doit pas négliger. Car, il y a des malades à impulsions dangereuses, comme les impulsions suicides et homicides, chez qui l'on doit mettre en jeu tous les moyens possibles pour améliorer leur état. Et si les faits cliniques nous enseignent la possibilité d'influencer ces malades par le raisonnement ou par tout autre moyen, c'est au médecin de les employer au profit du malade.

Dans l'observation suivante, on verra le résultat heureux obtenu par le traitement moral et thérapeutique contre des syndromes épisodiques à formes excessivement graves.

Obs. III. — *Dégénérescence mentale. — Syndromes épisodiques. — Impulsions homicides et suicides. — Dépression mélancolique. — Tentative de suicide secondaire aux impulsions homicides. — Obsessions et impulsions diverses : à voler, à avaler des aiguilles et des épingles, doutes, etc.*

Mlle Marianne Le G...., vingt-neuf ans, domestique, est entrée à l'admission de Sainte-Anne le 30 janvier 1899. Les renseignements sur ses antécédents sont incomplets. Son père était marchand de chevaux et buvait beaucoup ; il est mort à un âge avancé. Il n'y a rien à signaler sur l'état mental des parents du côté paternel. La mère a quarante-neuf ans et se porte bien. Le grand-père maternel était ivrogne. Un frère de la malade, âgé de trente-six ans, est nerveux; un autre frère, de trente et un ans, est bien portant.

La malade ne présenta rien d'anormal dans l'enfance; elle apprenait facilement à l'école et était toujours d'un caractère gai. La maladie actuelle paraît dater du mois de décembre 1891. A cette époque elle était cuisinière dans une famille à Paris. Elle eut une attaque d'influenza qui dura une semaine ; mais pendant la convalescence elle éprouva un ennui profond, indéfinissable, une dépression mélancolique qui n'était pas en rapport avec une affection d'aussi courte durée. La dépression mentale s'accompagnait d'une sensation de poids sur le cerveau et des deux côtés des tempes.

C'est au milieu de ces troubles cérébraux qu'un jour, étant en train d'éplucher les légumes en compagnie de l'enfant de sa maîtresse, c'est au milieu de ces troubles, disons-nous, que tout à coup elle eut envie de tuer cette enfant. « C'était un vif désir que je ne saurais vous expliquer », dit-elle, « un serrement me prit au cœur, j'éprouvais une angoisse, j'étouffais, tellement était fort le désir de m'emparer du couteau le plus tranchant et de couper la chair de cette enfant que j'aimais. »

©BIUM

Elle renvoya la fillette de la cuisine, et l'impulsion homicide disparut. Les parents de l'enfant et les adultes en général la laissaient indifférente au commencement. « Mais quand je voyais cette enfant sur laquelle j'avais une autorité », dit-elle, « l'envie de la tuer était plus fort que moi : plus l'instrument était tranchant, plus était intense l'envie de l'enfoncer dans la chair vivante. »

Elle luttait contre cette impulsion pendant des mois. Mais elle s'aperçut bientôt que sa maladie n'était pas limitée à une seule impulsion. Ainsi, en préparant le repas, elle fut prise de l'envie d'y mettre du poison, « pour faire du mal à n'importe qui et à moi-même », dit-elle. Vers le mois de juillet, elle eut une impulsion à avaler du gaz d'éclairage et fut surprise par sa maîtresse. Elle quitta sa place au mois de juillet 1892 et se retira en Bretagne, où demeurait sa famille. Là, elle fut obligée de coucher avec sa mère. « Chaque fois que je me trouvais à côté d'elle », dit la malade, « j'éprouvais un si vif désir de la tuer que je me suis décidée à quitter la maison le plus tôt possible. » Mais elle n'osait pas confier à sa mère ce qui la tourmentait. Une nuit, se trouvant dans le lit avec sa mère, Marianne fut prise, tout à coup, d'une impulsion irrésistible à l'étrangler. « Cette misérable idée avait un tel empire sur moi que je me demande toujours comment j'ai pu quitter le lit à temps. Si j'avais mis mes mains sur sa gorge, nulle force n'aurait pu m'empêcher d'accomplir cet acte funeste. N'est-ce pas terrible, ajoute-t-elle, d'avoir de telles idées envers ma mère que j'aime? » Elle quitta sa mère en novembre 1892 et revint à Paris. Elle se place dans une famille où il y avait deux enfants : un garçon de deux ans et demi et une fillette de sept ans. Aussitôt qu'elle se trouva seule avec les enfants, le désir la prit de les tuer. C'est alors que, dégoûtée d'une telle vie, elle résolut de s'asphyxier : « De crainte de faire un malheur, je préférais me donner la mort; j'étais heureuse de mourir, » dit-elle. La nuit, avant de se coucher, elle prépara un réchaud à charbon de bois et le plaça auprès de son lit, l'alluma et se coucha. Le matin on la trouva à demi asphyxiée, sans connaissance, un pied brûlé. Transférée à l'Hôtel-Dieu (août 1893), elle y demeure trois mois. Pendant tout ce temps, excepté les deux ou trois premières semaines de son séjour, elle ressentit à peine les impulsions homicides et suicides. « Les médecins et les infirmières avaient une autorité sur moi et cela m'empêchait de vouloir leur faire du mal, » dit-elle. Mais dès qu'elle fut rentrée en ville chez ses parents, elle fut reprise de ses impulsions homicides tournées cette fois contre une de ses plus jeunes amies. Elle va se faire soigner à la Salpêtrière et y reste trois ans. Là, les impulsions diminuèrent avec le temps, grâce au

©BIUM

traitement bromuré, à l'hydrothérapie et grâce aussi au traitement moral journalier. « Les idées n'étaient pas aussi fortes à la Salpêtrière, parce que je ne voyais pas les instruments tranchants, » dit-elle. Mais elle se sentait poussée à avaler les aiguilles et les épingles dont elle se servait dans les travaux de couture. « C'était une lutte épouvantable pour résister au désir d'avaler les aiguilles et les épingles, » dit-elle. Enfin, après la troisième année de traitement, elle se sentit suffisamment rétablie et pouvait toucher aux instruments piquants ou tranchants sans voir venir aucune impulsion homicide ni suicide.

Sortie de la Salpêtrière au mois d'août 1896, elle va demeurer chez son frère, à Libourne (Gironde). Elle reste quelques mois sans impulsions; mais un jour, travaillant à la cuisine, au moment où son neveu qu'elle aimait s'approchait d'elle, elle fut prise tout à coup de l'envie de lui enfoncer un couteau dans la poitrine, ou dans un membre, n'importe où, dans la « chair », dit-elle. Elle part pour la Bretagne en 1897; mais se trouvant encore avec sa mère, elle dut la quitter bientôt, l'impulsion à la tuer revenant à nouveau. Elle rentre à Paris, et en août 1898, elle va se placer dans une famille où il y avait deux vieilles dames, « que je dominais plus ou moins », ajoute-t-elle; « quand je les voyais, c'était terrible; j'y suis restée huit jours, et c'était comme huit jours d'enfer; quand je les regardais, mon impulsion à les tuer était tellement forte que je quittai la maison à la fin de la semaine. » Elle va se placer ensuite dans une famille où la maîtresse de la maison était sur le point d'accoucher. « Le jour où j'appris cette nouvelle », dit-elle, « je suis partie; car je sentais déjà le désir de tuer l'enfant qui n'était pas encore né. » La vue des bébés au berceau excitait surtout en elle une forte impulsion homicide, « parce que j'avais toute autorité sur eux », explique-t-elle.

En octobre-décembre 1898, elle se soigne à l'hôpital Saint-Antoine, prenant des douches et du bromure de potassium; se trouvant améliorée, elle se place comme cuisinière au collège Albert-le-Grand, à Arcueil. Là, encore, la vue des instruments tranchants excite les impulsions, et enfin, la malade, à bout de patience et d'espoir, rentre à Paris pour se faire arrêter; pour être enfermée « dans un endroit sûr », dit elle.

Dans le cours de cet état morbide, M^lle^ L... G..., entre ses impulsions homicides et suicides, présenta, à diverses reprises, toute une série d'autres obsessions et impulsions : doute, crainte du toucher, kleptomanie, pyromanie, onomatomanie, impulsions à verser des liquides bouillants sur les personnes, à embrasser un homme qu'elle connaissait à peine, etc.

Les premiers jours de son entrée à Sainte-Anne, la malade resta assez triste, en proie à ses impulsions homicides et sui-

©BIUM

cides : « Aussitôt que je vois des objets tranchants ça m'attire, c'est quelque chose d'incroyable, » dit-elle. On l'éloigne de la cuisine pendant quelque temps, on lui cache tous les objets susceptibles de provoquer une crise impulsive, on cherche à la raisonner. Peu à peu, le calme s'établit; la malade peut sans angoisse manier un couteau, couper la viande pour les autres malades. Au mois de mai, elle se trouve sensiblement améliorée : « Je peux couper avec les couteaux de l'asile, dit-elle, cela me laisse tranquille; mais je ne réponds pas pour les instruments aiguisés et plus tranchants, surtout si je me trouvais en face d'une personne qui n'ait pas d'empire sur moi. »

Mais les malades ne se présentent pas toujours sous cette forme simple. Il arrive parfois que les syndromes épisodiques sont liés à divers autres formes de manifestations mentales morbides (1).

C'est ce que nous montrera l'observation suivante :

Obs. IV. — *Dégénérescence mentale. — Hallucinations auditives à vingt ans. — Syndromes épisodiques. — Obsessions et impulsions suicides. — Période de dépression mélancolique avec tendance suicide. — Délire alcoolique surajouté aux syndromes épisodiques et à l'état mélancolique. — Il veut se tuer parce qu'il a des impulsions suicides.*

Henri D..., vingt-huit ans, est entré pour la seconde fois à l'admission de Sainte-Anne, le 17 mai 1897. Sa mère, qui est morte tuberculeuse à vingt-sept ans, a fait pendant sa maladie plusieurs tentatives de suicide. Le père du malade était sabotier. Il était ivrogne, présentait de nombreuses bizarreries de caractère et battait sa femme et ses enfants. Un jour, il fit sans raison une lieue pieds nus dans la neige. A la suite de cette promenade il fut pris d'une pleurésie dont il mourut. Le grand-père paternel s'est pendu, il était sobre; un oncle paternel, qui était sobre aussi, est mort aliéné. Une tante paternelle est mélancolique; la sœur du malade est nerveuse.

Dès l'enfance, Henri D... se montra toujours sombre; il n'avait jamais de camarades parmi les enfants de son âge. Vers l'âge de quinze ans, il devint triste; « je pleurais presque tout le temps », dit-il. C'est à cette époque qu'auraient commencé

(1) Magnan. *Rech. sur les centres nerveux*, 2e série, 1893. De la coexistence de plusieurs délires de nature différente chez le même aliéné.

©BIUM

ses obsessions et impulsions suicides. Il lui est arrivé souvent, au moment où il servait ses clients (D... était coiffeur), de se donner des coups de rasoir. « Chaque fois que j'avais le rasoir dans ma main, une force irrésistible me poussait à me donner un coup avec cet instrument ; si je résistais, j'éprouvais une angoisse que je ne saurais vous expliquer : j'avais un serrement au cœur, j'étouffais ; rien ne m'aurait contenté que l'acte de me couper avec le rasoir, » dit-il.

Un jour, étant en train de raser, il se sentit poussé à se couper la main. Il s'arrêta dans son travail, hésita, lutta contre cette idée obsédante, mais ne réussit pas à résister et se fit une blessure peu grave. Le client se sauva effrayé.

Au milieu de ces impulsions conscientes, D... fut en proie à une autre crise, de nature délirante, quoique transitoire à cette époque ; il était alors âgé de vingt ans. Il entendit tout à coup une voix qui lui disait d'en finir avec la vie ; il se précipita sur les allumettes dans la chambre, dans le but de s'empoisonner ; il parvint cependant à résister. Mais sa maladie prépondérante consiste en impulsions suicides conscientes. En septembre 1893, étant en train de raser un client, il se coupa la gorge avec le rasoir. Conduit à l'admission de Sainte-Anne il explique : « Quand j'ai le rasoir dans ma main, je suis comme fasciné et je me sens poussé à m'en faire des entailles. » Transféré à Vaucluse, il y fit cinq tentatives de suicide de nature impulsive. Sorti de l'asile en mars 1894, il reprit son métier de coiffeur et ne tarda pas à se couper le front en présence d'un client ; en mai 1894, il s'empara tout à coup des ciseaux qui se trouvaient sur la table et s'en enfonça les pointes dans la poitrine, au niveau de la région précordiale. A cette époque, D..., qui de plus faisait quelques excès de boissons, fut pris d'un accès de mélancolie avec tendance au suicide. Il voulait se tuer parce qu'il avait des impulsions suicides ; « ce n'était pas une vie naturelle », dit-il. Il essaye de se distraire, quitte Paris pour Tours, change plusieurs fois de patron, rien n'y fait ; finalement il est bien décidé à se tuer. Il y songe pendant quinze jours, élabore les détails de sa mort ; c'est à Paris qu'il veut finir ses jours, près de la Bastille ; il veut se jeter dans la Seine du pont d'Austerlitz. Il arrive à Paris et se rend sur le pont choisi, pendant la nuit ; mais deux sergents de ville l'empêchent de mettre son projet à exécution. Quelque temps après il alla se placer chez un coiffeur ; mais après deux mois passés sans impulsions, il se porta deux coups de rasoir à la gorge. Il fut congédié, et en juin 1896, en rasant un client chez un patron, boulevard de La Tour-Maubourg, il se porta à nouveau un coup de rasoir au cou. En janvier 1897, fatigué d'une telle existence, il se met à nouveau à faire quelques excès de boissons qui furent suivis d'un accès

©BIUM

aigu de délire alcoolique. Amené à l'infirmerie du Dépôt, il est en proie à des hallucinations visuelles de nature pénible : il voit des hommes avec des cordes pour le pendre, pour le lier. Il se voit au bord de précipices, de ponts, de rivières; il marche sur les parapets d'un pont et il tombe dans le vide. Transféré à Sainte-Anne, son délire alcoolique continue. Il voit des têtes coupées qui saignent et qui sont suspendues dans l'air, devant lui; des hommes en miniature dansent sur sa figure; on le poursuit, on l'accuse d'avoir commis un crime, on veut l'arrêter. Il s'imagine aussi avoir perdu son frère dans l'incendie du Bazar de la Charité (qui a eu lieu le 4 mai 1897). Même pendant son délire alcoolique il dit : « mais ce n'est pas pendant l'ivresse que j'attenterai à ma vie : c'est dans la sobriété la plus complète ».

Quelque temps après son internement il se rend compte que ses frayeurs étaient imaginaires, mais les impulsions suicides persistent.

Obs. V. — *Epilepsie et dégénérescence mentale. — Syndromes épisodiques : obsessions et impulsions. — Actes inconscients après les attaques épileptiques. — Délire alcoolique.*

B... (Antoine-Prosper), né à Paris, a quarante-quatre ans. Son père, âgé de soixante-quinze ans, est alcoolique. Il est actuellement à l'asile de Bicêtre. La mère du malade est morte en 1856 dans une crise d'hystérie; c'était une déséquilibrée; parfois elle se livrait à toutes sortes d'actes extravagants, d'après son mari. Un oncle est à l'asile de Niort. Un frère jumeau se porte bien. Mais un autre frère est mort idiot, à seize ans. Deux sœurs sont bien portantes. Tous ses frères et sœurs ont eu des convulsions jusqu'à sept ans.

Le malade était nerveux étant enfant et apprit difficilement à l'école. A neuf ans, il eut la fièvre typhoïde. C'est à cette époque qu'apparaissent les crises épileptiques qui reviennent chaque mois : il tombe subitement à terre sans connaissance, urine sous lui et rejette une écume sanguinolente. En 1871, B..., mêlé aux affaires de la Commune, perdit le bras droit à la suite de deux blessures par arme à feu. En 1890, la femme avec laquelle il vivait depuis quinze ans tombe malade et meurt. B... en ressentit un violent chagrin et fit même deux tentatives de suicide en 1891. Entre temps il s'était mis à boire de l'absinthe; ces excès alcooliques rendirent les attaques beaucoup plus fréquentes. Il entre alors dans le service de MM. Cornil, Gaillard et Roques.

Mais, à ce moment, à côté de la névrose convulsive se développe une série de syndromes d'une nature différente. En

©BIUM

mars 1891, se trouvant sur le boulevard Sébastopol, tout à coup l'idée lui vint de voler un melon qu'il aperçut sur l'étalage. Ses moyens lui permettaient d'acheter ce qu'il voulait, et de plus, il n'aimait pas les melons ; mais il s'y sentit poussé irrésistiblement. Il attendit que le garçon tournât le dos pour s'emparer de l'objet de son désir sans être aperçu : « C'était plus fort que moi », dit-il, « j'étais poussé à voler ce melon, et pas un autre de ceux qui se trouvaient à l'étalage ; un autre ne m'aurait pas contenté. » Il luttait contre cette idée, et dans un moment il s'est ressaisi et s'est empressé de monter dans un omnibus qui passait, espérant ainsi échapper à son impulsion. Et, en effet, à mesure que l'omnibus marchait et qu'il s'éloigner de l'épicerie, il se sentait plus calme et plus tranquille, très heureux de n'avoir pas volé, d'avoir pu échapper à cette tentation maladive. Une autre impulsion survint au mois d'avril 1891. Se trouvant dans sa chambre devant la fenêtre qui donnait sur le cimetière du Père-Lachaise, il se sentit poussé à aller prendre une couronne qui était placée sur une tombe et à la mettre sur une autre. « Je n'avais aucun motif pour accomplir cet acte, mais ce désir était plus fort que moi », dit-il. Il descendit l'escalier de sa maison, entra dans le cimetière, s'approcha précipitamment de la tombe, attendit le départ du gardien pour ne pas être surpris par lui ; pendant ce moment d'attente, B... éprouvait une angoisse extrême ; mais aussitôt qu'il eut satisfait son impulsion, qu'il eut placé la couronne sur l'autre tombe, il se sentit soulagé physiquement. Pourtant, heureux moralement de son acte, il alla chercher le gardien du cimetière et lui raconta ce qu'il venait de faire. Peu de temps après B... vola un jambon, l'acte étant accompagné par les mêmes phénomènes angoissants.

Mais B... était épileptique en même temps qu'un dégénéré ; ainsi, les manifestations cliniques de l'une et l'autre affection coexistaient, s'entrelaçant parfois d'une manière très intime (1).

Entre 1892 et 1893, B... a commis, après des attaques épileptiques, quelques actes inconscients dont il a totalement perdu le souvenir. C'est ainsi qu'un jour B... apporta à un de ses amis une valise prise chez son patron, laquelle n'était pas encore terminée, n'ayant ni serrure, ni lanière. Au mois de septembre 1894, sa sœur l'enferma seul dans sa chambre après une attaque, avant qu'il n'ait retrouvé pleine conscience ; il s'approcha de la fenêtre, franchit le seuil, sauta sur le trottoir et, se précipitant sur un enfant, lui mordit le bras. L'accès

(1) Magnan. *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, 1897. Chapitre sur les névroses.

©BIUM

délirant passé, cet acte resta non avenu pour le malade; ce sont les voisins qui ont renseigné la sœur sur ce qui venait de se passer.

Le 27 décembre 1894, B... mordit un enfant, mais cette fois c'était par impulsion, avec pleine conscience et souvenir complet. Se trouvant dans la rue auprès d'un groupe d'enfants, il se sentit poussé à mordre l'un d'eux ; ne voulant pas succomber à cette impulsion il rentra chez lui et se mit au lit; mais, incapable de lutter, il alla raconter la chose à un agent et le pria de l'arrêter ; celui-ci refusa d'ailleurs d'arrêter un homme qui n'avait commis aucun délit.

Mais quelque temps après, B... se précipita sur l'enfant et le mordit au bras. Alors seulement on l'arrêta et on le conduisit à la Préfecture de police, d'où il fut transféré à l'admission de Sainte-Anne. Quelques jours après son entrée, voyant un enfant dans le service, il se sentit poussé à le mordre; mais il s'enfuit en toute hâte pour aller se coucher dans la cuisine.

Transféré à Ville-Evrard, il en sortit le 9 mars 1897. Il se mit à boire et eut bientôt des cauchemars, de la pituite matinale, des crampes dans les membres et des hallucinations visuelles : des hommes tombaient des toits, etc.

A cette époque, les syndromes épisodiques s'accrurent encore, du fait des abus alcooliques (1). Au mois de mars 1897, apercevant la montre de sa sœur, il se sentit poussé à s'en emparer et à fuir. Il put néanmoins résister; mais la nuit il se voyait poursuivi par des agents qui voulaient l'arrêter. Le lendemain l'impulsion réapparut, et il demanda à sa sœur de cacher la montre à sa vue. Le 5 juillet 1897, après avoir bu considérablement, il s'imagina que sa sœur voulait le faire descendre vivant dans un caveau au Père-Lachaise. « Je me sauvais partout », dit-il, et il finit par aller porter plainte au commissaire de police : il voyait toujours sa sœur avec tous ses ouvriers qui voulaient le mettre dans un caveau.

Dès lors, en présence de ces faits si multiples, si mobiles, quel traitement instituer?

Mais avant d'entrer dans ces considérations thérapeutiques, il importe de tirer de la clinique tout l'enseignement qu'elle peut nous donner. Nous rapportant aux observations précitées, il faudra donc distinguer les cas où la dégérérescence mentale ne se manifeste chez les sujets que par des phénomènes obsessionnels et impulsifs,

(1) Magnan. *Recherches sur les centres nerveux*, 2e série, 1893. Influence de l'alcoolisme sur les maladies mentales.

©BIUM

des cas où à ceux-ci est surajouté un délire quelconque (mélancolie, délire alcoolique, ou une névrose : épilepsie, par exemple).

Il va de soi que, dans ces derniers cas, il faudra, concurremment avec le traitement spécial des obsessions, traiter énergiquement et par tous les moyens appropriés la névrose ou la psychose surajoutée, celles-ci ne faisant, par l'ébranlement qu'elles causent au système nerveux, que conserver et renforcer le syndrome impulsif.

Ceci bien établi, quelle sera donc, en présence d'un état obsessionnel ou impulsif, la conduite à tenir?

Et d'abord, doit-on isoler le malade ou le traiter chez lui? En dehors de toute question de situation matérielle, nous répondons par l'affirmative : tout syndromique doit être séparé de son milieu, même mis à part les cas où l'impulsion de par sa nature (homicide, suicide, etc.) nécessite pour ainsi dire l'internement d'urgence. Et cela découle précisément de ce que nous savons de l'essence et de la condition primordiale de ces manifestations morbides.

Il ne faut pas l'oublier, les obsédés sont des dégénérés chez qui le cerveau, originairement ou secondairement vicié, ne peut pas résister aux excitations extérieures. L'obsession est survenue alors que le malade vivait de la vie commune, qu'il était entouré des siens ; elle est réapparue suscitée par les souvenirs anciens ou par les perceptions que fournit journellement au malade le monde extérieur ; il paraît donc d'indication première et fondamentale de soustraire l'obsédé à ce milieu ambiant. Dans ces conditions, comme nous le voyons, par exemple, dans l'observation III, l'impulsion n'est pas à chaque instant réveillée par la vue des objets et des personnes en cause ; le malade dès lors peut se ressaisir, les périodes angoissantes ou sombres s'espacent, le malheureux obsédé reprend confiance en lui-même et foi dans l'avenir ; et c'est le premier pas vers la guérison, pas définitif et essentiel. Il va de soi que ce que nous disons de l'isolement s'entend de l'isolement combiné avec la direction psychique, avec un traitement moral institué par un médecin compétent. Les obsédés, en effet, et nous revenons toujours à notre point de départ, à cette clef des phénomènes impulsifs que nous a donnée **M. Magnan,**

©BIUM

les obsédés, disons-nous, ont pour base d'état mental l'instabilité, la déséquilibration. Dès lors, si nous les livrons à eux-mêmes, si nous tentons de les traiter chez eux, si nous conseillons les distractions, les voyages, qu'arrivera-t-il? Ceci : les déplacements, les changements de vie, le surmenage qui en découle nécessairement accroîtront encore si possible l'irritabilité nerveuse; loin de mettre le malade à l'abri de tout ce qui peut provoquer le rappel de l'obsession, on semble la provoquer à plaisir.

Mais l'isolement à lui seul suffit-il? Parfois, oui; le plus souvent, non. Car, lorsque les malades se décident enfin à se faire soigner rationnellement, ils sont épuisés par une lutte prolongée, leur système nerveux est surmené et par cela même d'autant plus irritable. Ce sont là autant d'indications auxquelles il faudra savoir obéir en faisant entrer en jeu tout l'arsenal thérapeutique bien connu : toniques généraux, massage, douches, ou, dans les cas d'irritabilité prédominante, bromures alcalins et balnéation; dans ce dernier cas encore il sera de première indication d'avoir recours au séjour prolongé au lit qui, c'est un fait établi, constitue le meilleur calmant du système nerveux.

La myoclonie dans l'épilepsie.

M. Maurice Dide. — L'existence de troubles moteurs paroxystiques survenant dans l'intervalle des crises, avec intégrité de la conscience, semble avoir été signalée pour la première fois par Théodore Herpin, en 1852. Ces phénomènes sont étudiés avec soin dans le traité de Féré, en 1890. La conception synthétique des diverses myoclonies proposée par Vaulair, en 1889, a suggéré des travaux importants sur les rapports qui existent entre cette variété de phénomènes convulsifs et l'épilepsie. Unverricht, Russel, Reynold, Seppili, Bresler, Lugaro doivent être surtout cités.

Les phénomènes décrits chez les épileptiques sous le nom de myoclonie sont variables, surtout quant à leur intensité. Ce sont des secousses cloniques, parfois limitées à un soubresaut très léger, imprimant d'autres fois un brusque déplacement aux membres. Certains

©BIUM

auteurs ont noté des spasmes rythmiques, des tremblements vibratoires et des mouvements choréiformes.

Ni la situation du malade, ni la température n'ont d'influence sur la production du phénomène ; chez certains malades, c'est au saut du lit, surtout, que les secousses se produisent, parfois au point de les obliger à se recoucher ; le décubitus ne les calme pas, mais c'est la seule position possible pour des malades qui parfois, plusieurs fois par minute, sont violemment secoués par une convulsion clonique, qui ne dure d'ailleurs qu'une seconde ou deux. L'influence qu'exerce sur ces manifestations la grande attaque est évidente ; dans presque tous les cas, les secousses, qui se sont considérablement multipliées la veille ou l'avant-veille, — fait qui permet de prévoir presque sûrement l'attaque, — disparaissent le plus souvent pendant les quelques jours qui suivent.

La brusquerie de la secousse, sa courte durée (une à deux secondes), la répétition des phénomènes qui se reproduit toutes les minutes, pendant plus d'une heure parfois, l'intégrité de la conscience sont, avec l'action suspensive exercée par la crise, autant de caractères qui font de la myoclonie épileptique une manifestation bien propre à cette affection et qu'il est impossible de provoquer artificiellement. La courte durée de la convulsion en rend à peu près impossible l'étude graphique. Il n'est pas un muscle qui soit indemne. Chez certains sujets, la myoclonie est surtout localisée à certains groupes musculaires (fléchisseurs des jambes ou des bras) ; chez d'autres, tous les muscles du corps semblent pris simultanément : le malade étant debout est projeté en l'air, comme mû par un ressort, et retombera sur les genoux ; d'autres fois, la détente le raidit brusquement, et il tombe en arrière ; ou bien, s'il est assis, la soudaineté de la détente imprimera un mouvement violent à sa chaise. Dans la grande majorité des cas, les phénomènes de la conscience ne sont nullement interrompus, et le malade se préoccupe beaucoup plus de ces manifestations, dont il se souvient, que de la grande attaque, pour laquelle l'amnésie est complète.

Il arrive parfois que ces secousses myocloniques précèdent de plusieurs années la première crise généralisée.

©BIUM

Fait notable, dans tous les cas que nous avons examinés, les réflexes étaient normaux ou même diminués. Les différentes réactions électriques étudiées chez nos malades par le Dr G. A. Weill ont généralement été trouvées normales.

La fréquence des myoclonies chez les épileptiques n'est pas encore fixée. S. Garnier et Santenoise n'en ont trouvé que 1 cas sur 300 ; Russel Reynold constate des troubles moteurs interparoxystiques chez les trois quarts de ses épileptiques ; le chiffre nous paraît un peu excessif, même en tenant compte de troubles très légers et très localisés. Nous ne considérons dans notre statistique que des cas de myoclonie nettement caractérisés ; nous en avons trouvé 7 sur 150 cas, soit environ 5 p. 100.

Le phénomène qui nous occupe est-il bien de nature épileptique, ou bien, comme certains auteurs contemporains tendent à l'admettre, constitue-t-il une manifestation de la dégénérescence coexistant chez le même sujet avec l'épilepsie? Cette dernière conception est aussi fausse, à notre sens, que celle qui voudrait assigner à toutes les myoclonies une origine épileptique.

La variété de myoclonie que nous avons décrite doit être considérée *comme un symptôme atténué* de l'épilepsie. C'est, ainsi que nous avons eu l'occasion de le dire dans une communication à l'Académie de médecine, quelque chose d'analogue à ce que l'on a décrit sous le nom de petit mal, qui nous offre, à l'état isolé, un des symptômes de la grande attaque : la perte de connaissance. Ici, un autre symptôme est isolé à l'état de pureté : nous voulons parler de la convulsion clonique. La théorie autotoxique de l'épilepsie nous offre du phénomène une explication satisfaisante, qui n'est pas sans analogie avec celle de l'urémie, où nous voyons des secousses électriques précéder la grande attaque convulsive. La multiplicité des secousses à l'approche de la crise a déjà été signalée, de même que l'action suspensive de la crise complète sur ces manifestations atténuées. Unverricht et Seppili ont fourni à l'appui de cette théorie un argument tiré de la thérapeutique : le traitement bromuré aurait sur ces manifestations, que nous avons désignées sous le nom de petit mal moteur, la

©BIUM

même heureuse influence que sur l'accès. Le Dr Dagonet, dans une communication orale, nous a dit avoir observé ces symptômes chez des malades traités par le bromure, et dont les accès s'étaient beaucoup espacés.

Mais il nous a été donné de constater des faits qui ont, à notre sens, une valeur indiscutable. Chez un de nos malades, les secousses qui précèdent la crise sont de plus en plus fortes ; à mesure qu'elles progressent, on voit des phénomènes prendre de plus en plus un caractère nettement épileptique : d'abord, c'est un nuage qui passe devant les yeux, au moment de la secousse ; puis c'est une obnubilation incomplète de la conscience, et, bientôt après, l'accès se produit. Dans un autre cas, le malade a des secousses myocloniques pendant les deux ou trois jours qui précèdent sa crise ; il a une aura douloureuse dans la jambe gauche, se couche de lui-même, prie ses camarades de lui tenir les mains et fait ensuite un accès convulsif avec ses trois phases classiques. Mais, dans certains cas, la conscience n'est que partiellement abolie pendant toute la durée de la crise, qui, d'ailleurs, est objectivement identique à celles qui, chez le même malade, sont accompagnées de perte de la conscience. La crise d'épilepsie sans perte complète de la conscience, pour être rare, peut cependant se rencontrer ; nous l'avons notée trois fois sur cent cinquante malades, soit 2 p. 100. Le deuxième épileptique était également sujet à des crises myocloniques ; quant au troisième, il avait eu pendant quinze ans des crises classiques ; depuis cinq ans, il n'a plus de crises avec intégrité de la conscience : le malade qui sent venir sa crise, parfois une demi-heure à l'avance, se couche ; il n'y a pas de cri initial, la phase tonique est ébauchée, la phase clonique, au contraire, très marquée, dure plusieurs minutes. Il va sans dire que dans ces cas l'hystérie a été soigneusement éliminée, et qu'on n'est pas tombé dans l'erreur grossière qui consisterait à confondre l'attaque d'épilepsie consciente avec une crise hystérique. D'ailleurs, cet ordre de faits a déjà été mis en évidence par les travaux de Ingels, de Hazard, de C.-W. Clarke, de Bombarda et surtout de Bannister, qui a publié en 1897, sur cette question, un travail magistral.

©BIUM

Nous croyons avoir bien montré maintenant comment on peut arriver, par degrés insensibles de la secouses myoclonique, qui ne dure qu'une seconde, à l'accès épileptique classique, en passant par ces convulsions généralisées durant plusieurs minutes, et qui ne diffèrent souvent de la crise type que par une conservation plus ou moins nette de la conscience.

Les myoclonies doivent, à notre sens, être considérées comme des *symptômes* de maladies d'un même groupe, mais pourtant bien différentes. Les unes, variables dans leurs manifestations, dans leur évolution, susceptibles de rémissions ou de guérisons spontanées, doivent être rapportées à l'hystérie ou à des états voisins.

La myoclonie épileptique, au contraire, est plus nette, quant à sa symptomatologie ; plus fixe, quant à son évolution ; ses manifestations sont liées à l'affection causale, dont la grande attaque n'est elle-même qu'un symptôme, affection qui est caractérisée par la transformation brusque et irrésistible d'énergie cellulaire potentielle en énergie kynétique, sans que les causes immédiates de cette transformation morbide et variable dans ses modalités soient scientifiquement connues.

La séance est levée à cinq heures et demie.

P. SOLLIER.

SÉANCE DU 26 JUIN 1899

Présidence de M. JULES VOISIN.

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

Mort de M. Biffi.

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. le Dr Serafino Biffi, de Milan, décédé le 27 mai dernier, à l'âge de soixante-sept ans, à la suite d'une attaque d'apoplexie. M. Biffi, qui avait été médecin-directeur de Saint-Celse, à Milan, faisait partie de la Société médico-psychologique, en qualité de membre associé étranger, depuis le 30 avril 1855.

©BIUM

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de M. Anglade, médecin-adjoint de l'asile de Braqueville, près de Toulouse, sollicitant le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Legras, Moreau (de Tours) et Blin, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1° Le fascicule 5 du tome IV des travaux de la Faculté de médecine de Tokio ;

2° L'*Intermédiaire des neurologistes et des aliénistes*, nos 3, 4, 5 et 6 de 1899.

Présentation de pièces anatomiques.

M. Doutrebente présente le crâne et un os long d'une idiote naine de vingt ans. Il fait remarquer que les os du crâne sont minces, translucides et que les sutures ne sont pas du tout ossifiées, si ce n'est la médio-frontale ; la crâniectomie, dans ce cas, ainsi que l'a dit M. Bourneville, n'était donc pas nécessaire : il n'y avait pas d'ossification prématurée faisant obstacle au libre développement des centres nerveux.

Rapport de candidature.

M. Semelaigne. — Messieurs, vous avez chargé une commission, composée de MM. Brunet, Ritti et René Semelaigne, de vous présenter un rapport sur la candidature de M. Alder Blumer, qui sollicite le titre de membre associé étranger de la Société médico-psychologique. Le Dr Alder Blumer, qui est, depuis treize ans, superintendant de l'hôpital d'aliénés de l'Utica, fait partie de la Société médico-psychologique des Etats-Unis d'Amérique, de l'Association médico-psychologique de Grande-Bretagne et d'Irlande et de la Société de médecine mentale de Belgique ; il professe les maladies mentales à l'Albany Medical College, et il est un

©BIUM

des éditeurs de l'*American journal of Insanity*, dont il fut pendant plusieurs années l'éditeur en chef. Le Dr Alder Blumer dirige aussi les *Archives de Neurologie et de Psycho-Pathologie*. Ses œuvres sont bien connues de tous et je crois inutile d'en donner un résumé ou même une énumération. Je me bornerai donc à vous prier, au nom de votre commission, d'accueillir la demande de M. Alder Blumer et de lui donner le titre de membre associé étranger.

M. Alder Blumer est élu, à l'unanimité, membre associé étranger.

Un cas d'exhibitionnisme. — Présentation du malade.

M. Magnan. — Je vous demande la permission de vous présenter un malade, un *exhibitionniste*, chez lequel l'*exhibitionnisme* affecte certains caractères différents de ceux que l'on observe habituellement dans les cas de ce genre.

L'*exhibitionniste*, vous le savez, est un dégénéré syndromique qu'envahit par accès paroxystiques l'idée obsédante d'exposer ses organes génitaux aux regards des femmes. Très lucide, se rendant compte de l'absurdité et du caractère délictueux de l'acte, il résiste d'abord, lutte contre son idée qui, en raison même de la résistance, devient plus pressante, plus impérieuse et fait naître un état de malaise de plus en plus pénible, accompagné de palpitations, de serrements, de barre épigastrique et d'une angoisse si profondément douloureuse qu'elle finit par devenir irrésistible. L'acte accompli, tout se calme, il ne reste plus qu'un grand soulagement, une grande satisfaction. Il ne s'agit ici que des vrais *exhibitionnistes*, il n'est pas question des déments séniles, des paralytiques généraux, des déments avec lésion circonscrite, etc., qui, sans nulle conscience, se livrent à l'étalage génital.

Chez notre malade, l'idée obsédante est continue, permanente, c'est une sorte de besoin dont le malade ne peut s'affranchir, qu'il subit, sa volonté n'ayant pas suffisamment d'énergie pour lutter et résister. Aussi n'y a-t-il pas d'accès paroxystiques, mais le sujet, toujours

©BIUM

prêt à s'exhiber, succombe à la première occasion favorable.

Voici l'histoire du malade :

T... est un dégénéré, fils d'une mère nerveuse dont la sœur est hystérique ; il présente une notable asymétrie faciale. Toutefois, dans son enfance, aucun trouble pathologique ne faisait prévoir les perversions instinctives constatées plus tard.

A quinze ans, il commence à se livrer à l'onanisme et, pendant deux ans, il s'y adonne sans la moindre réserve.

A dix-sept ans, il s'exhibe pour la première fois ; il était, dit-il, occupé à dresser des pierres pour repasser les instruments, quand il aperçoit la bonne de la maison ; il met hors du pantalon ses organes génitaux, plutôt pour rire, dit-il, et, tout en continuant à travailler, les étale au grand jour au moment où la jeune fille passe près de lui. Celle-ci l'interpelle vertement et continue son chemin.

Il regrette aujourd'hui, dit-il, qu'elle ne l'ait pas fait arrêter cette première fois ; une leçon sévère l'eût peut-être corrigé, à ce moment où l'habitude n'était pas encore prise, et eût prévenu, croit-il, la série de déplorables mésaventures qu'il a eues à subir. Quoi qu'il en soit, il passe plusieurs mois sans renouveler l'acte.

Quelque temps après, il a pour la première fois des relations sexuelles avec une femme, mais sans grande satisfaction, affirme-t-il.

L'année suivante, âgé de dix-huit ans, il commence à éprouver d'une façon obsédante le désir de s'exhiber : tout d'abord, il se fait voir de loin ; mais peu à peu, il perd toute retenue et se montre dès qu'il se trouve à portée d'une femme.

Dès cette époque, 1879, il est condamné à un mois de prison pour outrage public à la pudeur ; il s'était masturbé devant une femme au marché du Temple.

Cette condamnation n'enraya en rien ses tendances exhibitionnistes ; peu de temps après sa sortie de prison, il recommença et renouvela fréquemment l'acte, passant rarement un mois sans exhibition.

En 1885, il est condamné à six mois de prison ; il s'était arrêté dans la rue et avait exposé ses organes

©BIUM

génitaux aux regards de deux femmes qui étaient accoudées à une fenêtre ; le mari de l'une d'elles et le concierge le firent arrêter.

En 1888, il subit une troisième condamnation, cette fois à treize mois ; il s'était exhibé devant des jeunes filles.

En 1893, il est condamné à quinze mois de prison ; il s'était posté à une porte du marché du Temple, la verge pendante hors du pantalon.

L'année suivante, il se marie, espérant trouver là une sauvegarde pour l'avenir ; il épouse une jeune fille pour laquelle il éprouvait, dit-il, une vive affection. Ses relations conjugales sont normales, deux enfants naissent dans les trois premières années du mariage ; mais malgré l'attrait de la famille, la satisfaction que lui procure son intérieur, le besoin de s'exhiber n'en persiste pas moins et, de temps à autre, il recommence ces pratiques étranges. Non seulement il va s'exhiber au dehors, mais, deux fois, il n'a pu s'empêcher d'exposer son organe viril aux regards des amies de sa femme en visite chez lui.

En 1895, il se fait encore arrêter après s'être exhibé ; mais il est l'objet d'un non-lieu après examen médico-légal et il est envoyé à l'asile Sainte-Anne.

En 1896, nouvelle arrestation dans le département de l'Yonne ; après un examen médico-légal, il est placé à l'asile d'Auxerre.

Cette dernière aventure provoque de la part de la femme une demande en divorce. Désolé de ne pouvoir se rendre maître de ces dispositions obsédantes, honteux et découragé, il fait une tentative de suicide. Il avait déjà en 1879, lors de sa première condamnation, essayé de se pendre dans sa cellule.

Le 2 novembre 1898, une dame V... vient déclarer au commissaire de police du quartier des Arts-et-Métiers, qu'étant assise sur un banc placé dans le square du Temple, elle a vu un individu assis à côté d'elle montrer ses parties sexuelles à des enfants qui jouaient aux environs. Quand il se voyait observé, dit-elle, cet individu cachait sa nudité avec un journal. Quand il a vu arriver le garde du square, que j'étais allé prévenir, cet homme a pris la fuite.

©BIUM

D'autre part, Mme S... dépose qu'elle a également vu l'individu assis sur le banc dans le square du Temple montrer ses parties sexuelles à des enfants qui jouaient à proximité. Cet individu, qui lisait un journal, a placé ce journal sur son pantalon déboutonné, quand il a vu que nous l'observions.

Le 10 février 1899, Mme D..., passant au square du Temple, aperçoit l'exhibitionniste du mois de novembre dernier et le fait arrêter ; c'était T... En même temps, une jeune fille, Mlle L..., se présente au commissariat et fait la déclaration suivante : « Je suis envoyée par le garde du square du Temple à qui je me suis plainte qu'un individu m'avait fait voir ses parties sexuelles aujourd'hui à une heure du soir.

« Voici comment le fait est arrivé. Passant dans le square du Temple, j'ai reconnu un individu qui, l'an dernier, me poursuivait dans le même square en cherchant à me faire voir ses parties. N'étant pas bien sûre de le reconnaître, je me suis assise sur un banc et je ne regardais plus cet homme qui, cinq minutes après, vint s'asseoir près de moi, déboutonna sa brayette et, malgré moi, j'aperçus toute sa nudité. J'allai aussitôt chercher un agent, mais, à mon retour, l'individu avait disparu. »

Mise en présence de T..., elle le reconnaît immédiatement et celui-ci raconte alors au commissaire sa triste odyssée.

Sur les instances de la mère, mandée au commissariat, T... est laissé libre ; mais celle-ci, munie d'un certificat médical, le place à l'asile Sainte-Anne, où, sur ordonnance du juge d'instruction, il devient l'objet d'une enquête médico-légale.

T... est très attristé et très affecté de ce qui lui est arrivé, il raconte qu'il n'y peut rien, que le besoin de se montrer est chez lui continu, permanent, que parfois le désir est plus fort, mais que si un obstacle, la présence d'un agent par exemple, l'empêche d'accomplir l'acte, il attend l'occasion sans éprouver de grands malaises, sans spasmes, ni palpitations ; il peut même aller prendre un repas sans avoir donné satisfaction au besoin d'exhibition. Il n'a pas habituellement d'érection dans l'exhibition et ne recherche pas d'ordinaire des femmes qui lui plaisent. Dans quelques cas rares, il s'est onanisé,

©BIUM

et parfois l'éjaculation est survenue sans érection. Ce besoin d'exhibition ne s'accompagne pas, d'ailleurs, du désir de copulation ; il ne cherche pas à séduire la femme et ce ne serait pas là, dit-il, un moyen de lui plaire. Il ne recherche pas non plus l'orgasme sexuel, puisqu'il n'entre pas en érection et qu'il n'a pas de pollution ; mais son désir est d'attirer l'attention de la femme, de voir les regards de celle-ci dirigés sur ses organes, et, quand elle paraît prendre plaisir à ce spectacle, il en est heureux et éprouve une très grande satisfaction. Cette jouissance a un attrait qu'il ne peut comparer, dit-il, aux relations conjugales qui ne sauraient l'empêcher de s'exhiber. D'ailleurs, c'est préférable, ajoute-t-il, aux rapports intimes avec les femmes, qui épuisent et ne peuvent se répéter que deux ou trois fois, tandis que je puis, dans une après-midi, me montrer huit, dix fois et davantage, toujours avec le même plaisir.

Ce besoin étrange occupe tellement sa pensée que, dans ses rêves, il se voit parfois s'exhibant devant des femmes qui le regardent ; et souvent, contrairement à ce qui se passe à l'état de veille, il a une érection suivie de pollution.

Pour se montrer, il lui est arrivé parfois de quitter le travail, mais habituellement il profite des heures de repos pour s'exhiber. Il va d'habitude dans une promenade, dans un square, s'assied sur un banc déjà occupé par une ou plusieurs femmes, il déplie un journal, lie conversation avec sa voisine sur des banalités, déboutonne le pantalon, sort ses organes et s'arrange, dit-il, de façon à ce que la femme puisse bien le voir. Si quelqu'un approche, il laisse retomber sur ses cuisses le journal qui cache tout.

Parfois il se promène les organes sortis, recouverts par son pardessus, et quand il passe à côté d'une femme, rapidement il entr'ouvre les basques de son vêtement.

Sans qu'il choisisse précisément ses spectatrices, il s'adresse de préférence aux femmes qui paraissent devoir être disposées à plaisanter, les bonnes, les ouvrières ; une femme avec un enfant lui inspirerait plus de retenue ; il ne se montre pas habituellement aux petites filles, mais parfois il s'adresse aussi bien aux vieilles qu'aux jeunes, aux laides qu'aux jolies, sans avoir jamais

©BIUM

dans ces circonstances le désir de relations sexuelles. Chez moi, dit-il, tout cela est *idéal*, puisque ça ne me fait rien du côté des organes génitaux et que je n'ai pas d'érection ; c'est, en effet, un perverti sexuel *psychique*, *un cérébral antérieur*.

Nous ne trouvons pas chez T... l'accès paroxystique des exhibitionnistes ordinaires, avec l'obsession, la lutte, la résistance, l'angoisse douloureuse, l'irrésistibilité de l'impulsion ; chez lui, c'est une obsession continue, une sorte de besoin qui l'obsède, mais qui n'atteint pas l'impulsion irrésistible; toutefois, l'acte s'accomplit, mais par faiblesse de la volonté qui, sans nulle énergie, laisse le malheureux à la merci de la moindre occasion qui se présente.

Notre rapport, qui a été suivi d'un non-lieu, se terminait par les conclusions suivantes :

1° T... est un dégénéré en proie à des perversions de l'instinct sexuel ;

2° C'est sous l'influence d'une obsession morbide, que ne peut enrayer une volonté sans énergie, qu'il exhibe ses organes génitaux pour attirer les regards des femmes;

3° T... n'est pas responsable de l'outrage public à la pudeur qui lui est reproché, mais son état mental exige la continuation du traitement dans l'asile d'aliénés où il est actuellement interné.

Paralysie générale juvénile et épilepsie.

M. Toulouse, en son nom et au nom de M. L. Marchand, interne des asiles de la Seine, donne lecture de la communication suivante :

Le 11 décembre 1897, une jeune fille de dix-neuf ans, God... entre dans le service, avec le diagnostic du bureau d'admission : « Débilité mentale avec épilepsie. »

La malade se présente dans un état de trouble et de grande agitation avec violences. Les propos sont incohérents et témoignent d'une grande confusion mentale. Elle ne veut pas manger et on a beaucoup de peine à la forcer à s'alimenter.

Le lendemain de son entrée, elle a un vertige, au cours duquel elle pâlit soudainement et tombe sans con-

©BIUM

naissance et sans mouvements. Cela dure quelques secondes; puis la malade revient à elle, inconsciente de ce qui venait de lui arriver.

Le 19, God... eut une attaque convulsive dont la nature n'était pas douteuse. Elle tomba tout d'un coup, tous ses muscles se contractèrent, sa face devint violette ; puis des mouvements apparurent dans les deux côtés du corps ; l'écume se montra à la bouche pendant que la langue était projetée violemment en dehors des arcades dentaires qui la blessaient; une minute après le début de ces accidents, tout s'apaisa et la malade, qui venait d'uriner sous elle, tomba dans un état de sommeil stertoreux avec résolution des muscles. C'était une attaque banale d'épilepsie qui venait de se dérouler en quelques secondes.

Cette période d'agitation, entrecoupée de vertiges et de crises convulsives, dura douze jours pendant lesquels la malade fut maintenue alitée. Puis, un matin, elle parut se réveiller et demanda des renseignements sur son état. Mais elle ne se souvenait pas de ce qu'elle avait fait pendant son délire. Elle croyait n'avoir été couchée que durant une nuit et ignorait absolument avoir passé par l'asile Sainte-Anne, qui l'avait amenée là où elle se trouvait, ni en quel lieu elle était.

Elle croyait habiter encore rue Saint-Maur, dans la maison de ses parents.

La malade qui se rétablit très rapidement fit preuve les jours suivants d'une intelligence assez grande. Elle était très éveillée, avait une physionomie expressive et répondait d'une façon très nette aux questions qu'on lui posait. Mais elle ne put arriver à se rappeler un incident de la période délirante qu'elle venait de traverser. Elle avait donc eu une attaque de délire épileptique avec ses caractères habituels : grande agitation, violences, disparition rapide et amnésie.

Les renseignements donnés par la mère de la malade nous montrèrent le bien fondé de ce diagnostic.

God... avait des crises épileptiques depuis l'âge de onze ans. La première était survenue à la suite d'une émotion causée par une tentative de viol qu'avait commise son beau-père sur elle. Les accès étaient revenus périodiquement et, depuis deux ans, laissaient souvent à

©BIUM

leur suite des crises de délire semblables à celui que nous avions observé. Dans ces moments, la surveillance de cette jeune fille devenait très difficile pour la mère qui fut forcée pour cela de demander son internement.

On ne releva aucune maladie grave dans les antécédents de cette malade. Elle avait été réglée à treize ans; mais ses menstrues restaient souvent quatre ou cinq mois sans se montrer. Au point de vue psychique, God... s'était développée normalement et avait même manifesté une certaine intelligence. Elle avait fréquenté l'école pendant plusieurs années et avait une instruction primaire ; mais elle n'avait pu apprendre de métier à cause de ses accès et elle vivait avec sa mère.

Nous ne pûmes rien relever de notable dans ses antécédents héréditaires. Le père était mort d'une fluxion de poitrine (?), pendant laquelle il avait présenté, à un moment donné, du délire; mais il était sobre, d'après les renseignements fournis par la mère de la malade. Cette dernière paraissait un peu émotive et se plaignait d'avoir des cauchemars et des étourdissements. Il nous a été impossible d'établir, chez l'un ou l'autre de ses parents, la syphilis ou l'alcoolisme. Ses trois frères et sœurs, dont la malade était la cadette, étaient bien portants et ne présentaient, paraît-il, aucune maladie nerveuse.

Le diagnostic posé d'épilepsie avec période délirante était donc justifié par les renseignements de la famille.

Les vertiges et crises convulsives continuèrent à se montrer de temps à autre, environ une dizaine par mois. Les crises convulsives se présentaient souvent en série sans qu'il y en ait eu plus de quatre dans la même journée.

Au commencement du mois de mars 1898, la malade s'agite de nouveau et tente de se suicider avec un cordon de jupon.

Examinée le 9 mars, elle a une physionomie égarée, elle appelle sa mère, comme si elle la voyait, tient des discours à des personnes imaginaires. Elle se met à genoux et pleure. Sa figure change d'expression à chaque instant, sous l'influence des hallucinations de la vue et de l'ouïe. Quand on lui parle avec autorité, elle répond ; elle dit qu'elle est chez un médecin, donne son nom, son

©BIUM

âge, le lieu de sa naissance. La malade a, par moments, des gestes de la main gauche qui rappellent les mouvements de l'athétose ; elle fait aussi des gestes qui semblent en rapport avec des voix ou des visions imaginaires.

Le 18 mars, la malade est redevenue calme. Comme la première fois, elle ne se rappelle pas sa période d'agitation et ne peut préciser le moment où elle a repris connaissance d'elle-même. Les jours suivants, la malade travaille; mais son esprit est resté confus, bien que ses accès épileptiques ne soient pas plus nombreux.

Le 23 avril, God... fut soumise à une expérience qui nous amena à faire un examen complet de l'état de ses pupilles.

Le diamètre était égal des deux côtés et mesurait 3 millimètres au pupillomètre imaginé par l'un de nous (1), les yeux regardant au loin dans un jardin. Les réflexes lumineux directs et croisés et les réflexes à l'accommodation étaient normaux.

Le 7 mai, la malade présente une nouvelle période d'agitation, au cours de laquelle nous observons un phénomène nouveau. La parole nous paraît être lente, l'articulation est hésitante, le timbre est nasonné ; mais cette impression ne détermine en nous aucun changement d'opinion sur l'état de la malade. Celle-ci se comporte d'ailleurs dans cette nouvelle crise comme dans la première. La malade ne reconnaît personne et se trompe sur les noms des gens qui l'entourent. Elle croit être à la Salpêtrière. Comme elle pleure et qu'on l'interroge sur le motif de ses larmes, elle répond que c'est parce qu'on veut la faire mourir. Elle se désole et frappe son genou avec sa main. Elle paraît avoir des hallucinations de la vue et croit voir à côté d'elle un homme qui l'empêche de marcher.

Le 14 mai, la malade paraît plus lucide. Cependant elle a toujours des hallucinations de la vue et de l'ouïe, et voit sa mère qui est avec des enfants. Elle n'a plus aucune notion du temps et croit être à l'asile depuis un mois. Elle reconnaît aisément le médecin qui l'interroge.

---

(1) Toulouse. Pupillomètre clinique. *Société de biologie*, 1898.

©BIUM

Sa physionomie reste hébétée, et la parole est toujours lente et nasonnée.

Le 26 mai, la malade, devenue calme, conserve un langage incohérent et les troubles de la parole persistent.

Le mois suivant, elle est redevenue complètement calme ; mais elle reste hébétée, ignorant comme toujours sa crise passée et semblant même inconsciente de son état actuel. En outre, sa parole est restée mal articulée.

Nous pensâmes alors que cette malade était entrée dans un état de démence se rattachant à l'épilepsie; mais God... ne se comportait pas comme une épileptique dont les facultés intellectuelles sont affaiblies du fait de la névrose convulsive. Tout d'abord, cet affaiblisssement était survenu, sans que les crises devinssent plus nombreuses, d'une manière rapide, mais progressive et sans oscillation. La démence était en outre profonde, plus qu'on ne l'observe dans l'épilepsie. Cette malade était devenue tout à fait incapable de prendre part comme jadis aux travaux du ménage. Elle oubliait ce qu'elle faisait et paraissait indifférente à ce qui se passait autour d'elle ; elle était en outre malhabile de ses mains. On ne pouvait pas admettre qu'elle fût dans un de ces états d'hébétude qui suivent les accès convulsifs ; car son intelligence, tout en paraissant affaiblie, n'était pas déprimée. La malade était un peu éveillée, mais elle était maintenant niaise. L'idée nous vint alors que cette malade devenait paralytique générale. Ce diagnostic se confirma peu à peu ultérieurement. L'agitation ne revint plus, mais l'état mental resta affaibli. La malade ne pouvait s'occuper à rien, et paraissait complètement isolée de ce qui l'entourait. La mémoire était surtout très faible, même sur les points concernant les faits survenus en dehors des phases délirantes. Elle ne pouvait dire son âge, ne se rendant pas compte depuis combien de temps elle était à l'asile, ni pourquoi elle y était maintenue. Ce qui différenciait ce nouvel état mental de ceux en rapport avec les périodes de délire, c'est que dans ce dernier cas elle avait conscience que sa mémoire était perdue pour certains faits, et qu'elle était conservée pour d'autres ; tandis que maintenant, elle cherchait à

©BIUM

se rappeler et répondait aux questions dans des termes qui trahissaient autant la diminution de sa mémoire que la faiblesse de son jugement.

L'embarras de la parole était devenu de plus en plus net et même tout à fait caractéristique. L'articulation était lente, scandée, les syllabes étaient répétées et tous les sons sortaient avec un tremblement appréciable. La langue et les lèvres étaient animées de fines oscillations, surtout à l'occasion des mouvements. Les gestes étaient maladroits et la démarche lourde et mal associée. Il n'existait pas de troubles du côté des pupilles. La sensibilité et les réflexes ne présentaient rien de particulier.

Le 13 octobre, la malade meurt subitement. Il ne nous a pas été possible de savoir si la malade avait eu une syncope ou un accès épileptique.

L'autopsie est faite vingt-quatre heures après la mort.

Les poumons sont congestionnés.

Le poumon droit pèse 420 grammes ; le poumon gauche, 400.

Pas de liquide dans la plèvre.

Le foie semble normal et pèse 1.550 grammes.

Le cœur est poisseux, ses cavités sont vides, son poids est de 520 grammes. On ne constate aucune trace d'endocardite.

Les reins sont très congestionnés, leur poids est de 250 grammes pour les deux.

Le cerveau est mou et pâle.

La pie-mère est très vascularisée et présente des adhérences diffuses avec la substance cérébrale. Le poids du cerveau est de 1.205 grammes.

Le bulbe, le cervelet et l'isthme de l'encéphale ne présentent rien de particulier ; le poids de ces diverses parties est de 190 grammes.

L'examen microscopique a été fait. La région motrice du cerveau et le bulbe ont été seuls examinés. L'examen de la moelle n'a pu avoir lieu. Les coupes ont été colorées au picro-carmin et suivant les méthodes de Nissl et de Weigert-Pal. Les méninges n'ont pas été examinées, celles-ci ayant été enlevées sur les pièces qui ont servi à l'examen micrographique.

©BIUM

On trouve dans la substance grise du cerveau une grande quantité de vaisseaux ; le volume de plusieurs est considérable. Une diapédèse active a lieu autour d'eux. C'est même ce genre d'altérations qui semble prédominer. Dans les différentes couches, on rencontre une grande prolifération de noyaux. Beaucoup de cellules pyramidales sont déformées ; les granulations sont visibles dans la plupart et manquent dans quelques-unes. Le noyau est excentrique dans un grand nombre. Certaines cellules présentent des déformations qui semblent occasionnées par leur pénétration par des cellules rondes.

Par la méthode de Weigert-Pal, on constate que les fibres tangentielles de l'écorce cérébrale sont diminuées en plusieurs endroits, et en certains points presque totalement disparues.

Le cerveau, coloré par la méthode de Weigert pour la névroglie, présente, dans la substance grise et surtout dans la couche moléculaire, une grande quantité de cellules en araignée hypertrophiées ; les fibrilles de névroglie paraissent très nombreuses.

Le bulbe, examiné avec les méthodes de Nissl et de Weigert-Pal, ne présente aucune lésion. Les cellules des noyaux des nerfs craniens ne présentent aucune trace de chromatolyse.

Par suite d'un accident, la moelle n'a pu être examinée.

Le diagnostic de paralysie générale fut donc confirmé par l'examen macroscopique et micrographique de l'encéphale. Il est à noter que ce dernier ne présentait un poids nullement au-dessous de la moyenne, et même supérieur. Or, dans les cas de paralysie générale où la mort survient à la période de cachexie, l'atrophie cérébrale est la règle. On comprend que cette atrophie soit un signe ultime et que, au début, elle n'ait pas encore eu le temps de se produire. La première période anatomique du processus paralytique semble être une période d'inflammation, et les altérations de nature inflammatoire étaient, en effet, prédominantes.

La démence survenant chez une femme de cet âge donnait lieu à trois hypothèses : démence précoce, démence épileptique, démence paralytique.

©BIUM

La démence précoce est mal connue et paraît ressortir de causes bien différentes. Peut-être n'est-ce là qu'un groupement artificiel dont la raison est l'âge de toutes les démences qui surviennent au moment de la puberté, et parmi lesquelles doivent figurer un certain nombre de cas de paralysies générales. Notre malade était atteinte d'épilepsie, ce qui est une étiologie plus précise ; nous avons donc écarté l'hypothèse d'une démence précoce.

Le diagnostic doit être fait entre la démence épileptique et la démence paralytique. Notre première idée avait été que nous avions affaire à une démence épileptique ; mais les symptômes s'accentuant, nous changeâmes d'opinion. La maladie s'aggravait avec une trop grande rapidité et régularité pour que nous songeâmes à la démence épileptique. Cette dernière n'apparaît souvent que très tardivement chez les malades, et elle est surtout provoquée par le nombre considérable des accès ou des vertiges. Or, notre malade ne présenta pas, durant la dernière période, plus d'accès que dans les premiers mois de son séjour à l'asile. En outre, la démence épileptique n'est jamais aussi globale que la démence que nous avions sous les yeux. Les déments épileptiques présentent un affaiblissement intellectuel, mais variable et évoluant avec les accès, ce qui n'est pas le cas de la déchéance constante et progressive du paralytique général. L'apparition de l'embarras de la parole caractéristique nous confirma dans notre idée, à laquelle l'examen micrographique donna une confirmation irrécusable.

Nous sommes d'ailleurs portés à croire que dans les observations de démence épileptique, les plus typiques doivent être rattachées à la paralysie générale.

Nous allons donner comme preuve de cette opinion une analyse d'un travail de MM. Bourneville et d'Olier (1) sur la démence épileptique.

Dans un premier groupe d'observations, ces auteurs ont réuni les faits où ils ne rencontrèrent pas à l'au-

(1). Bourneville et d'Olier. Contribution à l'étude de la démence épileptique (*Archives de Neurologie*, 1880, t. I, p. 213).

©BIUM

topsie de lésions macroscopiques du système nerveux. Dans un second groupe, ils classent les observations où la maladie s'accompagna de lésions organiques. Dans ces observations, nous en trouvons qui pourraient être interprétées comme des démences paralytiques ayant simulé une démence épileptique. L'observation IV est caractéristique à cet égard : il s'agit d'une femme qui présenta, à l'âge de trente-neuf ans, quelques idées délirantes à caractère démentiel, des accès épileptiques qui firent bientôt place à des vertiges. Quatre ans après, elle était gâteuse, présentait une raideur générale des membres avec réflexes exagérées, ne pouvait que balbutier son nom ; cette malade, qui avait des escarres et des périodes d'hyperthermie, tomba dans un amaigrissement progressif et mourut. Son encéphale pesait 900 grammes et présentait des adhérences diffuses des méninges.

L'observation V est aussi caractéristique à ce point de vue. D'ailleurs, les auteurs disent que la malade qui fait le sujet de cette observation est atteinte d'une *démence paralytique*, qui dans leur esprit ne paraissait pas être la paralysie générale, mais plutôt une complication de l'épilepsie, alors qu'il est probable que l'épilepsie n'était là qu'un effet, qu'un symptôme de la paralysie générale.

L'observation VI concerne un jeune homme de vingt-deux ans, mort vraisemblablement de paralysie générale à vingt-sept ans, et qui était épileptique depuis l'enfance. Le cerveau pesait 1.115 grammes.

L'observation VII est celle d'un enfant de treize ans qui, à l'âge de huit ans, était intelligent. Il devint épileptique à l'âge de onze ans. Vers la même époque, il présenta de l'affaiblissement intellectuel. A l'autopsie, on constata de l'adhérence des méninges. Le cerveau pesait 1.220 grammes.

MM. Bourneville et d'Ollier font remarquer à ce sujet qu'on confond aisément dans ces cas une démence précoce avec l'idiotie. On pourrait ajouter que ces démences précoces qui font croire à l'idiotie peuvent être des paralysies générales infantiles.

L'observation VIII concerne un homme qui devint épileptique à vingt-six ans. Il présenta, à l'âge de

©BIUM

trente-cinq ans, des périodes de délire avec agitation, idées de satisfaction et idées mystiques. Puis il s'affaiblit intellectuellement peu à peu et meurt d'un érysipèle à la face à quarante et un ans. Le cerveau pesait 1.288 grammes et il y avait des adhérences pie-mériennes.

M. Brissaud, qui a fait l'examen histologique des cerveaux des malades dont nous venons de résumer l'histoire, a constaté pour les cas les plus caractéristiques : une néoformation des vaisseaux dans les méninges, la présence de cellules araignées et de vaisseaux nombreux avec diapédèse, l'état trouble des cellules nerveuses dans la substance grise, nombreux noyaux dans la substance blanche.

MM. Bourneville et d'Olier font remarquer que les lésions de ces démences épileptiques se rapprochaient de celles de la paralysie générale. Toutefois, ils ne peuvent donner contre l'hypothèse d'une paralysie générale que deux arguments de médiocre valeur : 1° M. Brissaud n'aurait pas rencontré d'anévrisme miliaire dans les cerveaux examinés et aurait au contraire remarqué que la lésion débutait par la couche profonde de la substance grise et intéressant la couche contiguë de substance blanche. 2° D'autre part, ils rejettent l'hypothèse de la paralysie générale, en se basant sur ce fait que les malades n'avaient pas présenté de délire des grandeurs, de modifications du caractère et des habitudes, de l'inégalité pupillaire. Cependant, l'histoire clinique de ces malades fait, au contraire, penser à la paralysie générale. Nous croyons que MM. Bourneville et Brissaud avaient entrevu la vérité et que, aujourd'hui que la paralysie générale est mieux connue, ils se prononceraient plutôt dans le sens de l'identité que dans le sens de la dissemblance. M. Péon (1) a apporté un certain nombre d'observations de malades qui avaient présenté, en même temps que de l'épilepsie, des signes de paralysie générale, et est resté hésitant sur les conclusions à en tirer. Les observations sont assez dissemblables et le

(1) *Contribution à l'étude des rapports* ante *et* post mortem *de l'épilepsie et de la paralysie générale.* Congrès des aliénistes (Session d'Angers, 1898).

©BIUM

manque d'examen micrographique ne permet pas d'avoir une opinion ferme.

Au point de vue des rapports de l'épilepsie avec la paralysie générale dans notre cas, on peut poser trois questions : L'épilepsie a-t-elle été symptomatique de la paralysie générale ? Y a-t-il eu une simple coexistence de ces deux maladies ? A-t-elle, au contraire, préparé le terrain à cette maladie ?

Chez G... les accès sont apparus à onze ans et la paralysie générale semble n'avoir débuté qu'à dix-huit ans ; nous ne pouvons admettre que les crises furent des attaques épileptiformes symptomatiques de la paralysie générale.

Peut-on soutenir qu'il y a eu simple coïncidence entre les deux maladies ? Certes, il n'est pas défendu à un épileptique de faire de la paralysie générale. Mais il nous paraît même plus prédisposé qu'un autre ; et c'est là ce qui nous paraît être la vérité. Conformément à l'opinion des premiers auteurs qui ont écrit sur cette maladie, nous sommes portés à la considérer comme l'aboutissant possible de la plupart des maladies cérébrales. Cette thèse a été reprise et défendue sur le terrain anatomique par M. Klippel (1).

M. ARNAUD. — M. Toulouse paraît avoir des tendances à étendre le domaine de la paralysie générale. Il faudrait plutôt la restreindre. Il serait également utile de définir la paralysie générale d'une façon vigoureuse, au point de vue clinique et anatomo-pathologique.

M. DOUTREBENTE. — Il me semble avoir entendu M. Toulouse dire que les accès en série se rencontrent rarement dans l'épilepsie essentielle. Pour moi, je les observe fréquemment chez des malades qui me paraissent atteints d'épilepsie non liée à des lésions organiques.

La séance est levée à six heures.

RENÉ SEMELAIGNE.

---

(1) Klippel. *Des paralysies générales* (Collection Critzmann, Masson, éditeur.

©BIUM

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine

ANNÉE 1897

I. — *Névromes généralisés. Résection d'une grande partie des nerfs médian et cubital. Rétablissement des fonctions motrices et sensitives. Polyorchidie* ; par M. Péan (séance du 19 janvier). — M. Péan présente un malade affecté de névromes généralisés et de polyorchidie. Vers quatre ans ses parents s'aperçurent qu'il se développait, sur son dos, ses membres et son front, des tumeurs isolées, distinctes, très nombreuses. Quelques-unes disparurent spontanément; d'autres plus tard grossirent et s'enflammèrent en occasionnant de vives douleurs et des crises nerveuses. Ces tumeurs sont sous-cutanées ou sous-aponévrotiques et ont un volume qui varie de celui d'un pois à celui d'une noix. Il y en a une, à la partie moyenne du bras, qui a le volume d'une tête d'enfant à terme.

On reconnaît, à l'opération, que cette tumeur est développée dans l'épaisseur du nerf médian qui est envahi dans sa totalité par plus de trente autres tumeurs qui dissocient ses fibres. On enlève ce nerf dans toute son étendue; mais l'opération étant démontrée insuffisante, il fallut dans une seconde opération réséquer le cubital dans sa plus grande partie. Quelques autres tumeurs sous-cutanées sont aussi extirpées. Le malade, en raison des violentes névralgies qu'il éprouve dans le côté droit du scrotum, prie d'enlever en même temps les tumeurs de cette région et l'on reconnaît que l'une de ces tumeurs n'est autre qu'un deuxième testicule de la vaginale droite. Celui de la vaginale gauche est reconnu normal. Il était naturel de penser que les fonctions motrices et sensitives qui dépendaient des portions excisées des nerfs médian et cubital étaient définitivement perdues ; il n'en fut rien et au bout de quelques semaines

©BIUM

le mouvement reparut spontanément dans toute l'étendue du membre.

A noter la polyorchidie, anomalie rare et dont l'existence est même contestée.

II. — *Les simili-rages chez les chiens*; par M. P. Mégnin (séance du 19 janvier). — Les maladies nerveuses chez le chien augmentent avec une fréquence insolite. La longue domesticité de ce « candidat à l'humanité » a eu pour résultat de produire beaucoup de dégénérés dans l'espèce. Une des affections qui en découlent sont ces accès de *simili* ou de *pseudo*-rage, qui intéressent autant les médecins que les vétérinaires.

Une dame de Genève signale à l'auteur le cas suivant. Elle avait adopté un jeune chien de dix-huit mois, d'une intelligence extraordinaire et d'un attachement vraiment touchant : on ne pouvait lui reprocher qu'une grande irritabilité nerveuse et un caractère très turbulent. Un soir, comme elle s'approchait de lui, il sauta sur elle et la mordit grièvement aux mains. Dans la suite, à de nombreuses reprises, il renouvela ces agressions subites. De nombreux mois se sont écoulés et le chien, malgré ces crises subites de férocité, continue à être bien portant et d'une sociabilité extrême.

Un ami de M. Mégnin lui fait connaître cet autre fait. Il possède une excellente chienne de chasse, habituellement bien portante, bien nourrie, qui, un jour, en chassant, a une attaque épileptiforme; son maître s'approche pour la secourir et aussitôt elle se jette sur lui et les personnes qui l'accompagnent et les mord. A plusieurs reprises, cet accident suivi de la même crise rabiforme se renouvelle. Le correspondant de M. Mégnin ajoute : « Sept personnes de ma connaissance ont eu de semblables accidents cette année avec des chiens sains n'ayant jamais été malades. » Enfin, M. Mégnin signale un cas de paralysie de l'arrière-main survenue chez un chien à la suite d'une violente colère. La paralysie fut longue à guérir et ne céda qu'à l'électricité.

Tout cela démontre qu'il ne faut pas se hâter de déclarer enragé un animal pris d'accidents nerveux rabiformes.

III. — *Un stigmate permanent de l'épilepsie;* par les Drs Mairet et Vires (séance du 26 janvier). — Dans le but de déceler la simulation chez les faux épileptiques, MM. Mairet et Vires se sont attachés à rechercher si l'attaque ne produit pas des symptômes échappant à toute simulation possible et s'il n'existe pas, en dehors des attaques, quelque stigmate perma-

©BIUM

nent propre à cette névrose comme il en existe dans l'hystérie. Leurs recherches les ont conduits à des résultats qui leur paraissent avoir une certaine importance.

1° A la suite de l'attaque, il y a des modifications dans les *échanges organiques*, dans la *toxicité de l'urine* et dans la *marche de la température générale* : *a*) l'azote et les phosphates éliminés par les urines sont augmentés ; *b*) les urines post-paroxystiques sont hypotoxiques ; *c*) dans l'attaque, la température s'abaisse pour remonter après et dépasser la normale, si bien que la moyenne du jour de l'attaque est supérieure à la température moyenne des jours sans attaques. (Il y a des exceptions.)

2° Dans trois cas d'épilepsie larvée (les observations sont bien trop résumées pour entraîner la conviction), les auteurs ont constaté l'hypotoxicité permanente des urines, alors que dans toutes les formes d'aliénation, à part la démence sénile, l'hypertoxicité est la règle absolue.

IV. — *Accidents médullaires à forme de paralysie ascendante aiguë survenus au cours d'un traitement antirabique ;* par M. H. Rendu, en collaboration avec M. Pissavy (séance du 15 juin 1897). — En aidant à faire l'autopsie d'un malade mort de la rage, le garçon d'amphithéâtre de l'hôpital Necker se fait une piqûre à la main gauche. On lui conseille le traitement antirabique à l'Institut Pasteur. Du 22 au 25 mars, les piqûres le font seulement souffrir; le 25, il crut qu'il allait avoir des abcès, mais ce fut une fausse alerte ; rien de particulier jusqu'au 1er avril. Ce jour-là le malade, qui en est à sa seizième piqûre, a des frissons ; le lendemain, il a de la courbature, puis les jambes lui refusent tout service et la fièvre le prend (38 degrés dans l'aisselle). Le 4 avril, la paraplégie est complète. Bientôt des symptômes généraux graves se développent et l'on se trouve en présence du tableau clinique de la paralysie ascendante aiguë de Landry avec les phénomènes prémonitoires de l'envahissement du bulbe. Heureusement, à partir de ce moment, les symptômes commencent à rétrocéder et le malade finit par guérir.

Ce fait présente de réelles difficultés d'interprétation. Est-ce un cas de rage paralytique? Non, car l'incubation de la rage n'est pas inférieure à quatorze ou quinze jours ; et ici les troubles morbides ont apparu dès le onzième jour et d'ailleurs la rage paralytique ne présente pas le même aspect clinique. Il est plus rationnel d'admettre une myélite ascendante toxique et on

©BIUM

n'échappe guère à cette impression que des toxines virulentes ont été introduites dans l'économie par les injections de moelle émulsionnée. Et pourtant, malgré la persistance des injections pendant la maladie, l'amélioration des phénomènes paralytiques s'est manifestée le septième jour, et, la veille encore, il avait reçu une injection et en reçut encore deux par la suite.

Ces résultats contradictoires sont pourtant conciliables. Le sérum antirabique renferme évidemment des toxines ; mais il est d'observation constante que l'imprégnation de l'économie par ces toxines se fait sans réaction violente. Ne peut-on admettre que, de par sa profession, le malade était imprégné de miasmes en abondance, qui le mettaient en état de réceptivité morbide, et que l'introduction dans ses tissus d'une toxine habituellement peu virulente a pu provoquer en raison de cette réceptivité particulière des accidents spéciaux graves ?

La lecture de cette communication a provoqué l'intervention de M. *Roux*, qui fait remarquer que la toxine rabique a été innocente dans l'espèce, puisque, administrée même pendant la durée de la maladie, elle n'a pas entravé la guérison. On pourrait même soutenir que les injections continuées ont guéri la myélite; 19.000 personnes ont reçu jusqu'ici les inoculations de l'Institut Pasteur, et deux seulement ont présenté de la paraplégie. Ces cas font penser à la rage avortée beaucoup plus qu'à autre chose.

M. *Rendu* se défend d'avoir préjugé en rien la cause de cette paraplégie.

M. *Laveran* a observé en 1891 un cas très analogue chez un soldat en cours du traitement pastorien. Le traitement ayant été interrompu, les accidents s'amendèrent, puis disparurent: le malade reprit ensuite son traitement et guérit sans nouveaux accidents. M. Laveran a conclu à l'existence d'une forme atténuée de la rage.

M. *Grancher* regrette la communication de M. Rendu et les hypothèses qu'elle lui a suggérées, car elles auront pour résultat d'engendrer la défiance du public et de le détourner de l'Institut Pasteur. M. *Brouardel* est d'avis que ces myélites sont d'origine infectieuse et qu'il faut en chercher la cause ailleurs que dans le virus rabique.

V. — *Sur les paralysies au cours du traitement antirabique ;* par le Dr Brouardel (séance du 22 juin). — Lorsqu'on immunise un cheval contre la diphtérie, si on force la dose, on reproduit tous les accidents de la paralysie diphtérique ; encore

©BIUM

quelques gouttes et le cheval meurt. Cette expérience permet de dire que si l'on admet, avec M. Rendu, que la toxine antirabique a causé les accidents observés chez son malade, la continuation devait le tuer. Or, il a guéri ; c'est donc ailleurs qu'il faut aller chercher la cause de la myélite.

Cette cause est une infection banale. Dans l'état actuel de la science, il n'est pas possible de former des types spéciaux suivant l'origine de la maladie. Il est donc légitime de se demander si le malade de M. Rendu, qui s'est piqué en faisant une autopsie, n'a pas subi une infection banale.

On peut écarter l'hypothèse de myélite par action des injections de moelle rabique. Sur les animaux les plus sensibles, les injections les plus violentes de ces moelles n'ont jamais provoqué de paralysie.

On doit aussi mettre de côté l'hypothèse d'une paralysie rabique. Ce serait le premier cas de rage transmise d'homme à homme.

Les formes de paralysie rabique sont bien connues; M. Brouardel en cite un certain nombre d'exemples, mais celle qui ressemble à la myélite de Landry l'est moins ; elle n'en paraît pas moins réelle et, dans les cas comme celui de M. Laveran, la rage s'est trouvée enrayée par le traitement antirabique ; ce sont des succès de la méthode et non des échecs.

VI. — *Sur des accidents médullaires à forme de myélite aiguë survenus au cours d'un traitement antirabique ;* par M. G. Gros (d'Alger) (séance du 29 juin). — M. Gros rapporte l'observation d'un jeune homme de vingt-huit ans qui, mordu par un chien supposé enragé, se soumit au bout de douze jours au traitement de Pasteur. Le cinquième jour du traitement, il éprouva un grand malaise suivi d'incontinence des matières et plus tard de paraplégie complète qui guérit en un mois et demi. Pas de réflexions sur le cas.

VII. — *Les localisations cérébrales. Etudes de psychophysiologie* ; par M. Ferrand (séance du 14 septembre). — M. Ferrand, dans un tableau d'ensemble, retrace toutes les données acquises par la science contemporaine sur les fonctions de l'écorce cérébrale et les localisations pour en arriver à établir que ces faits d'observation et d'expérience n'ont rien qui ne se puisse accorder avec la doctrine philosophique la plus spiritualiste. « Il me semble même, ajoute-t-il, que les psychologues ne peuvent trouver dans cette analyse physiologique qu'un élément de certitude à ajouter à ceux qu'ils possèdent déjà dans

©BIUM

les distinctions qu'ils ont depuis longtemps établies entre les divers modes et les diverses étapes du processus sensible. »

A. CULLERRE.

JOURNAUX FRANÇAIS

ANNÉE 1896.

Archives de neurologie.

I. — *Trois cas d'idiotie myxœdémateuse traités par l'ingestion thyroïdienne ;* par le Dr Bourneville (numéro de janvier). — Cet intéressant travail de thérapeutique met en relief les avantages du traitement thyroïdien dans l'idiotie myxœdémateuse, et, dans un précédent numéro des *Annales* (1897, t. II), nous en avons cité le passage principal où se trouve résumée la série des symptômes dus au médicament. Nous y renvoyons le lecteur.

II. — *Ataxie locomotrice et folie simulées ;* rapport médico-légal ; par les Drs Paul Garnier et Charles Vallon (numéro de janvier). — D... est un individu dont l'histoire est curieuse. Ancien infirmier dans les hôpitaux de Paris, il se met certain jour à simuler l'ataxie locomotrice et pendant six ans se fait héberger par l'Assistance publique. En 1889, il va à Lourdes et simule une guérison retentissante. Choyé par les bons pères, il les lâche un jour en leur emportant 600 francs. De 1891 à 1893, il simule l'aliénation mentale et se fait placer quatre fois à Sainte-Anne ; la dernière fois, il s'évade en emportant 1,800 francs au pharmacien, M. Quesneville. Arrêté, il se met à simuler de nouveau l'ataxie locomotrice et feint l'amnésie. Plus tard, il se souvient d'avoir volé, mais prétend qu'il n'avait pas conscience de ses actes. Responsabilité ; condamnation à quatre ans de prison.

III. — *Les hallucinations unilatérales ;* leçon du professeur Joffroy, recueillie par E. Toulouse (numéro de février). — Les faits de ce genre sont assez rares, il en existe une quarantaine dans la littérature médicale. Ces faits se divisent en deux groupes : ceux où l'hallucination est sous la dépendance d'une lésion de l'organe sensoriel et ceux où elle semble être l'effet d'une altération cérébrale.

©BIUM

Dans le cas de lésions de l'oreille, le malade, s'il est prédisposé, interprète les bruits pathologiques et les transforme en voix, en hallucinations.

L'affaiblissement mental, la prédisposition du centre auditif sont les véritables causes de la production de ce phénomène.

Le second groupe est plus complexe; il faut admettre une lésion du centre cortical correspondant à l'hallucination et un état hallucinogénique; la lésion cérébrale ne fournit que le trouble subjectif de la sensibilité, c'est-à-dire la matière première que le cerveau prédisposé transforme en hallucinations.

Il faut rapprocher de ces faits les faits d'aura sensorielle unilatérale accompagnant les convulsions épileptiformes.

La prédisposition peut être héréditaire ou acquise. Elle est acquise en particulier par l'intoxication alcoolique, car on a remarqué que les hallucinations unilatérales se rencontrent surtout chez les alcooliques et plus particulièrement chez ceux qui ont fait des excès récents.

IV. — *Contribution à l'étude des changements du système nerveux central dans la polynévrite;* par le Dr S. Soukhanoff (numéro de mars). — Après quelques considérations historiques sur les anomalies constatées par divers auteurs dans la substance grise et blanche de la moelle épinière des sujets atteints de polynévrite, l'auteur décrit des lésions trouvées par lui dans un cas de polynévrite alcoolique. Elles peuvent se résumer ainsi : dégénérescence disséminée des fibres nerveuses dans tout l'axe spinal avec lésion spéciale de la zone de Lissauer et des cordons postérieurs.

V. — *Etude anatomo-pathologique de l'œdème bleu;* par le Dr Alelekoff (numéro de mai). — Dans les cas durables, l'anatomie pathologique de l'œdème bleu présente quelques caractères constants : Dilatation des veines, épaississement de leurs valvules, gonflement de l'endothélium, son décollement, hémorragies dans les parois des vaisseaux et dans le tissu cellulaire périvasculaire, névrites au début.

VI. — *Les neurones, les lois fondamentales de leurs dégénérescences*; par le Dr M. Klippel (numéro de juin). — L'unité nerveuse est le *neurone*. On peut définir le neurone : « une cellule nerveuse avec ses divers prolongements : ses prolongements protoplasmiques qui le mettent en rapport avec les neurones voisins, son prolongement cylindraxe qui établit les mêmes connexions ou qui s'en va jusqu'aux muscles, à la peau, aux organes des sens, etc. ». Le neurone n'affecte avec son

©BIUM

voisin que des rapports de contiguïté ; il a plusieurs prolongements dendritiques et un seul prolongement cylindraxe ou neural. Sa fonction physiologique est la suivante : chaque fois que l'influx nerveux gagne le centre de la cellule, il suit les dendrites, chaque fois qu'il s'en échappe, il suit le cylindraxe.

Le neurone formant un tout, il est logique d'admettre que la lésion d'une de ses parties retentisse forcément sur l'ensemble. Le bout périphérique subit la dégénérescence wallérienne ; le bout central s'altère suivant le processus de la dégénérescence rétrograde.

L'auteur entre ensuite dans de longs développements pour démontrer, en s'appuyant sur ce que l'on sait de l'anatomie pathologique des maladies du système nerveux, qu'il en est bien ainsi dans tout l'axe cérébro-spinal. Sa conclusion finale se formule ainsi : « La pathologie des dégénérescences, rapportée à la doctrine des neurones, peut se concevoir d'une façon plus claire, si l'on veut bien admettre que dans la chaîne motrice, la chaîne sensitive et dans les chaînes des neurones de la vie psychique, la dégénérescence wallérienne et la dégénérescence rétrograde, pour chaque neurone, la loi de dégénérescence de neurone à neurone, pour chaque système, peuvent invariablement servir de guide pour l'étude de l'immense variété de cas que nous offre l'observation de chaque jour. »

VII. — *L'incontinence d'urine et son traitement par la suggestion ;* par le Dr A. Cullerre (numéro de juillet). — Voici les conclusions de ce mémoire :

L'incontinence d'urine des enfants et des adolescents est un stigmate névropathique en général bénin, mais qui parfois est l'avant-coureur d'affections nerveuses plus ou moins graves: neurasthénie, hystérie, hypocondrie, obsessions mentales, ayant toutes pour fondement des préoccupations ou des idées fixes relatives à la fonction urinaire.

Les sujets qui en sont atteints appartiennent à des familles où la tare névropathique se fait sentir sous les formes les plus diverses, mais où ne paraît pas dominer l'aliénation mentale proprement dite. Ils présentent souvent les signes de la dégénérescence physique et morale.

L'incontinence est transmissible par hérédité similaire. Dans quelques cas, par le nombre d'individus atteints de la même parenté, elle revêt les caractères d'une véritable *maladie familiale.*

L'incontinence est un véritable trouble psychique analogue à

©BIUM

quelques-uns de ceux que l'on observe dans l'hystérie. Le mécanisme de la production de ce phénomène morbide paraît consister au début en une sorte de distraction cérébrale. Le centre mictionnel oublie sa fonction ou ne ressent pas les incitations parties de la moelle, ou encore est frappé d'inhibition par quelque excitation périphérique.

La conséquence de cette défaillance psychique, quelle qu'en soit d'ailleurs la cause, est la miction involontaire. Ce phénomène, à son tour, frappe l'imagination du sujet, engendre des préoccupations constantes qui s'infiltrent dans la vie psychique subconsciente et provoquent des auto-suggestions ou des rêves qui ont pour effet d'aggraver le mal et d'en augmenter de plus en plus la fréquence.

La suggestion hypnotique est le traitement le plus rationnel et le plus efficace de l'incontinence. Il paraît amener la guérison dans au moins les trois quarts des cas. Le degré d'hypnose du sujet est sans grande importance. Un état de simple passivité psychique avec yeux fermés paraît suffire à l'action de la suggestion.

Elle se montre efficace à tous les âges; mais, en général, son effet paraît d'autant plus sûr que le sujet est plus âgé.

Même chez ceux qui ne guérissent pas, l'action de la suggestion est évidente; mais elle est neutralisée par des auto-suggestions plus fortes.

Les malades de cette catégorie sont les plus tarés au point de vue du système nerveux; on constate parfois chez eux les stigmates de l'hystérie.

Les traitements pharmaceutiques ou chirurgicaux préconisés contre l'incontinence n'agissent pour la plupart, quand ils agissent, que par suggestion indirecte.

VIII. — *Hallucinations succédant à des obsessions et à des idées fixes;* par le Dr Laroussinie (numéro de juillet). — Observation clinique concernant un dégénéré héréditaire qui, douteur dès sa plus tendre enfance, finit par délirer dans le sens de ses tendances au doute et par élaborer un véritable délire avec hallucinations, se croyant accusé, menacé, et entendant objectivement les accusations et les menaces. Régression successive des symptômes en ordre inverse de leur apparition; guérison.

IX. — *Sur le groupement des fibres endogènes de la moelle dans les cordons postérieurs;* par le Dr H. Dufour (numéro d'août). — L'existence des fibres endogènes dans les cordons

©BIUM

postérieurs de la moelle est une notion qui, sans être nouvelle, n'a pourtant été élucidée que récemment et encore d'une façon incomplète, car les opinions divergent. De ses recherches, l'auteur conclut que : 1° la présence de filets radiculaires descendants dans les cordons postérieurs n'est pas encore absolument démontrée chez l'adulte ; mais le fût-elle, qu'elle n'infirmerait pas l'existence des fibres endogènes à dégénération descendante dans ces mêmes cordons postérieurs ; 2° on peut considérer deux systèmes de fibres descendantes, dites fibres endogènes ou commissurales, dans le cordon postérieur. L'un de ces systèmes, antérieur, est à court trajet, l'autre, postérieur, a un trajet très long, au moins pour une partie de ses fibres.

X. — *Troubles moteurs précédant l'articulation de la parole chez un dégénéré;* par le Dr Xavier Planat (numéro d'octobre). — Intéressante observation d'un dégénéré chez qui, à l'occasion unique du langage parlé, apparaissent des phénomènes spasmodiques débutant par la face, puis envahissant successivement le cou, la poitrine, les membres supérieurs et les membres inférieurs qui passent par une phase tonique et une phase clonique. A la face, la phase tonique existe seule et le syndrome est surtout marqué à droite. L'auteur invoque ici une analogie de mécanisme avec l'épilepsie jacksonienne. On peut plus à propos rapprocher le fait des tics compliqués de troubles de la parole, si fréquents chez les idiots.

Revue neurologique.

I. — *Alopécie localisée dans un cas d'hystéro-neurasthénie traumatique;* par le Dr P. Ladame (de Genève) (n° 1). — Un plâtrier, âgé de cinquante ans, tombe d'un échafaudage de la hauteur d'un deuxième étage. A la suite se développe chez lui une hystéro-neurasthénie de forme classique avec alopécie nerveuse circonscrite dans la région frontale, siège de vives douleurs. Ce dernier symptôme est l'expression d'un trouble trophique, déjà signalé par divers auteurs et en particulier par Oppenheim.

II. — *L'hérédité et l'étiologie des névroses ;* par le Dr Sig. Freud (de Vienne) (n° 6). — M. Freud proteste contre l'omnipotence accordée à l'hérédité par Charcot et ses élèves dans l'étiologie des névroses. Ses objections sont les suivantes :

a) On juge comme démonstratives d'une tendance névropathique héréditaire des affections assez souvent étrangères au

©BIUM

domaine de la neuropathologie; ainsi, les névralgies vraies de la face et nombre de céphalées.

b) On accepte comme tare toutes les affections nerveuses trouvées dans la famille d'un individu, ce qui semble indiquer qu'on suppose qu'il existe des familles où ne se rencontre aucune affection nerveuse, hypothèse contraire à la réalité.

c) S'il existe, comme il est vraisemblable, des névropathies acquises, comment savoir si celles de la famille n'ont pas été acquises?

d) La théorie syphilitique de l'ataxie et de la paralysie générale gagne tous les jours du terrain, ce qui infirme d'autant l'importance de l'hérédité.

e) Il n'est pas douteux que certaines névropathies peuvent se développer chez l'homme parfaitement sain, de famille irréprochable, témoin la neurasthénie.

f) Il y a l'hérédité *similaire* et l'hérédité *dissimilaire*. La première est rare et s'impose avec évidence; dans la seconde, tout est incertitude et confusion, car, n'agissant pas seule, son rôle est absolument subordonné à d'autres influences étiologiques.

Ces dernières, qui ont pour chaque névrose un caractère spécifique, lui paraissent capitales, et l'auteur, à propos de son assertion, rappelle ses études bien connues et non moins contestées sur l'étiologie de l'hystérie, des obsessions, de la neurasthénie, de l'*Angstneurose*, etc.

Il maintient en effet que chacune de ces grandes névroses « a pour cause immédiate un trouble particulier de l'économie nerveuse, et que ces modifications pathologiques fonctionnelles reconnaissent comme source commune la *vie sexuelle* de l'individu, soit désordre de la vie sexuelle actuelle, soit événements importants de la vie passée ».

III. — *La chorée variable des dégénérés;* par E. Brissaud (n° 14). — Cette forme de chorée n'a ni uniformité dans ses manifestations actuelles, ni régularité dans son évolution, ni constance dans sa durée. C'est, dit l'auteur, une névrose qui manque de *tenue symptomatique*. Elle est le propre d'un personnage essentiellement mobile lui-même incorrect, fantasque et changeant, le dégénéré.

Les mouvements dont il s'agit ne sont ni des convulsions toniques ni des spasmes cloniques et encore moins des tics d'habitude : « ce sont des contractions complexes, en général assez vives mais sans violence, et montrant de grandes analo-

©BIUM

gies avec les actes automatiques les plus simples : par exemple un pas en avant, un haussement d'épaules, un froncement de sourcils, un soupir ou un gémissement, un appel de langue ou un claquement de doigts, le plus souvent un geste d'impatience; mais tout cela est si varié, si fugitif, qu'on ne saurait y voir un phénomène convulsif défini. Lesdites contractions ont, en outre, ceci de spécial que malgré leur complexité, elles sont à peu près ignorées du malade qui les exécute. Bref, les mouvements nerveux dont nous voulons parler ne font partie ni des myoclonies ni des tics ». C'est donc bien de chorée et non d'autre chose qu'il s'agit; elle est spéciale aux dégénérés, le mot étant pris dans son acception la plus précise.

A l'appui de sa description, M. Brissaud donne quatre observations convaincantes, puis il insiste sur le diagnostic différentiel.

En ce qui concerne la chorée de Sydenham, les différences l'emportent sur les ressemblances. Celle-ci succède ordinairement à une infection ou une intoxication : elle est notablement plus fréquente dans le jeune âge ; elle a une période d'augment, d'état et de déclin. Aucune circonstance n'est assez puissante pour en suspendre le cours.

La chorée variable a deux caractères propres : la multiplicité des formes des mouvements, l'influence de la volonté sur la suspension des accidents.

L'erreur est plus difficile à éviter avec la chorée de Huntington. Cette dernière est incurable et dure la vie entière; elle a souvent le caractère familial. Elle est caractérisée à la fois par des troubles du mouvement, des troubles psychiques et par une marche progressive. Bien que la volonté ait quelque prise sur les symptômes, elle ne peut les suspendre plusieurs heures ni plusieurs jours comme dans la chorée variable.

Cependant, entre ces deux chorées, il y a de nombreuses ressemblances, et c'est la *variabilité* des symptômes surtout qui, par opposition à l'évolution progressive de la chorée chronique, permettra de diagnostiquer la chorée variable.

La chorée variable est un trouble passager ; elle peut se prolonger plusieurs années; mais le pronostic n'en est pas moins très favorable comparé à celui de la chorée chronique. Elle consiste dans un caprice de la fonction musculaire et n'est, en somme, qu'un de ces désordres passagers dont la dégénérescence mentale est coutumière.

IV. — *Du trouble mental dans le goitre exophthalmique;* par

©BIUM

le Dr Serge Soukhanoff, médecin de la Clinique psychiatrique de Moscou (n° 15). — Le goitre exophtalmique est quelquefois accompagné de troubles psychiques. Les faits de ce genre ne sont pas faciles à classer par suite des points de vue divergents des auteurs qui les ont étudiés.

Dans le plus grand nombre des cas, il s'agit de manie ou de mélancolie ; quelquefois de folie circulaire, d'obsessions avec impulsions irrésistibles, de délire aigu, de délire systématisé, de paralysie générale.

Toutes ces formes ne sont pas nécessairement en rapport avec le goitre exophthalmique ; il peut y avoir simple coïncidence, mais la névrose donne généralement une empreinte caractéristique à la psychose concomitante. A l'aide de deux observations cliniques, l'auteur cherche à démontrer que le trouble mental n'est pas purement d'origine héréditaire ou dégénérative, mais qu'il est lié d'une part à un trouble de la circulation encéphalique, de l'autre à une auto-intoxication thyroïdienne.

V. — *De la perte de connaissance dans les attaques d'hystérie ;* par le Dr A. Pitres (n° 17). — La perte de connaissance n'est pas spéciale à l'accès épileptique ; elle existe aussi dans la crise hystérique, mais avec des caractères spéciaux dont M. Pitres fait l'analyse. Il convient de distinguer dans ce qu'on appelle la perte de connaissance les *phénomènes de conscience* et les *phénomènes de mémoire*. Les deux ordres de phénomènes sont totalement abolis durant toute l'attaque épileptique ; l'évolution régulière d'une attaque complète d'hystérie vulgaire implique la succession de trois états mentaux différents. Dans le premier, la conscience et la mémoire sont intégralement conservées (période préconvulsive) ; dans le second, la conscience et la mémoire sont abolies comme dans les accès épileptiques (période convulsive) ; dans le troisième, la conscience et la mémoire se comportent exactement comme elles le font dans l'hypnose provoquée (période post-convulsives).

Connaissant ce qui se passe dans les attaques complètes, on peut se rendre compte de ce qui se produit dans les attaques incomplètes.

a) Si l'attaque incomplète se borne aux phénomènes d'aura, sanglots, spasmes, tremblement, contractures, la conscience reste intacte pendant toute la crise.

b) Dans les attaques purement épileptoïdes sans auras la conscience et la mémoire sont aussi sûrement abolies que dans les accès épileptiques les plus francs, et même quand au milieu

©BIUM

des convulsions on peut faire parler les malades et les interroger, on voit qu'ils n'ont aucune conscience de leurs mouvements cloniques et qu'ils croient rester immobiles.

c) Dans un dernier groupe, les malades tombant d'emblée en état d'hypnose (attaques de sommeil, de catalepsie, de léthargie, d'extase, de somnambulisme, etc.), la conscience est alors conservée. Quant à la mémoire, abolie à l'état de veille, elle est susceptible de reviviscence dans les attaques ultérieures. Il y a cependant des exceptions à cette règle, car la conscience dans certains de ces cas peut être partiellement ou totalement abolie.

VI. — *Un fait d'anarchisme;* par le professeur Miguel Bombarda (de Lisbonne) (n° 19). — Un individu se poste sur le passage du roi et lui jette deux grosses pierres en criant : « Vive l'anarchie! vive la révolution sociale! vive la guillotine! »

Appelé à l'examiner, M. Bombarda ne trouve chez lui aucun antécédent héréditaire ou personnel digne d'être noté. Il s'agit d'un pauvre diable aigri et révolté par la misère, qui ne se décida à l'acte répréhensible qu'après avoir essayé, par tous les moyens licites, de se procurer du travail et des ressources pour nourrir ses enfants.

Dans l'asile il a toujours été tranquille, d'une affectivité normale, respectueux de la discipline, maître de soi, exposant clairement ses théories anarchistes sans y mêler d'idées délirantes. On le renvoya au bout de quinze jours.

Ce fait a paru à M. Bombarda mériter d'être publié, car il prouve, à son avis, qu'on peut être anarchiste et régicide sans être fou.

Le Progrès médical.

I. — *Traitement de l'anorexie hystérique par les injections hypodermiques de morphine;* par le Dr Dubois (de Saujon) (n° 8). — L'anorexie hystérique résiste parfois à tous les traitements et se termine par la mort. M. Dubois a obtenu à l'aide d'injections de morphine un succès complet chez de grandes hystériques ayant été observées, à des dates différentes, par MM. Charcot, Debove, Pitres, Raymond, Souques. I donne, dès le début, des doses fortes (3 centigrammes répétés plusieurs fois par jour) en *affirmant* la guérison. Il faut que les injections soient faites régulièrement aux mêmes heures, en

©BIUM

même temps que l'on renouvelle la suggestion. Les malades, d'abord réfractaires, deviennent, grâce à la morphine, très suggestibles, et leur guérison est due au *traitement psychique.*

II. — *Sclérose cérébrale hypertrophique ou tubéreuse compliquée de méningite ;* par M. Bourneville (n° 9). — Intéressante observation de cette forme encore peu connue d'encéphalite de l'enfance, à propos de laquelle M. Bourneville donne une bibliographie complète de la question. Les examens histologiques ont montré que les éléments nerveux font absolument défaut dans les parties sclérosées, qui sont essentiellement formées par une trame névroglique excessivement dense.

III. — *Les polynévrites ;* par M. Gilbert Ballet (nos 18, 20, 26). — M. Ballet, dans la première de ces trois leçons, décrit la physionomie clinique des polynévrites. Elles se distinguent d'abord des névrites périphériques de cause locale qui sont le plus souvent consécutives à un traumatisme, à une luxation ou à une fracture, ou à la compression du nerf par une tumeur. Il faut encore éliminer de ce groupe les névrites wallériennes, dues à une dégénérescence par lésion des cornes antérieures de la moelle ou section du nerf.

Ce qui caractérise les polynévrites, c'est la multiplicité des nerfs atteints et leur relation évidente avec une cause générale toxique ou infectieuse : alcoolisme, saturnisme, arsénicisme, diphtérie, fièvres éruptives, diabète, goutte, rhumatisme chronique, etc.

Les symptômes s'associent en des combinaisons diverses à physionomie spéciale, suivant la cause ; mais, en général, ils sont les mêmes dans les grandes lignes : troubles paralytiques avec atrophie des muscles intéressés ; modification des réactions électriques ; les paralysies peuvent atteindre tous les muscles, sauf les sphincters ; troubles sensitifs (douleurs, paresthésies, anesthésies) qui ne présentent aucun parallélisme avec les troubles moteurs ; abolition des réflexes tendineux, troubles trophiques ; enfin troubles intellectuels (psychose polynévritique de Korsakoff).

La seconde leçon est consacrée à l'anatomie pathologique et aux théories par lesquelles on cherche à expliquer la genèse du mal. L'altération nerveuse est d'ordre banal, mais elle épargne les gros troncs et les racines pour se localiser dans les ramifications périphériques. Pour les uns, la partie cylindraxile des neurones jouit d'une certaine indépendance et est seule intéressée. Pour les autres, fidèles à la théorie wallérienne, l'altération

©BIUM

des nerfs périphériques ne peut s'expliquer que par une lésion ou un trouble dynamique du neurone.

En fait, on trouve souvent des lésions des cellules dans la polynévrite, et c'est le sujet de la troisième leçon. Les descriptions de ces lésions ne sont pas toutes concordantes, affaire de technique et aussi peut-être parce que leur pathogénie n'est pas toujours la même. Trois hypothèses peuvent être faites à cet égard : 1° l'agent pathogène a frappé primitivement la cellule ; 2° il a intéressé successivement les deux extrémités du neurone; 3° l'altération des nerfs précède la lésion médullaire. Ce dernier mécanisme paraît le plus fréquent, les faits expérimentaux ayant prouvé que tout neurone s'altère secondairement dans sa partie centrale quand son expansion cylindraxile est lésée. Mais, en somme, il n'y a pas d'indépendance absolue entre les diverses parties constitutives du neurone et on ne saurait être aujourd'hui ni *centraliste* intransigeant ni *périphériste* exclusif.

IV. — *Évolution générale du tabes;* par le professeur Raymond (n° 22). — Quand on a vu beaucoup de tabétiques, on arrive vite à se convaincre qu'il n'en est pas deux qui se ressemblent exactement. Il est toutefois certaines particularités de l'évolution du mal qu'il importe de mettre en relief et qui font l'objet de cette leçon.

Les manifestations initiales du tabes sont souvent méconnues, car le début est lent et insidieux. A côté de la forme vulgaire où les premières manifestations se montrent aux membres inférieurs, il faut placer les cas, beaucoup plus rares, où la lésion médullaire débute par le segment *cervical* (tabes cervical) ou par des manifestations *céphaliques* ou *bulbaires*. On a le tabes mixte quand la moelle lombaire et les centres supérieurs sont pris simultanément.

Une fois constituée, la maladie ne *rétrocédera plus* et marchera vers une aggravation lente et progressive, en subissant presque toujours des alternatives d'amélioration ou d'aggravation.

La *période préataxique* est essentiellement polymorphe ; la prédominance de certains symptômes permet de distinguer les formes *douloureuse, gastrique, amaurotique, laryngée, articulaire*, etc.

La *période ataxique* est caractérisée par l'incoordination qui, parfois, est difficile à déceler (épreuve de l'escalier, flexion des genoux les yeux fermés).

Dans la *période d'impotence*, l'incoordination peut se compli-

©BIUM

quer de paralysie avec atrophie des membres inférieurs. Certains tabétiques ne franchissent jamais la période préataxique et atteignent l'extrême vieillesse. Ces cas ne sont pas exceptionnels.

Une autre catégorie de malades verse d'emblée dans l'incoordination ; d'autres entrent de prime saut dans la période d'impotence. Dans un autre groupe, les symptômes classiques du tabes s'associent aux manifestations de la syphilis des centres nerveux.

Enfin, quelques malades présentent certaines manifestations rares, dont le pronostic est toujours grave : troubles respiratoires, cardio-vasculaires, urinaires, etc.

La gravité de toutes ces formes du tabes paraît subordonnée à l'intensité de la prédisposition héréditaire. Plus l'hérédité nerveuse est lourde, plus les premiers symptômes de l'ataxie sont prompts à se montrer. L'observation permet, jusqu'à un certain point, de prévoir l'organe qui sera affecté le premier (estomac chez les dyspeptiques, arthropathies chez les goutteux et les rhumatisants, etc.).

V. — *Symptômes urémiques localisés ; urémie à forme nerveuse ;* par le professeur Pierret (nos 24 et 27). — L'urémie nerveuse a été longtemps méconnue. Après un historique complet de la question, M. Pierret expose ses vues doctrinales déjà présentées dans la thèse de son élève, M. Bouvat.

Dans l'urémie cérébrale, il y a deux choses à considérer : l'œdème et l'intoxication. Elles agissent ensemble dans la plupart des cas. Si la substance toxique peut donner lieu à des œdèmes, le sérum épanché contient naturellement en dissolution le principe nocif et en imbibe les éléments nerveux ; c'est un véritable cycle. Le mécanisme paraît être le suivant : constriction vasculaire par l'action de l'agent toxique, congestion secondaire, œdème toxique consécutif.

Lorsque des phénomènes douloureux, paralytiques, spasmodiques ou même délirants revêtent un caractère local, c'est qu'il s'est produit, dans le système nerveux, des œdèmes toxiques limités à certaines régions.

Toutefois, nombre d'états convulsifs nécessitent une pathogénie plus complexe et il faut faire intervenir une prédisposition locale constitutionnelle ou acquise. Exemples : le migraineux dont l'encéphale est modifié par l'acide urique fera des convulsions, du délire hallucinatoire, de la méningo-encéphalite ; les cérébraux de Lasègue feront de la folie épileptoïde ; les anciens traumatisés du crâne feront des paralysies localisées, etc.

©BIUM

En résumé, dans le cours des urémies, toute condition anatomique susceptible de favoriser l'accumulation et la stase d'humeurs toxiques dans un point limité du cerveau peut donner naissance à des troubles localisés, sans préjudice des troubles plus généraux.

VI. — *Les attaques apoplectiformes et épileptiformes chez les paralytiques généraux;* leçon du professeur Pierret (n° 40). — Dans la forme lente de la méningo-encéphalite, une explication raisonnable de l'apparition brusque et de la disparition rapide des attaques convulsives ou paralytiques est encore à trouver.

On a invoqué la production de congestions partielles, subites, transitoires ; mais cette théorie manque de base. Le cerveau ne souffre pas de la congestion, il y est habitué physiologiquement ; elle est la condition de son fonctionnement. Andral a montré que les faits attribués à la congestion s'expliquent beaucoup mieux par l'anémie. D'après une autre théorie, il s'agirait d'une congestion inflammatoire, de poussées suraiguës d'encéphalite ; la température centrale, au moment des attaques, s'élève, en effet, et peut atteindre 39 à 40 degrés. Mais l'examen nécroscopique ne confirme pas cette interprétation ; d'ailleurs, l'hyperthermie n'est pas constante ; elle peut être remplacée par de l'hypothermie.

D'autres auteurs ont invoqué la production d'œdèmes localisés par excès de liquide céphalo-rachidien ; mais cet œdème est général et résulte de l'atrophie des centres nerveux.

Pour M. Pierret, les attaques épileptiformes et apoplectiformes sont le résultat des troubles de nutrition avec stases d'humeurs toxiques dans les départements du cortex où les cellules sont encore en état de réagir, mais où la sclérose gêne la circulation dans tous ses modes. La toxicité du sang peut provenir d'un mauvais fonctionnement de l'appareil urinaire, de constipation, d'indigestion, de résorption de produits septiques, d'infections passagères, telles que la grippe, une fièvre éruptive, etc.

En général, il s'agit d'auto-intoxications très simples, surtout d'origine urémique et stercorale.

VII. — *Le réflexe tendineux du genou dans la syphilis;* par le Dr Valentin Zaroubine (n° 51). — Étude expérimentale dont le résultat final se termine de la manière suivante : « Dans tous les cas, l'auteur a pu constater l'élévation, quelquefois considérable, de l'excitabilité réflexe des tendons, par conséquent

©BIUM

le renforcement du phénomène du genou au début de l'éruption primitive ; l'élévation était immédiatement suivie d'une chute progressive de l'excitabilité réflexe, laquelle tombait souvent au-dessous de la normale ; puis, derechef, elle remontait assez rapidement à sa hauteur normale. »

Annales d'hygiène et de médecine légale.

I. — *Un inculpé auto-accusateur* ; par M. Gilbert Ballet Communication faite à la société de médecine légale (numéro de février). — L'épithète d'*auto-accusateur* est employée pour désigner certains débiles à préoccupations hypocondriaques ou de culpabilité qui construisent sur ces préoccupations un véritable délire de persécution. L'observation que présente M. Ballet est d'un ordre un peu différent et rentre dans la catégorie de ces faibles d'esprit qui, sous l'influence de mobiles parfois difficiles à découvrir, s'accusent à la police de méfaits ou de crimes imaginaires.

Le nommé B... vient s'accuser au chef de la sûreté du meurtre de Louise L... Pour corroborer son aveu, il adresse, sous des noms divers, à la police, des lettres anonymes dans le même sens. L'expert constate qu'il s'agissait d'un faible d'esprit obéissant à l'impérieux besoin de se mettre en scène. Il buvait de l'absinthe ; il n'entrevoyait du reste que très incomplètement les conséquences de son acte. Responsabilité mitigée.

A propos de cette communication, MM. Motet et Garnier signalent des cas analogues. Nous sera-t-il permis de rappeler à notre tour que dans notre rapport au congrès de la Rochelle en 1893 (Des faux témoignages des aliénés devant la justice), nous avons signalé l'existence de ce groupe de dégénérés et de cérébraux, car les dégénérés ne sont pas seuls capables de se poser en héros de perversité, et que nous en avons fourni d'intéressants exemples?

II. — *Asiles de buveurs ;* par le Dr P. Sérieux (numéro d'avril). — Les buveurs d'habitude sont des malades et non des délinquants ; contre eux la répression pénale est vaine, l'internement dans les asiles d'aliénés ne donne aucun résultat. Le traitement des habitudes d'intempérance nécessite le séjour prolongé du buveur dans un établissement spécial où il sera sevré de toute boisson fermentée ou distillée (abstinence totale). Dans la plupart des établissements spéciaux qui existent à l'étranger, l'abstinence est de règle, même pour le personnel. A

©BIUM

l'abstinence comme moyen principal s'ajoutent, à titre d'adjuvants thérapeutiques, le travail agricole, les distractions et le traitement moral.

Aux Etats-Unis, il existe nombre d'asiles de buveurs, une quarantaine environ; la plupart sont dus à l'initiative privée. Dans la plupart des Etats, la loi autorise l'internement d'office des ivrognes pour une année au maximum.

En Angleterre, il existait en 1892 sept maisons de santé privées pour le traitement des buveurs d'habitude; aucune n'avait plus de vingt malades. La loi anglaise ne prévoit point le traitement d'office du buveur, il faut qu'il en fasse lui-même la demande. Tous ces établissements sont dus à l'initiative privée.

La Suisse compte 6 établissements de ce genre. Ils reposent, ainsi que ceux d'Allemagne, sur la liberté complète du malade, qui n'est admis que sur sa demande. Ces asiles, malgré les résultats excellents qu'ils ont donnés, ne rendent pas tous les services dont ils seraient susceptibles si le nombre de malades qu'ils peuvent recevoir n'était pas aussi restreint.

En Allemagne on compte huit asiles de buveurs. On se propose d'en créer un en Autriche. En France il n'en existe pas; la loi n'a d'ailleurs rien prévu de ce genre jusqu'ici; la question est à l'étude.

III. — *Traumatisme cranien suivi de troubles cérébraux*; par M. le Dr Vallon. Communication à la Société de médecine légale (numéro d'avril). — Histoire lamentable d'un jeune et brillant officier exempt de tares nerveuses qui, à la suite d'une chute de cheval dans le service, est pris d'accidents épileptoïdes, puis de troubles du caractère et du moral et enfin de dipsomanie. Il est mis à la réforme, tombe dans le dernier degré de la misère et de l'abjection et échoue à Villejuif.

Cette communication est le point de départ d'une discussion intéressante non susceptible d'analyse.

IV. — *Indications et opportunité de l'internement des aliénés suivant la forme d'aliénation mentale;* par le Dr Paul Garnier (numéro de novembre). — Ce mémoire est un fragment du rapport de l'auteur au Congrès de Nancy en 1896 sur cette question : *Internement des aliénés, thérapeutique* et *législation*. Une analyse complète de ce travail a été précédemment publiée dans ce journal.

©BIUM

Archives générales de médecine.

I. — *Somnolence et narcolepsie hépatiques;* par Léopold-Lévi (numéro de janvier). — Observations cliniques où la somnolence hépatique prend une importance particulière par son apparition précoce et son intensité.

II. — *Contribution à l'étude du délire au cours des affections hépatiques;* par Léopold-Lévi (numéro de février). — Le délire survenant au cours des affections hépatiques reconnaît des causes variées : 1° Il est lié à l'hépato-toxémie (folie hépatique proprement dite) ; 2° il est provoqué par des causes infectieuses ou toxiques parmi lesquelles l'alcoolisme prédomine.

Dans une observation que présente l'auteur, c'est la tuberculose qui doit être incriminée.

Il s'agit d'une femme de cinquante-huit ans, alcoolique, qui, au cours d'une cirrhose, subit une poussée tuberculeuse qui s'accompagne de délire de forme confuse avec désorientation, présentant des rémissions et des exacerbations. A des phrases sensées succèdent des paroles incohérentes ; la malade, entendant un mot, s'en sert de point de départ pour divaguer.

Elle a des idées de persécution, des hallucinations de l'ouïe. Il y a de la fièvre. Au bout d'un mois, la mort survient dans le coma. A l'autopsie, cirrhose hépatique : tuberculose granulique des séreuses.

III. — *Troubles nerveux d'origine hépatiqus* (*hépato-toxémie nerveuse*)*;* par Léopold-Lévi (numéros de mai, juin, juillet, août). — Il faut entendre par troubles nerveux d'origine hépatique des phénomènes nerveux qui sont causés par le foie, ne trouvent d'explication que dans le foie. Les fonctions de cet organe sont si variées et si importantes (biligénie, glycogénie, uropoièse, action sur les matières grasses, sur la fibrine et les matières azotées, et surtout pouvoir antitoxique) qu'*a priori* l'existence de ces troubles ne paraît pas douteuse.

Rappelant les beaux travaux de son maître Hanot, l'auteur établit que, pour qu'il y ait troubles nerveux d'origine hépatique, « il faut qu'ils soient liés à des symptômes ou à des lésions hépatiques indiscutables ; que le foie soit malade à l'exclusion d'autres organes, surtout les reins, qu'on ne puisse incriminer une cause générale infectieuse, toxique, autotoxique, pour expliquer les phénomènes nerveux ».

Il décrit d'abord le coma au cours des affections hépatiques :

©BIUM

coma transitoire, terminal, complexe, coma de l'ictère grave, coma révélateur. Il se distingue surtout par deux signes : la mydriase et la présence d'urobiline dans l'urine.

Dans un deuxième paragraphe est étudié le délire hépatique. Pour le diagnostic de ce dernier, il faut se défier de grossières causes d'erreur telles que l'alcoolisme, une infection ou une auto-intoxication d'origine urémique ou cardiaque. Pour le délire, plus que pour tout autre phénomène nerveux, il faut tenir compte de la prédisposition; la cellule nerveuse peut être préalablement altérée; une lésion antérieure peut être réveillée. Les causes adjuvantes interviennent à leur tour. Le plus souvent, la cellule hépatique est touchée (hépatite infectieuse, cirrhose, cancer), mais, dans certains cas, il faut faire intervenir l'hérédité. Il s'agit le plus souvent d'un délire tranquille, de paroles et d'actions, caractérisé surtout par l'incohérence, la niaiserie ; mais le délire étant fonction de l'individu, il est permis de concevoir d'autres formes.

Quand la cellule se prend primitivement, en dehors de toute affection chronique du foie, sous l'influence d'une intoxication, l'alcoolisme par exemple, ou l'intoxication phosphorée, le délire peut encore se produire par un mécanisme décrit par Klippel (déjà précédemment exposé ici même, *Annales médico-psychologiques*, 1894, t. XX).

L'auteur passe ensuite aux syndromes mentaux d'origine hépatique et à la folie hépatique. Après un court historique, il montre que c'est à Klippel que l'on doit d'avoir attiré l'attention sur cette question. On a affaire à deux groupes de faits : dans le premier, les troubles hépatiques n'ont qu'une action douteuse sur le délire; dans le second, l'action du foie est directe. Il s'agit d'insuffisance hépatique pure et simple.

Le cas de Klippel est reproduit; l'observation du professeur Joffroy de pseudo-paralysie générale hépatique (*Soc. méd. des hôp.*, janvier 1896), vient ensuite.

Dans les paragraphes subséquents sont étudiées les convulsions, les troubles nerveux complexes et le tremblement hépatique. C'est un exposé de cas cliniques qui ne sont pas susceptibles d'analyse.

Ce long et important mémoire, comme étude d'ensemble, présente le plus grand intérêt pour les aliénistes.

IV. — *Le nystagmus et la trépidation épileptoïde considérés comme syndrome clinique traduisant la marche des anesthésiques à travers l'axe encéphalo-médullaire;* par Emile Lenoble (nu-

©BIUM

méro de septembre). — Au cours des anesthésies chirurgicales par l'éther, il survient au début ou dans le cours de la narcose profonde deux signes intéressants : le nystagmus et la trépidation épileptoïde du pied. Le nystagmus a été constaté 22 fois sur 42 cas et le clonus du pied 31 fois sur 44.

Lorsque les deux signes s'associent (1 fois sur 2), le nystagmus se constate toujours en premier lieu. Il s'agit vraisemblablement de phénomènes dépendant de l'exagération du pouvoir excito-réflexe des centres nerveux. L'épilepsie spinale en particulier paraît un phénomène de dynamogénie résultant de l'imprégnation des éléments par l'éther.

A. CULLERRE.

JOURNAUX ANGLAIS

The Journal of Mental Science,

ANNÉE 1896 (*Suite et fin*).

XXVIII et XXIX. — *L'hôpital de traitement dans les asiles d'aliénés;* par M. J. Macpherson. — *Note sur l'assistance féminine dans une infirmerie d'hommes;* par M. Turnbull (numéro d'octobre). — La création d'hôpitaux dans les asiles tend à se généraliser en Ecosse, où elle s'est développée sous l'action de la Société des Inspecteurs. Dès l'année 1886, M. Sydney Mitchell dressait le plan d'un asile pour 1000 malades avec hôpital séparé, divisé en trois sections, une section destinée aux cas récents et aux malades en surveillance, une seconde occupée par les aliénés atteints d'affections médicales et chirurgicales, enfin une section de faibles.

L'assistance séparée est aujourd'hui pratiquée dans 13 asiles. Dans 6, l'hôpital est entièrement isolé, dans 7 il consiste simplement en des aménagements spéciaux dans les quartiers d'hommes et de femmes. Les établissements de Perth, de Lenzie, d'Hartwood offrent des exemples de cette hospitalisation mixte. La séparation est plus complète à Inverness et à l'asile de district de Murthly.

Le premier hôpital indépendant a été construit en Ecosse, sur l'initiative du Dr Nowden, de Montrose. Dans la suite ont été pourvus les asiles de Fife, d'Aberdeen, de Glascow, de Govau et de Stirling.

©BIUM

Il y aurait avantage à installer dans les nouveaux hôpitaux un pavillon de phtisiques comme à Illenau.

M. Macpherson passe en revue les côtés utiles de l'installation nouvelle. Grâce à elle, les soins d'hôpital sont prodigués aux aliénés curables par de vrais infirmiers ; elle permet aussi d'introduire dans les quartiers d'hommes des infirmières, dont il apprécie hautement les services. L'organisation hospitalière facilite en outre le traitement médical et l'étude des aliénés. Elle est excellente au point de vue administratif, parce qu'elle diminue les chances d'accident, par la concentration dans un espace limité des malades dangereux. Elle a l'avantage de séparer les malades aigus, bruyants, des chroniques tranquilles dont le confort devient meilleur. Enfin, la contiguïté des deux parties de l'asile, les transferts qui se font constamment de l'une à l'autre, la présence dans l'hôpital d'un certain nombre d'incurables, détruit la mauvaise impression causée dans les asiles ordinaires par le contraste entre les curables et les chroniques.

La note suivante, quoique rédigée à un point de vue différent, se rattache au même objet. M. Turnbull soutient la possibilité et les bienfaits d'une assistance féminine dans une infirmerie d'aliénés. Ce genre d'hospitalisation est appliqué très heureusement à l'hôpital séparé de Fife. Nous empruntons au travail que nous avons sous les yeux une description sommaire de cette annexe.

Le nouvel hôpital est formé d'un pavillon unique qui reçoit les malades récemment admis, ceux qui réclament une observation spéciale et les aliénés atteints de maladies physiques. Chaque section (hommes et femmes) a donc 3 divisions : 1° salle d'infirmerie ; 2° quartier d'observation spéciale ; 3° quartier d'observation générale. La salle à manger, la cuisine et les bureaux sont au centre du bâtiment. Les infirmeries d'hommes et de femmes sont contiguës à ces pièces du centre, et comme leurs portes sont ouvertes pendant le jour avec libre communication par un large corridor, l'infirmerie des hommes est aisément accessible du côté des femmes. Elle est placée sous la direction d'une dame infirmière en chef, qui gouverne les deux salles d'infirmerie avec l'aide de deux infirmières adjointes.

Chaque infirmerie communique avec le dortoir d'observation spéciale à côté duquel se trouve une salle de jour. Le dortoir est vide pendant la journée et ne reçoit ses aliénés que la nuit.

©BIUM

Du côté des hommes, la porte qui sépare le dortoir d'observation du dortoir d'infirmerie est rigoureusement close le jour, et il n'existe aucune communication entre les hommes alités et le reste du quartier qui est surveillé par des gardiens. Lorsque le médecin fait sa visite du soir, la porte est ouverte, la salle d'infirmerie et le dortoir d'observation ne font plus qu'une salle, qui est placée sous la garde d'un infirmier, tandis que les infirmières regagnent leur section. Il suit de là que l'infirmerie des hommes est desservie par des femmes pendant le jour et surveillée la nuit par un personnel d'hommes.

Le système d'assistance recommandé par le médecin de l'asile de Fife, a montré sa valeur pratique. Les infirmières ont déclaré que leur service était moins pénible du côté des hommes que du côté des femmes.

XXX. — *Asile du Caire. Le Dr Warnock et la folie du hashisch;* par M. Clouston (numéro d'octobre). — L'assistance des aliénés au Caire a fait des progrès sérieux grâce au dévouement du Dr Warnock. Les malades y sont traités enfin humainement et d'après les principes de la science. Le résultat des efforts de ce médecin est vraiment très beau. Tandis que la mortalité moyenne en 1894 était de 33 p. 100, elle tombe, en 1896, à 16 1/2 p. 100 : à la fin de cette même année, la proportion des décès avait encore notablement baissé. Il faut savoir qu'au Caire la mortalité est énorme dans la population normale; elle n'est pas moindre de 40 p. 1000.

En outre, le mouvement des entrées à l'asile est extraordinaire. En 1895, 526 malades ont été admis sur une population moyenne sédentaire de 465.

On doit à M. Warnock quelques remarques personnelles sur les troubles mentaux déterminés par le hashisch.

Dans la première moitié de l'année 1895, 253 aliénés ont été admis. Sur ce nombre, 40 avaient abusé du hashisch; 40 autres avaient subi les effets combinés du hashisch et de l'alcool. Parmi ces 80 aliénés, il y avait seulement 5 femmes.

Un grand nombre de ces aliénés ont guéri par l'abstention pure et simple. Le retour subit à la santé a, du reste, une valeur pathognomonique.

La folie hashischienne se manifeste sous trois formes.

L'intoxication aiguë est représentée par un état de rêve avec hallucinations de la vue, auquel s'ajoutent souvent des idées de possession diabolique.

A un degré plus élevé, on observe un délire moins violent

©BIUM

que le délire alcoolique, sans phénomènes ataxiques. La durée de ces accidents n'excède pas un jour ou deux.

Une autre forme consiste dans un état maniaque aigu avec hallucinations terrifiantes, craintes sur l'entourage, agitation, insomnie, fatigue nerveuse, absorption du sujet par le délire. La durée de l'accès peut atteindre plusieurs mois et il ne guérit pas toujours.

Enfin de nombreux malades présentent de la faiblesse mentale avec retour de l'état aigu à chaque nouvelle intoxication.

A l'asile, ils sont tranquilles, se conduisent bien ; mais ils sont bavards, aisément excitables, bons à rien. Ils sont indifférents et veulent rester à l'hôpital toute la vie. S'ils recouvrent la liberté, ils fument le hashisch et sont bientôt réintégrés, offrant une forme d'agitation semblable au type précédent, mais plus bénigne.

D'après la commission de l'*Indian Hemp Drug* la nocivité du hashisch aurait été exagérée. Prise modérément, la drogue n'aurait aucune influence fâcheuse sur le physique, la mentalité et le sens moral. Son abus détériore la constitution, affaiblit l'intelligence et cause parfois la folie. Mais si le hashisch produit à la longue la dépravation et la déchéance mentale, il conduit rarement au crime.

XXXI. — *Un cas de manie récurrente;* par **M.** John Havelock (numéro d'octobre). — Après être entré dans les mœurs, voici que le cyclisme veut s'introduire dans la thérapeutique aliéniste et s'attribue le mérite, qui n'est pas mince, de guérir la folie périodique. C'est à un malade que revient l'honneur de cette découverte.

Cet homme, âgé de cinquante-quatre ans, est grand, élancé, de constitution délicate, mais jouit d'une bonne santé physique. Il a reçu une bonne instruction et a des prétentions littéraires. Trois de ses sœurs ont succombé à la phtisie. Dans le cours de trente années, il n'a pas eu moins de vingt accès de manie, dans l'intervalle desquels il pouvait reprendre la direction de ses affaires. Il a été admis pour la première fois à l'asile de Montrose en 1862, à l'âge de vingt ans. La forme des accès a été à peu près constamment la même : un délire de nature poëtico-religieuse (le malade déclamait des vers et chantait des psaumes), avec une excitation plus ou moins désordonnée. Il avait conscience de son trouble mental, qu'il appelait « une hystérie produite par le surmenage. »

©BIUM

Les dates des crises qui se sont succédé et leur longueur sont intéressantes à noter :

1er accès. 1862. Durée 5 mois.
2e — Onze ans après. Durée 3 semaines.
3e — En novembre 1884. Durée 1 mois.
4e — Cinq semaines après. Durée 1 mois.
5e — En mars 1885. Durée 2 mois.
6e — En novembre 1885. Durée 2 mois.
7e — En mai 1886. Durée 1 mois.
8e — Attaque d'allure bénigne traitée à domicile pendant l'hiver de 1886-1887.
9e — En mai 1887. Durée 6 semaines.
10e — Dans l'automne de la même année. La cause déterminante a été le mariage d'un ami. Durée 2 semaines.
11e — En novembre 1887. Accès plus intense que les précédents. Durée 7 semaines.
12e — En mai 1888. Durée 6 semaines.
13e — En octobre 1888. Durée 3 semaines.
14e — En décembre 1888. Durée 7 semaines.
15e — En mai 1889. Durée 1 mois.
16e — En juillet 1889. Durée 1 mois.
17e — En septembre 1889. Durée 2 mois.
18e — En mai 1891. Durée 2 mois.
19e — En janvier 1892. Durée 5 semaines.
20e — En janvier 1893. Dernier accès. Durée 1 mois.

Peu après la dernière sortie de l'asile, ses amis lui conseillèrent de chercher dans un exercice pénible la diminution de ses attaques. Il eut alors l'idée d'acquérir une bicyclette et de s'adonner à outrance à ce sport à la mode. Trois ans se sont écoulés (1er juin 1896) et les manifestations vésaniques n'ont plus reparu. Actuellement la santé physique et morale de l'ancien pensionnaire de Montrose est parfaite. Il croit devoir sa guérison à l'entraînement de la bicyclette. M. Havelock pense comme lui et admet comme probable que la fatigue physique s'est substituée à l'excitation maladive, en supprimant ainsi l'une des causes les plus puissantes des accès de manie.

Dr Pons.

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE

Névroses et idées fixes. — Tome I. *Études expérimentales sur les troubles de la volonté, de l'attention, de la mémoire*, etc.; par le Dr P. Janet. — Tome II. *Fragments de leçons cliniques du mardi sur les névroses, les maladies produites par les émotions*, etc; par le professeur Raymond et le Dr P. Janet. 2 vol. in-8°. Paris, F. Alcan, 1898.

A côté de son enseignement magistral, le professeur Raymond a maintenu et développé le laboratoire de psychologie fondé par Charcot et dont le directeur est toujours M. P. Janet, le très distingué suppléant de M. Ribot au Collège de France et titulaire de la nouvelle chaire de psychologie à la Sorbonne.

Sous le titre : *Névroses et idées fixes*, deux volumes sont déjà parus, qui nous font connaître les travaux de ce laboratoire. Le premier est signé de M. Janet seul ; le second est dû à la collaboration de MM. Raymond et Janet.

Dans le premier volume sont étudiés, principalement chez les hystériques, des troubles, dont la plupart sont déjà connus, mais que l'auteur présente d'une façon très originale et très instructive, d'après la méthode dont il a montré toutes les ressources dans ses travaux antérieurs sur « l'automatisme psychologique », sur « les stigmates mentaux des hystériques », etc.

L'aboulie, les amnésies, les troubles de sensibilité, les contractures, les paralysies, les spasmes musculaires des hystériques, tous ces phénomènes d'une interprétation si délicate ne sont souvent que des manifestations de l'inconscient, dont l'activité est excitée et entretenue par une idée fixe latente, oubliée du malade, au moins pendant sa vie consciente. Découvrir cette idée fixe, c'est le but que doit se proposer le médecin, non pas seulement pour mieux comprendre le mécanisme des troubles qui en dépendent, mais aussi et surtout pour lutter contre elle et obtenir la guérison des accidents.

Il est donc d'une importance capitale de connaître, d'une part, les caractères qui permettent de soupçonner l'existence

©BIUM

d'une idée fixe, et, d'autre part, les moyens qui permettent de la combattre. Les nombreuses observations que rapporte M. Janet nous donnent, à ce double point de vue, des indications précieuses.

Le rôle des idées fixes dans l'hystérie, soupçonné par Brodie dès 1837, puis indiqué par Russell Reynolds en 1869, a surtout été mis en lumière par Charcot dans ses études sur l'*hystéro-traumatisme* (1884-1885). Charcot a montré toute l'importance de l'*émotion* qui accompagne l'accident initial et comment la persistance de cette émotion favorise le retour des phénomènes morbides. On sait tout le parti qu'il a tiré de la suggestion pour reproduire des effets identiques. Mais, afin d'éviter une généralisation dangereuse de la théorie, il importe précisément de bien connaître les idées fixes propres aux hystériques, les idées fixes de *forme hystérique*, comme les appelle M. Janet, et qu'il faut se garder de confondre avec d'autres idées fixes observées dans des conditions morbides très différentes.

Les idées fixes de forme hystérique sont subconscientes, c'est-à-dire ignorées des malades et non apparentes; il faut les chercher. Elles ne reparaissent dans la conscience, elles ne deviennent donc saisissables que pendant le sommeil hypnotique ou dans les rêves. Ces idées ne sont pas quelque chose d'abstrait, de purement intellectuel; elles forment, dans l'esprit, un système complexe d'images de toute sorte, reliées entre elles par diverses associations et s'appelant les unes les autres, par le simple jeu del'automatisme. Enfin, les idées fixes de forme hystérique sont précédées et accompagnées d'autres stigmates de la névrose et, notamment, de manifestations plus ou moins évidentes de l'automatisme mental. Comme tous les phénomènes hystériques, elles sont très modifiables par la suggestion hypnotique.

L'idée fixe hystérique, à laquelle M. Janet attache une si grande importance, est très finement étudiée dans un des plus remarquables chapitres de l'ouvrage, le chapitre consacré à « l'amnésie continue ». On sait qu'à la suite de traumatismes craniens, sous l'influence d'intoxications diverses, l'alcoolisme, par exemple, certains malades perdent le pouvoir d'acquérir de nouveaux souvenirs. Charcot avait donné à ce trouble particulier le nom d'*amnésie antérograde*. M. Janet propose la dénomination d'*amnésie continue*, parce qu' « elle est continuelle pendant la vie du malade ». Or, dans certains cas, c'est une très

©BIUM

violente émotion « qui a déterminé au début l'amnésie et qui, en se reproduisant, la perpétue ». On sait, d'autre part, que l'émotion est un facteur puissant de distraction : « bien plus, elle rend quelquefois les gens anesthésiques, soit passagèrement, soit d'une façon permanente... En un mot, l'émotion a une action dissolvante sur l'esprit, diminue sa synthèse et le rend pour un moment misérable... Les émotions, surtout les émotions déprimantes, désorganisent, désagrègent les « synthèses mentales ». Les idées fixes des hystériques provenant si souvent d'une émotion, on s'explique leur action dissociante sur l'esprit. Il n'a plus assez d'énergie pour se débarrasser, même un instant, de l'idée fixe et pour effectuer de nouvelles synthèses. L'émotion-idée fixe constitue un système psychologique très envahissant, qui domine et remplit la vie mentale. Elle dérive à son profit toute l'attention disponible, et elle crée pour tout le reste un état de distraction profonde. Dès lors, les sensations ne sont plus assimilées, elles ne sont plus incorporées à la conscience personnelle qui n'en conserve pas la trace, sous forme de souvenirs. Mais, pour être ignorés de la conscience, les souvenirs n'en existent pas moins quelque part, dans la région de l'inconscient, et M. Janet nous montre par quels détours — sommeil hypnotique, suggestions à distance, actes automatiques — on peut les mettre en évidence.

Cette conception de l'*émotion dissociante* est très ingénieuse et elle facilite l'intelligence de bien des phénomènes délicats. Nous n'avons pu en donner ici qu'une idée des plus sommaires. Tout ce chapitre de « l'amnésie continue » est à lire attentivement.

Nous ne pouvons nous étendre, malgré tout l'intérêt qu'elles présentent, sur d'autres études relatives à « l'allochirie », à « l'hémianopsie hystérique », aux « contractures, aux paralysies, aux spasmes du tronc chez les hystériques », etc.

« L'influence somnambulique et le besoin de direction » sont, pour M. Janet, l'occasion d'importantes considérations de psychologie et de morale. Il nous montre, par de curieux exemples, la persistance, chez l'hypnotisé, de la pensée de l'hypnotiseur, son influence qui devient un élément indispensable de la vie du malade, mais qui devient aussi une véritable corvée pour le malheureux dirigeant, obligé de *remonter* périodiquement son sujet, qui ne peut plus se passer de lui et le tourmente sans trêve ni merci. Ce besoin d'une direction, d'une affirmation étrangère n'existe pas seulement chez les hystériques, on l'ob-

©BIUM

serve aussi, par exemple, chez les douteurs, et il y a longtemps que M. J. Falret a parlé du rôle de *souffre-douleur* dévolu à ceux qui ont le malheur de conquérir la confiance de ces malades.

Dans le second volume de *Névroses et idées fixes*, les auteurs étudient des phénomènes tout aussi intéressants que les précédents, également intermédiaires à la neuropathologie proprement dite et à la psychiatrie. Une première partie est consacrée aux « troubles psychiques »; dans la seconde sont groupés les « troubles somatiques ».

Ces différents troubles, d'une nature extrêmement délicate' ont été bien décrits par les aliénistes. Mais il faut avouer que leur étude est restée un peu trop générale, et surtout que l'on a trop souvent classé des faits assez disparates sous la dénomination générique de « confusion mentale », d' « aboulie », de « délire émotif », d' « obsession » ou d' « impulsion », etc. Un des grands mérites du livre de MM. Raymond et Janet consiste dans la distinction de catégories différentes, suivant l'étiologie ou l'évolution clinique de ces états si variés. C'est ainsi que les confusions mentales et les aboulies sont distinguées en *primitive, secondaire* et *périodique;* — les délires émotifs en *systématisé, permanent* et *généralisé;* — les obsessions rattachées à une *forme hystérique* et à une *forme psychasthénique*, etc. Comme dans le volume précédent, les observations, très nombreuses, se rapportent presque exclusivement à des hystériques.

Les confusions mentales secondaires se distinguent des confusions dites primitives par l'absence de maladie infectieuse au début, et par l'absence de troubles somatiques bien appréciables. Elles sont secondaires à la névrose préexistante; ce sont des syndrômes psychologiques et non des maladies véritables. Abandonnées à elles-mêmes, ou bien traitées par des moyens purement physiques, elles sont très rebelles. La thérapeutique qui leur convient et qui en triomphe d'ordinaire assez vite, est celle des manifestations hystériques en général, et, avant tout, la suggestion sous toutes ses formes.

Les confusions périodiques, même chez des hystériques, sont souvent plus tenaces, et les auteurs rapportent une très curieuse observation de ce genre : une malade du service de la clinique a présenté, en moins de deux ans, cinq ou six accès de confusion mentale très profonde, séparés par des intervalles de santé à peu près normale. Les auteurs ne manquent pas de souligner

©BIUM

les rapports que présentent ces faits avec les grandes aliénations à forme circulaire ou alterne.

Les aboulies primitives, au sens psychologique du mot, sont celles qui ne sont précédées d'aucun autre trouble mental appréciable. Elles peuvent apparaître au cours d'un état neurasthénique ou hystérique, ou encore à la suite d'une maladie infectieuse, la fièvre typhoïde, par exemple.

L'aboulie périodique, de même que la confusion mentale périodique, ne se distingue des autres formes que par son évolution, et elle se rapproche aussi des aliénations circulaires.

Ces distinctions ont au moins le mérite d'introduire un peu d'ordre et de clarté dans des questions vraiment touffues et complexes. Il ne faudrait pas, cependant, leur attribuer une valeur absolue, et il est souvent bien difficile, par exemple, d'affirmer qu'une aboulie est réellement primitive, qu'elle n'a été vraiment précédée d'aucun trouble mental préparatoire. Tout au moins faut-il admettre l'existence d'une faiblesse générale de l'esprit, qui est la condition du développement de l'aboulie caractérisée.

Les mêmes observations trouvent leur place à propos de la distinction des délires émotifs en systématisés, permanents et généralisés. Les délires émotifs systématisés éclosent toujours sur un fond d'émotivité générale qui en est la condition préalable, la systématisation provenant d'une circonstance accidentelle. La systématisation n'est pas autre chose qu'un effort logique de l'esprit, se formulant à soi-même, sous une forme déterminée et plus ou moins rigoureuse, des sensations jusqu'alors indéterminées. On sait, d'ailleurs, toute l'importance du rôle que jouent, dans les délires systématisés en général, ces tendances logiques, ces tentatives d'explication.

Dans les états précédents, les idées fixes se rencontrent avec leurs caractères habituels. Nous les retrouvons, plus fréquemment encore, à propos des obsessions. Tout ce qui a été dit de l'émotion dissociante pourrait être répété ici. Et cette notion n'a pas seulement un intérêt théorique, la thérapeutique des obsessions y trouve un précieux auxiliaire.

MM. Raymond et Janet divisent, nous l'avons dit, les obsessions en deux grands groupes : celles de forme hystérique sont subconscientes, elles s'accompagnent d'amnésies, de phénomènes somnambuliques, et elles sont éminemment influencées par la suggestion ; celles de forme psychasténique ne sont pas associées à ces différents symptômes, elles sont liées à une fai-

©BIUM

blesse mentale d'une autre nature, elles sont conscientes, et s'accompagnent parfois de véritables délires. Elles sont infiniment plus tenaces et rebelles au traitement.

Dans un chapitre relatif aux attaques de sommeil sont décrites, à côté des sommeils hystériques et des somnambulismes les plus connus et les mieux étudiés, des attaques simulant l'ictus apoplectique, d'autres qui s'accompagnent de confusion mentale et de délire, etc.

Les somnambulismes et les fugues sont également étudiés par catégories, et les auteurs insistent sur les caractères distinctifs de ces états, suivant qu'ils apparaissent chez des hystériques, chez des épileptiques, des débiles, des alcooliques, etc.

La seconde partie de ce second volume est consacrée, avons-nous dit, à certains troubles somatiques observés dans diverses affections nerveuses. Les limites de cette notice ne nous permettent pas de nous étendre, autant que nous le voudrions, sur ces intéressantes études. Il nous suffira, pour montrer leur importance, de les indiquer sommairement.

Les auteurs passent successivement en revue les troubles de la sensibilité et ceux des mouvements. Les anesthésies et les dysesthésies nous remettent en présence des idées fixes qui jouent souvent un rôle prépondérant dans la pathogénie de ces phénomènes.

Dans les tremblements et les chorées, apparaît l'influence si fréquente des états émotifs, soit indéterminés, soit systématisés.

Les tics sont classés sous deux formes principales : la forme hystérique et la forme psychasthénique. A cette dernière appartient le *torticolis mental*, dont on s'est occupé beaucoup ces dernières années et qui a trop souvent donné lieu à de déplorables interventions chirurgicales. Les procédés les plus variés guérissent momentanément ces malades ; mais, incapables qu'ils sont de vouloir guérir, ils retombent dans leur tic avec la plus grande facilité. De cette même forme psychasthénique relèvent encore certains tics qui ne sont que de mauvaises habitudes, comme le clignement des paupières, certains cris et grimaces, les tics de s'arracher la peau ou les poils, etc. La façon dont guérissent ou se modifient souvent ces troubles morbides montre bien leur origine corticale ou mentale.

Les paralysies, les spasmes et les contractures des membres, du tronc et des viscères, les troubles du langage, les troubles vaso-moteurs et trophiques sont très complètement étudiés,

©BIUM

toujours au moyen d'observations personnelles et des plus instructives.

Enfin, le dernier chapitre a pour objet une observation de « kyste parasitaire du cerveau », constaté à l'autopsie et qui, pendant la vie, offrait toutes les apparences d'un état névropathique. Il est inutile d'insister sur l'importance qu'il y a, dans les cas de ce genre, à établir un diagnostic exact dès les premières périodes de la maladie.

De nombreuses figures, des tracés et des schémas multipliés illustrent ces deux volumes. Ils éclairent la description, parfois et nécessairement un peu subtile, de phénomènes morbides très délicats et ils contribuent, en même temps, à fixer le souvenir.

Nous n'avons pu donner qu'un aperçu fort incomplet des importants travaux du laboratoire de psychologie de la Salpêtrière. En les parcourant, j'ai pensé qu'ils ouvrent souvent des points de vue nouveaux sur les affections nerveuses comme sur les maladies mentales, et c'est cette conviction que je voudrais inspirer au lecteur.

F.-L. ARNAUD.

Dell' uso della sonda nella alimentazione degli alienati sitofobi (De l'emploi de la sonde dans l'alimentation des aliénés sitiophobes); par le Dr C.-E. Mariani. Turin, 1898.

L'auteur fait d'abord une citation de Bacon exprimant que le livre qui donne les plus petits détails peut presque suppléer à l'expérience. Aussi entrera-t-il dans des détails minutieux.

Il établit que la sitiophobie peut se produire par suite d'hallucinations auditives ou encore dans le cours d'un délire systématisé (craintes d'empoisonnement) ou d'un délire triste (idées d'indignité, de culpabilité, etc.). Le refus des aliments chez les aliénés agités est causé souvent par du catarrhe de l'estomac, ou bien par une affection de la bouche et de l'œsophage.

Avant de commencer l'alimentation artificielle, on peut attendre quatre à six jours si le sujet est bien portant et boit un peu d'eau, deux ou trois jours seulement chez les agités ou les mélancoliques qui se nourrissent mal, et encore en les tenant au lit (Krafft-Ebing pose la même règle dans son *Traité de psychiatrie*).

L'auteur opte pour l'introduction de la sonde par la voie nasale, malgré l'opinion de Krafft-Ebing, en disant, avec raison, que lutter avec le malade pour lui faire ouvrir la bouche, comme

©BIUM

cela est nécessaire dans les trois quarts des cas, peut occasionner des accidents plus sérieux que les petites ulcérations susceptibles de se produire dans les fosses nasales. Il conseille la sonde en caoutchouc rouge, à parois un peu épaisses, pour qu'elle ne puisse se replier sur elle-même, ayant $1^{m}50$ de longueur et 11 millimètres de diamètre, le méat inférieur des fosses nasales ayant 12 millimètres dans son diamètre maximum. Cette sonde doit être munie à mi-longueur d'une poire destinée à aspirer les liquides stomacaux; il est utile, en outre, d'intercaler à la moitié de la hauteur un tube de verre de 8 centimètres de longueur pour juger de la progression des liquides et de leur aspect. Le bout inférieur doit être taillé en bec de flûte et porter latéralement un second orifice pour suppléer à l'obstruction possible du premier.

Il conseille d'engager plutôt la sonde dans la narine gauche à cause des déviations éventuelles de la cloison nasale à droite. En poussant la sonde verticalement, elle se recourbe, parcourt le méat inférieur en donnant une sensation de froissement due à l'irrégularité de conformation du méat qui déforme la sonde. La sonde, heurtant la paroi postérieure du pharynx, s'infléchit vers l'œsophage.

C'est le moment difficile; le réflexe pharyngien s'éveille, arrête la progression de la sonde et peut la repousser dans la bouche. L'auteur signale que chez les déments, les mélancoliques avec stupeur et quelques paralytiques à la troisième période, ce réflexe n'existe pas ou à peine ; que les persécutés à délire systématisé qui refusent la nourriture, par crainte d'empoisonnement, ou les mélancoliques qui, par suite d'hallucinations gustatives, croient qu'on cherche à introduire dans leurs corps des substances malpropres, par contre, font d'eux-mêmes des efforts pour vomir, peuvent repousser la sonde au dehors et la saisir entre leurs dents. Il conviendrait alors de distraire le patient ou de l'intimider en lui parlant d'un ton énergique au moment où la sonde pénètre dans l'œsophage (Sizaret conseille d'amener la déglutition en injectant des liquides par la narine restée libre). Quand la sonde pénètre dans le larynx, la suffocation, la cyanose, les efforts de toux peuvent manquer chez les aliénés en état de stupeur, qui ont de l'anesthésie, de la muqueuse pharyngo-laryngée ; Luys conseille alors d'approcher de la sonde une flamme ; on peut se contenter de sentir avec la main le courant d'air produit.

L'œsophage, selon Mouton, a de 12 à 26 millimètres de

©BIUM

calibre, selon la région, et peut se distendre de 19 à 35 millimètres; la sonde de 11 millimètres passera donc facilement, dépliant l'œsophage, dont les tuniques sont rétractées à l'état normal. Elle portera, à 50 centimètres de l'orifice inférieur, un index indiquant la longueur dans laquelle il faut l'introduire. L'œsophage est long de 35 centimètres, la distance de son origine à l'arcade dentaire est de 15 centimètres. Si la sonde est introduite par le nez, il faut ajouter 2 ou 3 centimètres (Briand et Targowla, le 25 mai 1891, à la Société médico-psychologique, donnaient déjà les mêmes conseils).

Pour s'assurer que le tube pénètre dans l'estomac sans se replier sur lui-même, on pince avec deux doigts le tube au-dessus de la poire, on presse sur celle-ci avec la main, elle doit s'aplatir. Ensuite, on aspire avec la poire le liquide qui arrive dans l'estomac en quantité variable, d'une cuillerée à un petit verre, et qui est composé de salive, de mucus, de bile et de suc gastrique. Ensuite, on fait un lavage avec de l'eau tiède additionnée de chlorure de sodium, de bicarbonate de soude, de sel de Carlsbad, ou de benzoate de soude, en renversant la partie externe de la sonde quand le niveau du liquide est arrivé au fond de l'entonnoir qui y est adapté, de façon à établir un siphon. Il peut arriver que le siphon ne s'établit pas parce que le niveau de l'eau est descendu plus bas que le coude fait par la sonde aux narines ou parce que les deux orifices inférieurs sont obstrués par du mucus; la poire servira d'aspirateur.

Après le lavage, on introduira dans l'estomac les aliments qui doivent être tièdes, liquides et filtrés, de préférence des œufs crus, battus avec du lait, qui constituent l'aliment le plus complet, le plus riche en azote, le plus facile à digérer. On peut y joindre du bouillon dans lequel on a délayé deux cuillerées de somatose; le bouillon seul est sans avantage pour la nutrition : il contient 985,6 d'eau pour 1000 et très peu de substances azotées; d'après G. Sée et de Renzi, il n'a de valeur que comme peptogène (Schiff), et, comme dit Bouchardat, n'est utile que quand il est agréable. Un litre de lait, six œufs crus, 5 à 10 grammes de somatose suffisent pour constituer une alimentation suffisante : on peut y ajouter 50 grammes de vin de Marsala chez les individus déprimés, une ou deux cuillerées d'huile de foie de morue chez les individus faibles de constitution. L'auteur conseille de laisser ensuite camisolés quelque temps les individus qui manifestent des craintes d'empoisonnement ou le désir de mourir de faim, de peur qu'ils ne se fassent vomir.

©BIUM

Certains se remettant à manger pour éviter la sensation désagréable du passage de la sonde; d'autres (mélancoliques, persécutés) se laisseront alimenter plusieurs mois et même une année. On laissera, pendant ce temps, au lit les malades fatigués et amaigris; on peut laisser lever les aliénés chroniques chez qui la sitiophobie est transitoire, consécutive à une hallucination, et frappe l'individu en pleine santé. L'auteur recommande de laisser à portée des sitiophobes des aliments qu'ils peuvent consommer en cachette; Dagonet le recommandait déjà dans son traité.

En somme, la plupart des faits énoncés dans ce travail se retrouvent déjà dans les traités de psychiatrie (Krafft-Ebing, Dagonet, etc.), l'auteur ne fait que les préciser. Il conseille l'usage d'une sonde particulière qui peut permettre de se rendre compte de sa coudure à l'intérieur de l'œsophage et facilite, en outre, l'aspiration des liquides stomacaux. Les sondes œsophagiennes déjà proposées sont nombreuses : sonde à double mandrin de Baillarger, sonde de Briand et Targowla à double index, longue de 75 centimètres, sonde d'épreuve de Régis, etc. L'auteur établit que le lavage de l'estomac précédant l'alimentation peut guérir le catarrhe de l'estomac, cause première de l'hallucination gustative qui a déterminé la sitiophobie; Régis (*Annales médico-psychologiques*, 1880, *Traitement de la sitiophobie*, *Journal de médecine de Bordeaux*, 1886), Cullerre (*Traité des maladies mentales*) recommandent déjà dans ce cas le lavage à la pompe stomacale. L'auteur n'insiste pas suffisamment sur les accidents causés par l'introduction de la sonde dans la trachée et leur diagnostic. Régis (1880, *Leçons de Sainte-Anne*) montre que la sonde ne peut pénétrer indéfiniment, mais s'arrête à la bifurcation de la trachée et qu'elle descend par saccades le long des anneaux de celle-ci. Le malade peut parler quand la sonde n'est pas dans le larynx. Febvré (Société médico-psychol., 29 novembre 1897), Dagonet recommandent de faire pénétrer d'abord quelques gouttes d'eau, liquide inoffensif pour la trachée. L'auteur ne fait pas non plus le diagnostic entre les gaz venus de l'estomac ou du poumon : l'air pulmonaire est inspiré et expiré, l'air stomacal est seulement expiré avec un bruit de glougou. Il ne signale pas les accidents d'asphyxie qui peuvent arriver, après l'introduction des aliments dans les efforts de vomissement, non plus que les fausses routes du pharynx, rares depuis l'apparition des sondes en caoutchouc rouge.

Dr GOMBAULT.

©BIUM

Des psychoses dans leurs rapports avec les affections des reins ; par le Dr Guélou. Thèse de Bordeaux, 1897.

Après un court historique dans lequel il rappelle les travaux de Lasègue, de Dieulafoy, de Raymond, de Joffroy, de Florant de Régis et Chevalier-Lavaure sur la folie brightique et les troubles mentaux de l'urémie, l'auteur expose qu'indépendamment du *mal de Bright* toutes les affections des reins peuvent engendrer la folie.

C'est ainsi que les affections de la prostate et de la vessie, si fréquentes chez les vieillards, peuvent déterminer une intoxication urinaire, cause à son tour de troubles psychiques. En l'absence même de toute lésion organique, les perturbations de la secrétion urinaire d'origine névropathique, en entravant la dépuration sanguine, suffisent à provoquer des désordres psychiques par auto-intoxication.

Les folies d'origine rénale sont attribuables à l'urémie, c'est-à-dire à l'empoisonnement qui se produit lorsque par suite d'un trouble fonctionnel quelconque les toxines formées dans nos organes et nos tissus sont insuffisamment éliminées par les urines.

L'urémie agit quelquefois seule chez des sujets qui, n'ayant aucun antécédent vésanique, font de la folie brightique par suite d'un trouble persistant de la nutrition du cerveau, causé par l'intoxication sanguine. Mais bien souvent les troubles cérébraux surviennent chez des prédisposés condamnés presque fatalement à faire sur une cause occasionnelle quelconque des troubles mentaux.

La vésanie dans ce cas n'est albuminurique que parce que l'albuminurie l'a mise en évidence. De plus, ces manifestations de l'urémie n'apparaissent pas fatalement comme résultat d'une maladie rénale ou d'un obstacle des voies urinaires. Il faut assez fréquemment, à côté de la cause principale qui est l'auto-intoxication, une cause adjuvante ou occasionnelle. C'est ainsi qu'on a vu l'anurie durer plusieurs jours sans accidents urémiques et que parfois les accidents n'éclatent qu'après le retour des urines.

Parmi ces causes adjuvantes, il faut signaler en premier lieu les influences morales, les intoxications médicamenteuses ou autres telles que l'alcoolisme. Lasègue n'avait-il pas remar-

©BIUM

qué que l'intoxication alcoolique chez un individu atteint de lésion des reins pouvait apporter l'appoint nécessaire à l'explosion des troubles intellectuels?

Aussi l'auteur ne se borne-t-il pas dans ses observations à étudier les cas dans lesquels la folie a pour cause unique, ou tout au moins principale, l'empoisonnement urémique; il passe en revue également ceux dans lesquels cette intoxication agit concurremment avec d'autres facteurs pathogéniques importants, tels que l'alcoolisme, le paludisme, etc., etc., et enfin les cas où dans le cours d'une folie préexistante l'urémie intervient pour modifier l'aspect symptomatique et la marche de cette affection.

La *folie brigthique* proprement dite n'a pas de physionomie absolument spéciale et la plupart des types morbides peuvent s'y rencontrer; mais presque toujours l'action propre du poison urémique se révèle par des signes particuliers, de la stupeur avec hébétude, de la confusion mentale, du délire panophobique, des hallucinations de l'ouïe et de la vue qui contribuent à masquer plus ou moins le délire primitif. Cette hébétude caractéristique s'accompagne parfois de phénomènes cataleptoïdes ou extatiques et aboutit souvent à un état démentiel qui devient définitif.

Le diagnostic de la folie brightique est parfois difficile; car, outre que le malade est souvent dans l'impossibilité de nous révéler aucun des phénomènes subjectifs de la maladie rénale dont il peut être atteint, l'examen des urines est souvent négatif, et ce n'est que par hasard que l'on constate enfin l'existence d'une albuminurie que l'on avait vainement cherchée à différentes reprises.

Les anamnestiques fournissent parfois des indications précises; ainsi le malade avant de délirer aura eu des accidents éclamptiques, paralytiformes ou comateux passagers; il aura présenté des œdèmes, des accès de dyspnée non motivée, surtout de la céphalalgie, phénomène d'autant plus caractéristique que le mal de tête est ordinairement étranger aux prodromes de la folie simple.

Enfin, une hébétude extrême alternant avec des crises de confusion mentale hallucinatoire, des phénomènes cataleptoïdes manifestement étrangers à l'hystérie devront toujours faire penser à l'urémie délirante et à la folie urémique. De même, l'apparition de ces phénomènes mentaux dans le cours d'une folie chronique devra toujours attirer l'attention du côté

©BIUM

des reins et faire redouter quelque affection intercurrente de ces organes.

Le pronostic de la folie brightique est généralement grave, car, si quelquefois elle n'apparaît que comme une complication passagère d'une affection rénale, le plus souvent elle est l'expression de cette affection au même titre que les autres accidents nerveux de l'urémie. Elle est donc incurable dans la plupart des cas.

L'âge du sujet sera aussi un bon élément de pronostic, car plus il est jeune et plus l'affection des reins est susceptible de rétrocéder ainsi que l'affection mentale symptomatique. La nature de l'affection rénale doit aussi entrer en ligne de compte. Par exemple, la néphrite chronique à évolution lente rend l'affection mentale concomitante plus grave, la cause qui a produit cette dernière persistant indéfiniment.

L'apparition d'accidents urémiques dans le cours d'une affection mentale chronique en assombrit considérablement le pronostic. Il n'est pas rare, en effet, de voir les phénomènes démentiels survenus sous l'influence de l'urémie ne plus rétrocéder après la disparition de cette dernière et se transformer en une démence réelle et définitive. Dr Rayneau.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Verslage betreffende het Gesticht Meerenberg over het jaar 1898, ingezonden aan de Commissie van Toezicht over genœmd gesticht (Rapport sur l'asile de Meerenberg pour l'année 1898, adressé à la Commission de surveillance de cet asile) ; par le Dr J. van Deventer, médecin-directeur, 252 pages, in-8°. Haarlem, 1899.

— L'état mental dans le goitre exophtalmique ; par le Dr H. Plaignard-Flaissières, 115 pages in-8°. Thèse de Montpellier, 1899.

— Contributo alla diagnosi e alla cura delle artralgie isterica. Nota clinica (Contribution au diagnostic et au traitement de l'arthralgie hystérique. Note clinique) ; par le prof. Leonardo Bianchi. 26 pages in-8°. Extrait des *Annali di Nevrologia*, 1898, n° 1.

— Leçons sur les maladies nerveuses ; par E. Brissaud. 2e série (Hôpital Saint-Antoine). Recueillies et publiées par Henry Meige. 1 vol. in-8° de 560 pages, avec 165 figures dans le texte. Paris, Masson et Cie, 1899.

©BIUM

ASSOCIATION MUTUELLE

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE

Assemblée générale du 29 mai 1899.

Présidence de M. MEURIOT

L'assemblée s'est tenue à trois heures, rue de l'Abbaye, 3. M. Giraud fait, au nom d'une commission composée de MM. Falret et Giraud, un rapport verbal sur les comptes du trésorier et déclare, qu'après examen, les comptes ont été trouvés exacts et les pièces à l'appui régulièrement établies.

L'assemblée vote des remerciements à M. Mitivié, trésorier. M. le Président donne la parole à M. Bouchereau, secrétaire, pour son rapport annuel.

Messieurs,

Notre Association, fondée en 1865, compte donc trente-trois ans d'existence. M. Baillarger et ses confrères, les premiers membres du Conseil, en la fondant, ont fait une œuvre très utile, ils s'inspiraient des sentiments les plus généreux ; ils ont rédigé nos statuts avec une sage prudence. Aujourd'hui, alors que tant d'associations se demandent comment elles pourront continuer à fonctionner, il semble que nous n'avons rien à changer à notre manière d'agir ; il nous suffira de continuer à distribuer des secours suivant les demandes que nous recevrons et en consultant la situation de notre caisse ; nous ne pouvons disposer que de sommes très limitées ; nous sommes donc obligés de prendre en considération seulement les infortunes les plus dignes d'intérêt. Notre intervention est toujours rapide, ce qui fait son principal mérite. Nous arrivons à satisfaire les besoins les plus urgents de nos confrères malheureux ou de leurs familles. Ainsi, grâce à nous, on peut attendre souvent l'intervention de l'administration supérieure ou celle des conseils généraux. Rappelons donc encore une fois, car on semble l'ignorer, que pour recevoir de notre Association un secours quel-

©BIUM

conque, il faut lui avoir appartenu comme membre fondateur ou comme sociétaire. Les fondateurs paient une cotisation annuelle de 25 francs, les sociétaires 10 francs ; avec un peu de bonne volonté, tout médecin aliéniste parvient à prélever sur son budget, dans le cours d'une année, l'une ou l'autre de ces sommes.

Messieurs, permettez-moi de rappeler de temps à autre le souvenir de confrères disparus qui ont été les bienfaiteurs de notre Association. Ce sont MM. Baillarger, Achille Foville, Lunier, Mesnet, Billod, A. Semelaigne ; nous devons à leur mémoire l'hommage de notre vive reconnaissance.

La mort nous a enlevé deux membres fondateurs, membres du Conseil : M. A. Semelaigue a pris part longtemps à nos travaux et nous a guidés toujours de ses conseils, de son expérience ; M. A. Voisin nous a appartenu peu de temps comme membre du Conseil.

Semelaigne, Armand, est un exemple heureux de ce que peut faire un homme doué d'intelligence avec le goût du travail, quand il est servi par une volonté forte. Tous ses succès, il les a dus à lui seul, car dans sa première enfance, l'appui d'un père lui a fait défaut ; mais il a eu la chance de trouver chez sa mère une direction habile. Sa mère lui a donné une instruction solide, et elle a présidé elle-même à son éducation. Ainsi armé, Semelaigne a fait son entrée dans la société, et, sans trop attendre, il a réussi à se créer une situation. Remarqué par Auzoux, par Delasiauve, il a pu suffire à ses premières dépenses ; recommandé à Casimir Pinel, il est devenu son médecin-adjoint, et plus tard son gendre. C'est certainement le caractère de A. Semelaigne qui avait frappé Casimir Pinel ; il n'avait pas eu de peine à découvrir tout ce que Semelaigne cachait de valeur sous une modestie réelle. La qualité maîtresse des deux Pinel était la bienveillance et la connaissance précise des hommes ; ils savaient apprécier les hommes et les mettre à la place où ils devaient réellement être utiles. Les hommes politiques à notre heure montrent rarement cette sagacité. On eût dit que Semelaigne avait reçu à sa naissance quelques-uns des dons qui ont constitué l'originalité du grand Pinel et lui ont valu ses succès ; or, c'est par un mariage qu'il est entré dans la famille Pinel.

Sous l'habile direction de Casimir Pinel et de A. Semelaigne, la maison de Neuilly (Saint-James) est devenue très prospère ; en mourant, ce dernier pouvait avec confiance la léguer à son fils René Semelaigue, notre distingué et cher confrère.

Sans bruit, sans aucune manœuvre, Semelaigne a conquis rapidement une place distinguée au milieu des médecins de Paris et des aliénistes.

©BIUM

Les ouvrages dus à sa plume traitent principalement de la mélancolie, du délire aigu, de l'histoire de l'aliénation mentale dans l'antiquité. Ses écrits se font remarquer par la clarté, la précision, le style. Il a été praticien habile, confrère bienveillant, citoyen courageux, dévoué à son pays, nature réservée, d'une grande honorabilité. Notre estime est venue le prendre au milieu de la famille et de la vie paisible qu'il menait pour le mettre à notre tête, comme Président de la Société médico-psychologique, de l'Association des médecins aliénistes français, de la Société de tempérance. Il s'est éteint, supportant avec courage les souffrances qui peu à peu le frappaient, entouré des soins de ses trois fils, deux magistrats, l'autre médecin, qui faisaient son orgueil et lui donnaient la satisfaction de voir son nom porté avec honneur après lui. Nous tenons à exprimer encore une fois nos regrets au souvenir de sa mort; durant sa vie, il s'est toujours montré très dévoué envers notre Association.

Voisin, Auguste, a commencé sa carrière dans les meilleures conditions: il l'a poursuivie et achevée probablement conformément à ses désirs ; il a dû se dire que son ambition avait été à peu près satisfaite ; il était parvenu à une situation élevée dans notre spécialité. Né à Vanves, le 23 mai 1829, Voisin a eu la chance d'avoir pour premiers guides deux aliénistes qui ont laissé un nom dans l'histoire de notre science: Félix Voisin, auquel il était uni par de doubles liens de famille, et Pierre Falret. Il a occupé brillamment diverses fonctions médicales ; nommé au concours externe, puis interne des hôpitaux de Paris, il a été successivement chef de clinique du professeur Bouillaud, médecin de Bicêtre, de la Salpêtrière, membre de plusieurs sociétés médicales, où ses communications étaient accueillies avec intérêt; partout on l'appréciait, on l'estimait ; il a laissé parmi nous le souvenir d'un excellent confrère ; on peut dire qu'il est mort en travaillant presque jusqu'à sa dernière heure ; il a lutté avec courage contre la maladie, dissimulant pour les siens ses préoccupations personnelles. Je ne puis, en ce jour, avoir la prétention de rappeler devant vous toute l'œuvre de Voisin : il a abordé tant de sujets ; il a publié des mémoires et des livres sur des sujets relatifs à l'anatomie pathologique, à la clinique médicale ou spéciale, à la médecine légale et à la thérapeutique ; il a beaucoup écrit, pris souvent la parole dans les Sociétés médicales, dans les Congrès, tenus en France et en Angleterre. C'était un esprit très ouvert ; on l'a vu tenter toutes les méthodes de traitement. Jamais il ne s'avouait vaincu, il admettait difficilement qu'il pût se tromper. A Bicêtre comme à la Salpêtrière, il passait de longues heures recueillant les paroles et notant tous les phénomènes qu'il constatait chez ses malades. Voisin était très conciliant, il gardait en lui-même,

©BIUM

sans paraître en avoir souffert, le souvenir des mécomptes qu'il a dû ressentir durant sa vie, comme tout homme.

Il avait le sentiment du respect et de la reconnaissance que l'on doit conserver pour ses maîtres, et savait défendre avec énergie leur mémoire s'il la croyait attaquée.

Pendant que son frère, M. Félix Voisin, parvenait aux plus hautes fonctions de la magistrature et montrait, en toute occasion, sa sympathie pour notre profession, Auguste se créait lui-même une situation personnelle dans notre spécialité : il la devait à son caractère, à son mérite ; il a eu la joie de voir deux de ses fils s'engager dans la voie qu'il leur avait tracée avec distinction. Une de ses filles est unie à un de nos confrères les plus distingués de la Faculté de médecine et des hôpitaux. Nous adressons à toute la famille d'Auguste Voisin l'expression des regrets sincères que sa mort a causés parmi nous, et l'assurance que nous conserverons le souvenir de son nom.

Deux sociétaires sont décédés dans le cours de l'exercice : Systeray et Wizeneski.

Systeray a eu une existence troublée ; la maladie l'a obligé brusquement à résilier ses fonctions. Il a été successivement interne, médecin-adjoint, médecin en chef dans les asiles de Sainte-Anne, Moulins, Marseille, Bordeaux ; c'est dans ce dernier asile qu'il a dû définitivement abandonner le service des aliénés ; il a publié une thèse sur la simulation de la folie et des rapports médico-légaux. Sa famille se trouvant empêchée, il a reçu de la part d'un de nos confrères les plus autorisés les soins les plus dévoués jusqu'au jour où il s'est éteint ; la mort a mis fin à ses souffrances morales et physiques.

Wizeneski a été médecin-adjoint de l'asile de Clermont (Oise) ; peu d'entre nous avaient eu l'occasion de le fréquenter.

Nous avons perdu trois membres fondateurs : MM. A. Voisin, A. Semelaigne ; M. Poret a quitté le service des aliénés et nous a adressé sa démission ; nous le regrettons.

Nous avons reçu l'adhésion de deux membres fondateurs et de onze sociétaires nouveaux.

Membres fondateurs : MM. René Semelaigne, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien chef de clinique adjoint de la chaire des maladies mentales de la Faculté de médecine ; M. Roubinowitch, ancien interne des asiles d'aliénés du département de la Seine, ancien chef de clinique de la chaire des maladies mentales de la Faculté de médecine, médecin adjoint des quartiers de Bicêtre et de la Salpêtrière.

Comme sociétaires : M. Allamand, médecin adjoint de l'asile de Blois ;

M. Dumaz, médecin adjoint de l'asile de Bassens (Savoie) ;

©BIUM

M. Leroy, médecin adjoint de l'asile d'Evreux;
M. Thibaud, médecin adjoint de l'asile de Quimper;
M. Toy, médecin adjoint de l'asile d'Auxerre;
M. Baruk, médecin adjoint de l'asile Sainte-Gemmes (Angers);
M. Monestier, médecin adjoint de l'asile d'Aix (Bouches-du-Rhône);
M. Journiac, médecin adjoint de l'asile d'Alençon;
M. Anglade, médecin adjoint de l'asile de Braqueville (Toulouse);
M. Colin, médecin de l'asile de Gaillon;
M. Legras, médecin du dépôt de la Préfecture de police.

Messieurs, en votre nom, nous remercions nos excellents confrères du concours précieux qu'ils nous apportent; nous leur souhaitons dans leur carrière tous les succès qu'ils méritent, et nous les prions de vouloir bien nous aider à recueillir des adhésions nouvelles.

Au moment présent, notre Association compte :

Membres à vie	2
— fondateurs . . .	60
— sociétaires. . . .	83
Total des membres.	145

Sur la demande de notre regretté président A. Semelaigne, le ministère de l'intérieur a bien voulu continuer, en 1898, la somme de 1.500 francs qu'il nous accorde depuis des années. Nous remercions M. le ministre et M. Monod.

Les asiles souscripteurs sont au nombre de 31 avec les souscriptions suivantes :

Asile d'Alençon	50 fr.
— d'Aix (Bouches-du-Rhône). . . .	50
— d'Armentières	100
— d'Auch	100
— d'Auxerre	100
— de Bailleul.	100
— de Bassens.	100
— de Blois.	100
— de Bordeaux.	25
— de Bron (Lyon)	100
— de Châlons-sur-Marne.	100
— de Clermont (Oise).	100
— de Dijon.	100
— de Dôle	100
— de Dury-lès-Amiens	100

©BIUM

Établissement Sainte-Marie de l'Assomption	50
Asile d'Evreux	100
— de Montdevergues	100
— de Pau	100
— de Prémontré	100
— de Quatre-Mares	100
— de Quimper	100
— de Rennes	100
— de Saint-Dizier	100
— de Saint-Lizier	50
— de Toulouse	100
— de Saint-Venant	100
— de Vannes	100
— de Saint-Yon	100
— de Maréville	100

Ainsi se termine la partie de notre rapport que l'on peut nommer le compte rendu moral.

La partie financière est résumée dans l'exposé suivant :

Les recettes de l'année, jointes à l'encaisse de l'année précédente, se sont élevées au chiffre de 20,001 fr. 48 ainsi décomposé :

En caisse au 31 décembre 1897	6,633	86
Cotisations	2,420	»
Subvention ministérielle	1,500	»
Souscriptions d'asiles	2,824	10
Intérêts des capitaux	4,361	70
Intérêts du dépôt au Crédit foncier	24	48
Don de M. Semelaigne père, de son vivant, pour perpétuer sa cotisation	2,100	»
Don de M. Meuriot	100	»
Recouvrements, remboursés	37	34
Total des recettes	20,001	48

Les dépenses ont atteint le chiffre de 13,698 fr. 70, savoir :

A onze veuves de fondateurs ou sociétaires	5,900	»
A deux sociétaires malades	600	»
A un fondateur en retraite	500	»
A deux femmes de sociétaires malades	1,100	»
A la fille d'un sociétaire décédé	400	»
A reporter	8,500	»

©BIUM

Report. . .	8,500	»
A deux veuves d'anciens internes d'asiles . . .	500	»
Dépenses au Crédit foncier	7	85
Couronne funéraire.	60	»
Enterrement d'un sociétaire.	94	»
Achat de 60 francs de rente 3 p. 100 pour perpétuer la cotisation de M. Semelaigne père. . . .	2,037	95
Achat statutaire de 70 fr. de rente à 3 p. 100.	2,410	80
Frais d'impression, recouvrements, timbres et envois de secours.	88	10
Total.	13,698	70

De l'examen de ces chiffres, il résulte : 1° qu'il restait disponible, au 31 décembre 1898, une somme de 6,302 78
qui, déposée au Crédit Foncier, est indispensable pour la distribution des secours envoyés en janvier avant la rentrée des recettes et des cotisations de l'année ;

2° Que les secours distribués jusqu'à ce jour pour l'Association s'élèvent à la somme de . . . . . 199,720 »

3° Que le capital placé suivant les statuts, augmenté des dons et legs, représente environ . . . 142,567 »

4° Que les frais d'administration sont portés au chiffre de. 88 10

Ils devraient être diminués de 37 34

Qui sont portés en recettes comme frais de recouvrements, remboursés ; ce qui les réduirait à. 50 76

Le capital placé se décompose ainsi :

Rente 3 1/2, donnant un revenu de	1,217	»
Rente 3 p. 100, donnant un revenu de	2,688	»
43 obligations du chemin du Midi, donnant un revenu de.	619	20
Total.	4,524	20

Les prévisions budgétaires, pour l'année 1899, sont les suivantes :

En caisse, au 31 décembre.	6,302	78
Cotisations.	2,420	»
Subvention ministérielle	1,500	»
Souscriptions d'asiles.	2,824	»
Intérêts des capitaux	4,524	»
Total.	17,570	78

©BIUM

Sur cette somme, conformément aux statuts, on peut disposer d'environ.	14,000	»
Dans sa dernière séance, le conseil a alloué les sommes suivantes :		
A deux sociétaires malades	302	»
A un fondateur en retraite	200	»
Au fils d'un sociétaire décédé.	200	»
A une femme de sociétaire malade.	250	»
A douze veuves de fondateurs ou sociétaires . .	3,200	»
Total.	4,152	»
Il reste donc un solde disponible de	9,848	»
Sur lequel le Conseil vous propose d'accorder un secours de. . . . . à répartir entre deux veuves d'anciens internes d'asiles d'aliénés.	500	»
Ces sommes distribuées, il resterait en caisse. .	9,348	»
Sur lesquelles il y aurait à prélever, suivant les prévisions actuelles pour le 2e semestre, environ .	5,000	»
Il resterait donc en fin de compte	4,348	»

pour parer aux éventualités nouvelles qui peuvent se présenter dans le cours de l'année et assurer les secours de janvier 1900.

Grâce au dévouement, à l'habile gestion de M. Mitivié, on voit comment les finances de notre Association sont sagement administrées : les frais qu'elles entraînent se trouvent réduits à une somme relativement bien modeste. Puissent nos successeurs s'inspirer de la même méthode et continuer comme vous à faire le bien !

Messieurs, en terminant, je suis certain d'être votre interprète à tous en adressant à M. Mitivié l'assurance de notre bien vive reconnaissance.

Les membres du Conseil sortant cette année et rééligibles, sont : MM. Falret, Febvré, Meuriot, Ritti, Bouchereau. L'Assemblée les réélit tous les cinq.

Comme il y a deux membres nouveaux à nommer en remplacement de MM. A. Semelaigne et A. Voisin, décédés, MM. Brunet et René Semelaigne sont élus.

En vertu de l'article 9 des statuts, le Conseil est élu en assemblée générale : il est nommé pour trois ans, et se renouvelle chaque année par tiers.

©BIUM

Il est ainsi composé pour 1899 :

MM. Giraud, Goujon, Motet, Paul Garnier, René Semelaigne verront leurs pouvoirs expirer en 1900.

MM. Brunet, Christian, Brunet, Vallon, Henri Dagonet en 1901.

MM. Falret, Febvré, Meuriot, Ritti, Bouchereau en 1902.

Président : M. Meuriot.
Vice-président : M. Christian.
Trésorier : M. Mitivié.
Secrétaire : M. Bouchereau.

La séance est levée à quatre heures.

LISTE DES MEMBRES DE L'ASSOCIATION

Membres à vie.

MM. Christian, Meuriot.

Membres fondateurs.

MM.	MM.	MM.
Belle.	Dubuisson (Paul).	Meuriot,
Biaute.	Duhamel.	Mitivié.
Binet des Roys.	Falret.	Moreau (de Tours).
Bonnet.	Faucher.	Nolé.
Boubila.	Franklin.	Parant.
Bouchereau.	Febvré.	Péon.
Boudrie.	Gallopain.	Pierret.
Briand.	Garnier (Paul).	Petrucci.
Brunet.	Giraud.	Pons.
Carrier (Edmond).	Girma.	Régis.
Chaslin.	Petit (Gilbert).	Ritti.
Chaussinand.	Goujon.	Rousselin.
Cortyl (Edouard).	Joffroy.	Semelaigne.
Cortyl (Germain).	Homery.	Simon (Max).
Cullerre.	Hospital.	Viret.
Christian.	Lapointe.	Voisin (Jules).
Dagonet (Henri).	Mabille.	Roubinowitch.
Dagonet (Jules).	Magnan.	Taguet.
Desmaisons.	Marandon de Montyel.	
Doursout.		

©BIUM

Sociétaires.

MM.	MM.	MM.
Adam (Aloyse).	Dubourdier.	Pactet.
Allamand.	Dubuisson.	Pain.
Arnaud.	Dumaz.	Paris.
Anglade.	Dupain.	Pécharman.
Antheaume.	Fenayrou.	Picard.
Aubry.	Fouriaux.	Pichenot.
Audy.	Garnier (Samuel).	Pilleyre.
Barandon.	Gilson.	Planat.
Baruk.	Guyot.	Quinemant.
Bellat.	Hamel.	Raffegeau.
Belletrud.	Journiac.	Rayneau.
Berbez.	Lallemand.	Ramadier.
Bessières.	Larrieu.	Rey.
Boissier.	Larroque.	Rist.
Boiteux.	Laroussinie.	Rousset.
Bonnet,	Legruel.	Santenoise.
Broquère.	Legrain.	Schils.
Chambard.	Legras.	Séglas.
Charon.	Leroy.	Sizaret.
Chardon.	Louis (Léon).	Thibault.
Charuel.	Malfilâtre.	Thivet.
Charpentier.	Marie.	Toulouse.
Chocreaux.	Martinenq.	Toy.
Colin.	Maupaté.	Trenel.
Croustel.	Meilhon.	Védie (Henri).
Danner.	Monestier.	Vernet.
Dericq.	Nicoulau.	Viallon.
Doutrebente.	Nageotte.	Vigouroux.

©BIUM

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Faculté de médecine de Paris. — MM. les Drs Rogues de Fursac et Manheimer, anciens internes des asiles de la Seine, ont été nommés chefs de la clinique des maladies mentales, à la suite d'un concours.

NÉCROLOGIE

Dr Dauby. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr Dauby, ancien directeur-médecin en chef de l'asile d'aliénés d'Aix-en-Provence, décédé le 10 août dernier, à l'âge de soixante-six ans.

Edouard Dauby naquit à Saint-Girons (Ariège), le 30 juillet 1833, et commença ses études médicales à Paris. Il entra dans le service des aliénés, en qualité d'interne à l'asile d'Auxerre, alors dirigé par Renaudin. Il s'attacha à ce maître distingué et le suivit successivement à Dijon et à Maréville. S'inspirant de ses idées en médecine mentale, il écrivit sa thèse de doctorat intitulée : *Quelques considérations sur la menstruation dans ses rapports avec la folie;* elle fut présentée et soutenue le 29 août 1866. Dauby s'applique à y développer l'idée émise dans la phrase suivante de Renaudin, qu'il prend pour épigraphe : « La menstruation joue dans la vie de la femme un rôle important dont il ne faut pas exagérer la valeur, mais auquel il faut donner une attention sérieuse comme élément pathogénique assez fréquent de l'aliénation mentale. »

Quelques mois après, le 18 janvier 1867, Dauby était nommé médecin-adjoint de l'asile de Pau; il n'y resta que deux ans et fut nommé, en 1869, médecin en chef de l'asile de Fains (Meuse).

Se sentant surtout porté vers les questions administratives, il sollicita et obtint, en 1872, le poste de directeur-médecin de l'asile de Saint-Alban (Lozère); il l'occupa pendant près de quatre ans et fut nommé ensuite en la même qualité à l'asile de Sainte-Catherine d'Yzeure (Allier), où il ne fit que passer en quelque sorte, car, le 23 mars 1878, il fut nommé directeur-médecin en chef de l'asile d'Aix-en-Provence. Il prenait la succession du Dr Pontier, fondateur de cet établissement; il

©BIUM

continua l'œuvre de son prédécesseur et eut la bonne fortune de la terminer. Nos collègues qui ont assisté au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes, tenu à Marseille en avril dernier, et visité l'asile d'Aix, ont pu constater qu'il était certes un des mieux compris parmi les établissements d'aliénés. Des défauts, il en a sans doute; mais où est la perfection en ce genre?

En 1884, lorsque le choléra s'abattit sur la Provence, l'asile d'Aix fut un des premiers atteints. Dauby, aidé par son personnel, tint courageusement tête au fléau et parvint à enrayer le mal, à le limiter, non sans des pertes sérieuses.

Dauby, que les questions administratives intéressaient tout particulièrement, a peu écrit : outre sa thèse de doctorat, nous ne connaissons de lui que deux rapports médico-légaux, publiés dans les *Annales médico-psychologiques* (1873 et 1875) ; son œuvre tout entière est dans le bel asile qu'il a contribué à édifier.

Notre regretté collègue prit sa retraite en mars 1890; il continua de vivre à Aix où il s'était fait de nombreuses relations, grâce à la droiture de son esprit et à l'aménité de son caractère. Rien, en avril dernier, où nous le vîmes à la fête si gracieuse qui nous était offerte par notre excellent confrère, M. Ph. Rey, aujourd'hui médecin-directeur de l'asile d'Aix, rien ne permettait de prévoir que la constitution si robuste en apparence de Dauby pouvait être si sérieusement atteinte. Il souffrait en effet d'une affection hépatique et une crise devait l'enlever, en quelques jours, à Aulus, où il était allé chercher le repos et la santé.

A. R.

ŒUVRE DE PATRONAGE POUR LES ALIÉNÉS INDIGENTS DES ASILES PUBLICS DE LA SEINE.

Le compte rendu moral et financier, pour l'exercice 1898, de cette œuvre si utile vient de paraître. Il est dû, cette année comme les années précédentes, à la plume de M. le Dr Jules Falret, le dévoué président du Comité administratif. Comme d'habitude, nous nous faisons un devoir de résumer ce document si intéressant, en nous arrêtant aux trois buts principaux de l'œuvre : l'asile-ouvroir ; les services à domicile et les réunions du dimanche ; enfin, le compte financier.

1° *Asile-ouvroir*. — Voici quel a été le mouvement de l'asile de Grenelle pendant l'année 1898 :

Convalescentes présentes au 1er janvier 1898. .	38
Convalescentes entrées dans l'année.	71
Total de l'année.	109

©BIUM

Ont été placées dans Paris	70
Ont été réintégrées à l'asile Sainte-Anne . . .	4
Présentés à l'asile le 31 décembre 1898 . . .	35
Total égal	109

Ce qui frappe surtout dans ce tableau, c'est le grand nombre des patronnées placées dans Paris, dans le courant de l'année, qui s'élève à 70 personnes. C'est là un résultat bien favorable et qui plaide en faveur de l'incontestable utilité de l'œuvre.

2° *Secours à domicile et réunions du dimanche.* — Ainsi que le dit M. Falret, « l'œuvre de Grenelle n'a pas seulement pour but de nourrir et d'entretenir une quarantaine de patronnées femmes en moyenne tous les mois. Il est de plus un centre pour tous les patronnés, hommes et femmes, dont notre œuvre s'occupe et qui sont dispersés dans les divers quartiers de Paris et de la banlieue. » Ces patronnés, hommes et femmes, viennent d'eux-mêmes, en sortant des asiles de la Seine, ou plus ou moins longtemps après leur sortie, réclamer l'appui de l'œuvre; ils y trouvent non seulement des secours pécuniaires, mais un véritable appui moral, des consolations et des conseils.

Que ces secours matériels soient distribués à domicile ou dans les réunions hebdomadaires à l'asile, ils sont bien insuffisants encore, étant donné le nombre de malheureux qui les sollicitent. Et cependant, malgré l'exiguïté des ressources, beaucoup de bien se fait encore par ce moyen. En 1898, on a pu ainsi donner à des patronnés, à domicile ou à l'asile de Grenelle, une somme de 4.673 francs, distribuée à 540 personnes, dont 290 femmes et 150 hommes.

3° *Compte financier.* — Ce compte peut se résumer dans le tableau suivant :

RECETTES.

1° Recettes intérieures (intérêts de rente, travail du personnel, etc.) . . . . . Fr.	7.703	»
2° Recettes dues à la charité privée (souscription, assemblées de charité, loterie, etc.) . . .	22.381	30
3° Subvention du ministère de l'intérieur . .	900	»
Total. . Fr.	30.984	30

DÉPENSES.

1° Frais d'administration et d'entretien . Fr.	7.083	10
2° Frais applicables au personnel secouru . .	23.417	60
Total. . Fr.	30.500	70

©BIUM

La balance donne un excédent de recettes, au 31 décembre 1898, de 438 fr. 60.

La situation, pour être un peu moins brillante que l'année dernière, est cependant très satisfaisante. Grâce au zèle infatigable de notre vénéré maître et ami, M. J. Falret, l'œuvre fondée par son père continue de porter des fruits. Le bien qu'elle a fait depuis sa fondation en 1843 est incalculable; l'heure approche où elle en fera encore davantage par son exemple. Médecins, administrateurs, hommes politiques se rendent compte enfin de l'indispensable nécessité de s'occuper encore des aliénés indigents quand ils sortent convalescents des asiles, et des sociétés de patronage se fondent un peu partout. Souhaitons-leur, pour réussir, des dévouements semblables à ceux qu'a trouvés l'asile de Grenelle. Mais ce qui frappe dans ce mouvement en faveur du patronage des aliénés, c'est que la plupart de ceux qui s'en font aujourd'hui les protagonistes semblent ignorer que l'idée première en est due à Falret père. Ce reproche ne saurait s'adresser à notre collègue et ami, M. Giraud ; son rapport si bien étudié et si riche en documents, présenté au Congrès de La Rochelle de 1893, est une véritable monographie sur la matière, où justice est pleinement rendue à tous les ouvriers de la première heure.

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ (*suite*).

53. *Suicide d'un aliéné.* — Un monsieur, paraissant âgé d'une quarantaine d'années, pénétrait, hier soir, dans l'établissement de M. Charton, limonadier, 58, rue Notre-Dame-de-Lorette. Il s'assit à une table et, quelques instants après, il se plongeait dans la région du cœur un long couteau de cuisine.

On s'empressa autour de ce singulier consommateur, mais on s'aperçut qu'il avait cessé de vivre.

Avant de se frapper, le monsieur avait tracé, sur une feuille de papier laissée sur la table, les lignes suivantes :

« Et maintenant l'éternité sans regret. Voir maintenant la lune à un mètre et le soleil à cinquante centimètres. A signaler le refus d'un secours de trois francs par ma sœur, M^me^ V..., rue Sedaine. Mes parents habitent Vernon et sont aussi cruels. *Signé* : F. P. C. »

Aucun papier ne permettant d'établir l'identité du défunt, son cadavre a été envoyé à la Morgue par les soins de M. Cornette, commissaire de police du quartier Saint-Georges. (Le *Matin*, n° du jeudi 20 avril.)

54. *Tentative d'assassinat et suicide.* — Hier, à deux heures de l'après-midi, un garçon coiffeur, Julien Pratte, âgé de vingt-huit ans, demeurant 144, avenue d'Argenteuil, à Asnières, a,

©BIUM

dans un accès de folie causé par la jalousie, tiré deux coups de revolver sur sa femme.

N'ayant pas atteint celle-ci, il a enduit ses meubles de pétrole pour y mettre le feu et tiré par la fenêtre des coups de revolver sur les passants.

Le forcené, sur le point d'être arrêté par le commissaire de police d'Asnières, qui avait réussi à forcer sa porte, s'est tiré une balle dans la tête. La mort a été instantanée. (Le *Gaulois*, n° du mardi 16 mai 1899.)

55. *Suicide.* — On lit dans le *Gaulois*, numéro du mercredi 17 mai 1899 :

Un jeune homme de dix-huit ans, nommé Paul Brouard, employé chez Me Aaron, notaire, 88. avenue de l'Opéra, s'est suicidé hier, dans l'étude de son patron, en se tirant un coup de revolver à la tête.

Le malheureux, persuadé qu'on voulait le congédier, était atteint de la manie de la persécution.

56. *Le fou de la place de la République.* — On a arrêté hier, place de la République, un individu qui, muni d'un outil de fer, s'efforçait de déboulonner la statue de la République et s'attaquait spécialement aux rivets en essayant de les arracher.

Cet individu, un sieur Mackée, âgé de dix-huit ans, ouvrier ajusteur, a déclaré qu'il voulait déboulonner la statue de la République pour mettre à jour un trésor caché à la base.

— Dieu, a-t-il ajouté, m'a révélé l'existence de ce trésor et je suis venu à Paris pour le découvrir.

Mackée, atteint d'aliénation mentale, a été envoyé à l'infirmerie du Dépôt. (Le *Gaulois*, n° du dimanche 2 juillet 1899.)

57. *Drame de l'alcoolisme.* — On nous mande de Lyon qu'hier, dans un accès de délire alcoolique, le nommé Bazus, âgé de quarante-trois ans, typographe, a frappé sa femme, Marie Simonetti, âgée de trente-deux ans, d'un coup de couteau à la cuisse et lui a tiré un coup de revolver à la tête; puis, croyant l'avoir tuée, il s'est appuyé contre la poitrine la pointe du couteau et, se jetant contre un mur, s'est enfoncé l'arme jusqu'à la garde dans le cœur. La mort a été instantanée.

La femme a été transportée à l'Hôtel-Dieu. On n'a pas pu extraire la balle logée dans le crâne; cependant, les médecins espèrent la sauver.

Les deux époux étaient sourds-muets. C'est leur petit garçon, âgé de cinq ans, qui n'a pas hérité de l'infirmité de ses parents, qui a raconté la scène. Il ne cessait de répéter : « Méchant papa, il a fait bobo à maman! » Il a été recueilli par sa tante maternelle. (Le *Temps*, numéro du jeudi 6 juillet 1899.)

58. *Suicide.* — On lit dans les *Droits de l'homme* (numéro du dimanche 9 juillet 1899) :

©BIUM

« Un nommé Lévy-Cerf, âgé de soixante-six ans, caissier, demeurant, 6, rue Elzévir, s'est tué ce matin, à 5 h. 30, d'un coup de revolver dans la tête. La mort a été instantanée; M. Lévy-Cerf ne jouissait pas de toutes ses facultés. »

59. *Homicide.* — On télégraphie de la Roche-sur-Yon à l'*Agence Havas*, le 12 juillet 1899 :

Hier, le curé de Puyravault (Vendée) a étranglé sa servante et s'est pendu ensuite dans son grenier.

On assure qu'il ne possédait pas toute sa raison.

60. *Tentative de suicide.* — On lit dans le *Figaro* (numéro du jeudi 13 juillet 1899) :

Un ouvrier électricien, Salvator Sévrin, âgé de trente-cinq ans, demeurant rue Antoinette, à Montmartre, était trouvé, hier matin, dans la cour de sa maison, avec la main droite complètement carbonisée et d'autres brûlures sur diverses parties du corps.

Ce malheureux donnait depuis quelque temps des signes de démence. Après s'être livré à des expériences d'électricité, hier matin, il s'était précipité de la fenêtre de son logement dans la cour.

Tout ce qu'on a pu tirer de cet infortuné, c'est qu'il « faisait du spiritisme » et qu'il « était heureux de souffrir et de mourir pour la vérité ».

Il a été transporté mourant à Lariboisière.

61. *Le chasseur du square de la Chapelle.* — Vers onze heures, un individu paraissant âgé d'une trentaine d'années, vêtu d'un pantalon jaune, d'un veston vert et coiffé d'un chapeau blanc en toile cirée, parcourait le square de la Chapelle en se livrant au plaisir de la chasse.

L'étrange personnage était, en effet, armé d'une superbe carabine et il tirait sur les moineaux.

Des gardiens de la paix, informés de la présence de cet original, l'appréhendèrent et le conduisirent au commissariat de la rue Philippe-de-Girard.

Grâce à des papiers trouvés dans ses poches — le chasseur ne parlait pas le français — on a pu établir qu'il était Russe.

Après l'avoir privé de son escopette, on l'a envoyé à l'infirmerie du Dépôt. (Le *Siècle*, numéro du samedi 15 juillet 1899.)

62. *Un alcoolique meurtrier.* — Un cultivateur de Gourdon, arrondissement de la Châtre, Silvain Raveau, âgé de trente-deux ans, était sujet à des accès de fureur alcoolique, au cours desquels il faisait des scènes de jalousie à sa femme. Avant-hier, dans un de ces moments de rage, il s'arma d'un fusil de chasse et fit feu sur celle-ci. La malheureuse, atteinte au flanc, tomba foudroyée.

Raveau, tournant son arme contre lui-même, fit feu du

©BIUM

deuxième coup et s'enleva le menton. Malgré cette horrible blessure, il eut l'énergie de recharger son fusil et de se tirer encore deux coups de feu dans la gorge sans parvenir à se tuer. Les gendarmes, accourus au bruit des détonations, ont fait transporter en voiture à l'hôpital de la Châtre le meurtrier, qui semble ne pas devoir survivre à ses blessures. Il est père de cinq enfants. (Le *Temps*, numéro du jeudi 20 juillet 1899.)

63. *Un fou meurtrier.* — Le quartier des Quatre-Routes, à Colombes, a été mis hier matin, à huit heures, en émoi par une scène sanglante qui s'est déroulée à quelques mètres du bureau d'octroi.

Un jeune soldat du 4e régiment d'infanterie de marine, Marcel Renard, en garnison à Toulon, actuellement en permission chez ses parents, à Asnières, 17, avenue de la Redoute, était sorti faire quelques acquisitions dans le voisinage.

A l'intersection des routes de Colombes et d'Argenteuil, un individu auquel il ne prêta aucune attention, sortant d'un champ bordant la route, se mit à le suivre, puis, arrivé à sa portée, sortit un long couteau-poignard de sa poche et le plongea de toutes ses forces entre les deux épaules du malheureux militaire qui, sans proférer un cri, tomba comme une masse au milieu d'une mare de sang.

Pendant que des passants s'empressaient autour du blessé, des employés d'octroi et des habitants du quartier se mettaient à la poursuite du meurtrier, qu'ils ne tardaient pas à rejoindre et qu'ils remettaient entre les mains de la gendarmerie de Colombes.

Conduit au commissariat de police de Courbevoie, l'inconnu a déclaré se nommer François Bervas, tailleur, âgé de quarante-deux ans, demeurant à Paris, rue de Trévise.

L'enquête a révélé qu'il avait quitté son domicile il y a deux jours, laissant sa famille dans la plus grande anxiété; depuis lors, en proie à des hallucinations et se croyant l'objet de poursuites de la part d'ennemis imaginaires, il errait dans les champs et n'avait pris aucune nourriture.

On a dirigé Bervas sur le Dépôt.

Marcel Renard, dont l'état est grave, a été transporté à son domicile. (Le *Petit Parisien*, numéro du mercredi 26 juillet 1899.)

64. *Entre beaux-frères.* — Un alcoolique, Pierre Charlet, habitant à Glorieux, près Verdun, a tué son beau-frère, Auguste Gounot, avant-hier, en le frappant sur la tête à coups de bâton. (Le *Temps*, numéro du jeudi 27 juillet 1899.)

65. *Suicide d'un morphinomane.* — On télégraphie de Lyon au *Temps* (numéro du dimanche 13 août 1899), que le commissaire de police du quartier Perrache était averti, hier, qu'un

©BIUM

voyageur descendu à l'hôtel de la Loire, rue Henri-IV, et inscrit sous le nom de Moreau, venait de tenter de s'asphyxier. Le commissaire s'y rendit aussitôt, et, après avoir fait transporter le désespéré à l'hôpital, trouva une lettre laissée à son adresse.

Il en résulte que le véritable nom du malheureux est R. d'Hautmont, né à Montréal, d'une vieille famille française. Il avait fait le pari de faire sans argent le tour du globe et avait accompli les trois quarts de son trajet. Sa dernière étape avant Lyon avait été Milan. Dans sa lettre, il explique ainsi son suicide :

« Je meurs, dévoré par la morphine dont je prends à l'heure actuelle 4 grammes par jour. Je lègue mon corps à la Faculté de Lyon pour qu'il soit autopsié; on aura grand intérêt à voir les ravages que peut occasionner la morphine prise à cette dose, depuis dix ans! Quatre grammes par jour sous la peau!!! Il y a des bêtes et des accès terribles! (*sic*). »

En outre, sur une carte laissée sur une table, il fait les recommandations suivantes :

« Je supplie la personne qui me découvrira de faire ce qui suit : Je possède seize petits mulots nains de Sumatra. Pauvres petites bêtes! Je vous supplie d'aller vite les chercher au café Ravier, place des Terreaux, où elles sont dans une cage, et de leur donner à manger. Je les offre au Jardin zoologique de Lyon; elles sont très rares et très belles.

« Dans une de mes valises on trouvera l'histoire de ces bêtes, qui valent plus de 1.000 francs pièce. Qu'on les soigne bien, car la race est à jamais disparue; j'étais le seul au monde à en posséder. »

Enfin une dernière note était ainsi conçue:

« Monsieur le commissaire de police est prié d'envoyer une photographie à M. G..., avocat à Cambrai, en l'informant que je lègue à la personne qu'il sait tous mes papiers, mes deux valises de Lyon et quatre autres qui sont déposées au Great Eastern hotel, Liverpool street, à Londres.

« J'embrasse de toute mon âme Georges, Jules et Paul C... »

Les mulots ont été trouvés au café indiqué et vont être envoyés au parc de la Tête-d'Or.

Quant au pauvre voyageur, son état est désespéré.

Quelques jours après, le *Temps* (numéro du samedi 19 août 1899) apprenait de son correspondant que ce malheureux, grâce aux soins reçus à l'Hôtel-Dieu, s'était à peu près rétabli, et il voulut absolument sortir. Le lendemain, il se pendait dans une chambre d'hôtel.

Le corps d'Hautmont va être, suivant son désir formulé par

©BIUM

lettre, soumis à l'autopsie. On sait qu'il s'injectait jusqu'à quatre grammes de morphine par jour. Toutes les parties du corps auxquelles la main peut atteindre portent les stigmates des piqûres.

66. *Monomanie du suicide.* — Il y a deux mois, un vieillard de soixante-six ans, M. Victor Guionnet, demeurant, 108, rue de la Plaine, à Neuilly-sur-Seine, tentait de se suicider en se jetant à l'eau du haut du pont de Suresnes. Il fut heureusement repêché par des mariniers et ramené à la vie.

Jeudi dernier il se jeta de nouveau dans la Seine et fut encore retiré sain et sauf.

Hier, il choisit un autre mode de suicide et se pendit dans sa chambre.

Lorqu'on le découvrit, tous les soins qui lui furent prodigués restèrent inutiles. (L'*Aurore*, numéro du lundi 14 août 1899).

67. *Egorgé par sa femme.* — Sous ce titre, on lit dans les *Droits de l'Homme* (numéro du mardi 22 août 1899) le fait divers suivant :

Un terrible drame s'est déroulé, la nuit dernière, à Saint-Pol-sur-Mer. Une femme de soixante-huit ans, Elisa Joachim, née Menez, a, d'un coup de rasoir, tranché la gorge de son mari, Antoine Joachim, âgé de soixante-dix ans ; la mort a été instantanée.

Arrêtée peu après, cette femme a déclaré qu'elle avait tué son mari, parce que ce dernier la trompait avec une de ses voisines. Cette allégation est fausse.

Très méchante, la femme Joachim, qui était atteinte de la folie de la persécution, rendait la vie très dure à son mari. Ce dernier était un brave et courageux ouvrier qui travaillait depuis quarante ans à la filature Dickson.

« C'est Dieu qui a voulu que je tue mon mari », a déclaré la mégère.

Le parquet est sur les lieux du crime.

68. *Aliéné dangereux.* — Le service de la Sûreté a arrêté hier matin, rue des Ecoles, un fou dangereux, Alfred L..., étudiant en médecine, évadé il y a quelques jours de l'asile de Villejuif.

Il portait sur lui un revolver chargé à six coups, un coup-de-poing américain et un stylet long de 60 centimètres avec lequel il a blessé assez grièvement le sous-brigadier de la Sûreté Jacob, au cours de la résistance qu'il a opposée aux agents qui l'arrêtaient.

Il a été conduit à l'infirmerie du Dépôt. (Le *Siècle*, numéro du mercredi 23 août 1899.)

©BIUM

FAITS DIVERS

Intérêts professionnels. — Dans son audience du 16 juin 1899, le Conseil d'État statuant au contentieux a décidé qu'un médecin-inspecteur d'un asile départemental d'aliénés, élu député, et qui se trouve avoir droit à une pension de retraite par suite de la suppression postérieure de son emploi, peut réclamer la jouissance de cette pension *à dater de la cessation de ses fonctions.*

C'est donc à tort que, dans l'espèce, le Conseil général du département intéressé avait pris une délibération portant que le médecin n'entrerait en jouissance de cette pension qu'à l'époque de la cessation du mandat de député. (La *Semaine médicale*, supplément du numéro du 28 juin 1899.)

Le cerveau de Helmholtz. — M. Haussmann, de l'Université de Berlin, publie dans la *Zeitschrift für Psychologie* (vol. XX) un compte rendu de son examen du cerveau de Helmholtz.

La circonférence du crâne est de 55 centimètres, sa largeur est de 15 cent. 5 et sa longueur de 18 cent. 3; l'index céphalique est donc 85,25, ce qui représente une tête large. Les dimensions de la tête sont à peu près les mêmes que pour Bismarck, et un peu plus petites que pour Wagner. Le poids du cerveau a été trouvé de 1700 grammes avec le sang coagulé, et de 1440 grammes sans le sang, ce qui donne une centaine de grammes de plus que la moyenne.

Il est toutefois généralement admis aujourd'hui que seul le poids exclusif du cerveau n'est pas un indice de capacité mentale; le dessin des circonvolutions a plus d'importance à cet égard. Chez Helmholtz, elles étaient particulièrement profondes et bien marquées. (*Revue scientifique*, numéro du 6 mai 1899.)

Epidémie de folie consécutive à un cyclone. — On lit dans le *Temps* (numéro du vendredi 16 juin 1899) :

Le grand cyclone qui ravageait le Minnesota et le Wisconsin, mardi dernier, semble en avoir engendré d'autres dans les Etats de l'Ouest. Partout on annonce des orages terribles. Vingt-cinq cités sont détruites. Le nombre des morts est de plus de trois cents. Des illuminés appartenant à diverses sectes religieuses annoncent la fin du monde. Dans les églises de campagne, on tient, dit la *Morning Post*, des réunions pour se préparer au jour du jugement. Il y a des confessions publiques, des scènes d'hystérie ou de folie.

©BIUM

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

La Société de Neurologie a été fondée, à Paris, le 8 juin 1899.

Elle a pour but de réunir, en assemblées périodiques, les médecins qui s'occupent des maladies du système nerveux.

Elle se compose de membres titulaires et de membres correspondants nationaux et étrangers.

La Société de Neurologie se réunit en séances publiques le *premier jeudi de chaque mois* (excepté les mois d'août, septembre et octobre), *à la Faculté de médecine, salle des Thèses, n° 2, à neuf heures et demie du matin.*

Des communications et présentations de malades ou de pièces sont faites par les membres de la Société.

Des communications et présentations de malades ou de pièces peuvent être faites par des personnes étrangères à la Société; elles doivent être annoncées au moins huit jours à l'avance au Bureau, qui donne, s'il y a lieu, l'autorisation nécessaire.

La durée de chaque communication ne doit pas excéder un quart d'heure; sa longueur ne peut dépasser une page d'impression.

La Revue neurologique, organe officiel de la Société, publie le 15 de chaque mois les Bulletins des séances.

Le bureau est composé ainsi qu'il suit :

Président, MM. Joffroy; *Vice-Président*, Raymond; *Secrétaire général*, Pierre Marie; *Secrétaire des séances*, Henry Meige; *Trésorier*, Souques.

La première séance publique a eu lieu le *jeudi* 6 *juillet* 1899.

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Pathologie

PROSTITUTION
ET DÉGÉNÉRESCENCE

Par le Dr Emile LAURENT

I

La prostitution est un fait monstrueux et incompréhensible. « La logique, dit Pauline Tarnowsky, se refuse à admettre qu'un être humain, en possession de ses facultés mentales, sain de corps et d'esprit, puisse se prêter, à toute heure du jour et de la nuit, à l'acte génésique avec le premier venu, souvent pris de vin, grossier, brutal, cynique, et lui témoignant en retour du mépris. En dehors de quelques cas de nymphomanie, trop rares et trop exceptionnels pour que l'on songe à en tenir compte, comment peut-on s'expliquer l'état physiologique d'une femme exerçant journellement l'acte des dizaines, des quinzaines de fois avec le premier venu, se refusant même la prérogative des femelles

©BIUM

du règne animal, qui toutes conservent leur libre arbitre en fait de choix ou de refus du mâle, droit qu'abdiquent nécessairement les filles de maison? »

De plus, ces prostituées, qu'on pourrait qualifier de professionnelles, ne se rendent pas compte de l'anomalie de leur état; elles envisagent leur position et leur manière de vivre comme l'exercice d'un métier quelconque et s'y adonnent volontairement comme à une profession toute naturelle. Un certain nombre d'entre elles ont pu quelquefois être arrachées à cet enfer du vice, rendues à la vie normale, pourvues d'un gagne-pain et ramenées dans les sphères du travail régulier. La plupart sont revenues, au bout d'un certain temps, se plonger dans la prostitution qu'on leur avait fait quitter.

Pauline Tarnowsky cite un fait dont elle garantit l'absolue authenticité. Le voici.

En 1880, une jeune fille de dix-huit ans quitte sa province pour chercher du travail à Saint-Pétersbourg, où elle avait des parents éloignés.

Le train subit un retard de plusieurs heures, ce qui fut cause qu'elle ne trouva pas ses amis à la gare. Intimidée de se trouver toute seule dans une grande ville, et ne sachant trop où aller, elle fut accostée et lia connaissance séance tenante avec une dame âgée qui semblait prendre part à sa mésaventure et qui l'emmena chez elle, lui offrant de la prendre comme domestique. C'était la tenancière d'une maison de tolérance, où elle entra d'abord comme servante, mais dont elle ne tarda pas à devenir pensionnaire.

Un an environ plus tard, elle accoucha d'un enfant viable que le père voulut garder en rachetant la mère, à laquelle il fit quitter la maison. C'était un homme riche qui mit la mère et l'enfant à l'abri de la misère et engagea la jeune femme à quitter cette vie honteuse. Il fit si bien qu'il la renvoya à sa famille, en province, assu-

©BIUM

rée d'une pension. Au bout de six mois, la jeune personne laisse l'enfant à ses parents, revient à Saint-Pétersbourg et rentre dans son ancienne maison, qu'elle habite depuis lors et ne quitte que pour faire de courts voyages dans sa province pour revoir son enfant.

« Est-ce le manque d'argent qui vous a obligée à abandonner votre enfant chez vos parents et à revenir à votre ancien genre de vie? lui demande-t-on. — Abandonner mon enfant! répond-elle offensée; je ne l'ai pas abandonné puisque je lui sers la rente du père, et, pas plus tard que l'été dernier, j'ai encore pris un congé pour l'aller voir. Mais, que voulez-vous? le travail des champs me paraît trop pénible, et puis, ici la maîtresse est une si brave femme que je me plais chez elle. D'ailleurs, la vie est ici bien plus facile que dans notre village. »

J'ai observé aussi un fait semblable dans un petit village de la Champagne.

Un jour, un fermier fit venir une fille d'un village voisin pour lui servir de servante. Il n'y avait pas huit jours qu'elle était chez lui, que le soir ce fut un véritable défilé des mâles de tous les environs : ils défonçaient les haies, sautaient par-dessus les murs, forçaient les verrous pour étreindre, dans une écurie ou une grange, cette femelle sensuelle qui se livrait pour quelques sous et les grisait d'amour.

Le fermier se plaignit d'abord au maire, qui réprimanda vivement la servante, puis à son père, qui vint exprès de son pays pour lui flanquer une volée exemplaire. Rien n'y fit. Le soir même, en s'en allant, son père la rencontra culbutée au coin d'un pré, les jambes en l'air. Le fermier dut la renvoyer. Elle se plaça, toujours comme fille de ferme, dans un autre village : au bout de huit jours, elle avait soufflé un vent de rut et mis toute la population en émoi. On dut encore la chas-

©BIUM

ser. Au lieu de retourner chez son père, qui l'aurait certainement accueillie, après lui avoir administré une rude correction, elle prit tranquillement le chemin de la ville et vint se présenter au lupanar de Troyes, où on l'accueillit et où elle resta, s'y trouvant très heureuse.

II

Certes, je n'ignore pas que les causes de la prostitution sont multiples et complexes. Cependant les faits comme ceux que je viens de citer ne sont pas absolument rares, et il y a lieu d'en tenir compte; à côté des causes sociales, il faut bien admettre des causes individuelles, des causes en quelque sorte somatiques.

Et cela nous amène à nous poser cette question : s'il y a des gens fatalement et inexorablement voués à la folie ou au crime, n'y aurait-il pas des filles fatalement vouées à la prostitution? La prostitutée ne serait-elle pas quelquefois une anormale, une héréditaire, une dégénérée, une détraquée?

Pour répondre à cette question, un premier problème se pose, et non des moins difficiles à résoudre : l'hérédité des prostituées.

L'alcoolisme des ascendants semble avoir une action prépondérante dans l'étiologie de cette anomalie morale. Sur cent cinquante prostituées observées par Pauline Tarnowsky, cent vingt-quatre avaient des parents ivrognes. J'ai bien souvent interrogé des prostituées, et la majorité m'avouaient l'alcoolisme de leurs ascendants.

Voici, par exemple, deux faits que j'ai déjà rapportés ailleurs et pour lesquels il faut sans doute tenir grand compte de la mauvaise éducation; mais l'alcoolisme des ascendants n'est peut-être pas un facteur qu'il faille négliger.

©BIUM

Jeanne a dix-sept ans. Son père était un ivrogne, un homme violent et emporté, se livrant dans son ménage à des scènes de violence regrettables, tantôt sur sa femme, tantôt sur ses enfants. Il est mort paralytique général à l'asile d'aliénés de Vaucluse. Sa mère est une femme faible de caractère, incapable d'attention, sans volonté comme sans énergie, terrorisée par son mari. Ses deux sœurs se livrent à un dévergondage notoire. Son frère a subi deux condamnations pour ivresse et batterie.

Jeanne est une fille de petite taille, aux formes graciles mais élégantes et harmonieuses, aux yeux noirs très vifs, avec un visage pâle et enfantin. Elle s'exprime avec volubilité, ayant quelquefois des saillies drôles, mais plus souvent grossières ou obscènes. Elle parle argot et déclare que son frère est « un mec ». Assez intelligente, sachant lire et écrire, bien qu'elle ait passé fort peu de temps à l'école, elle lit les romans de Richebourg avec enthousiasme.

Jeune, au lieu de l'envoyer à l'école ou d'essayer de lui apprendre un métier, on la laissa traîner dans la rue avec des galopins de son âge. Elle devint rapidement savante en vices. Souvent, le dimanche, son père s'enfermant seul avec sa mère, la chassait, l'envoyant jouer. Intriguée, elle remontait sournoisement avec d'autres gamines écouter à la porte. Elle ne tarda pas à comprendre ce qui se passait. C'était chaque fois pour elle un motif de « rigolade ». Elle ne manquait jamais de venir écouter à la porte ; puis, en descendant, elle disait en riant à la concierge ahurie : « Maman vient de se pousser du plaisir. Vous allez voir c'te gueule éreintée qu'elle a. » Elle ne tarda pas à essayer d'en faire autant, et, pour un couteau, elle se livra à un gamin de douze ou treize ans, qui fit sur elle des tentatives de coït dans le nombril. Elle se moqua de lui et le traita d'imbécile,

©BIUM

outrée d'une pareille ignorance. La scène se passait dans l'escalier d'une cave, et elle avait alors dix ans. A quelque temps de là, chez des voisins, elle essaya de faire pratiquer devant elle le coït, par un gamin de onze ans, sur sa sœur qui en avait neuf, aidant de ses conseils et de ses mains les deux débutants.

A douze ans, elle se livra de nouveau à un gamin, sur les fortifications, pour un couteau et deux sous de pommes de terre frites. Il y eut simplement tentative de coït.

A quinze ans, des amies du même âge et déflorées la présentèrent à un souteneur du quartier, très connu de ce petit monde, et qu'on avait affublé d'un sobriquet difficile à écrire. On entraîna Jeanne dans un hôtel meublé. Elle se laissa faire des caresses saphiques par le « mec », mais refusa énergiquement de se livrer. Ses amies furent obligées de lui tenir les pieds pour que l'acte pût s'accomplir. Elle resta ensuite environ trois mois sans revoir d'homme. Puis, sa sœur lui ayant présenté le frère de son amant, elle se prit pour lui d'un « béguin » et resta avec lui un certain temps. Bien que peu portée aux plaisirs de l'amour, elle n'est cependant pas insensible à l'acte vénérien; à la suite de discussions où les giffles intervenaient trop souvent, elle quitta « le chéri de son cœur », se livra ensuite à différents individus et à plusieurs simultanément. Aujourd'hui elle vit ouvertement de prostitution.

Emélie est une belle fille, âgée maintenant de vingt-cinq à vingt-six ans. Au point de vue physique, elle est très bien conformée et a une certaine réputation de beauté. Son intelligence est assez développée; elle présente simplement un léger défaut de prononciation, elle zézaie, ce qui lui a valu le surnom de Zozo; mais son sens moral est complètement atrophié. Son père est un ivrogne, un paresseux, une brute alcoolisée et toujours

©BIUM

prêt à frapper. Sa mère a dû le quitter. Celle-ci n'est pas une méchante femme; mais, soit nécessité, soit prédisposition, elle est d'une moralité peu scrupuleuse et vit de la prostitution de sa fille.

Emélie, en fille pratique et sérieuse, écouta les conseils de sa prudente mère : elle se fit prostituée d'emblée, sans avoir eu antérieurement d'amourettes ; elle vendit sa virginité à un vieux commerçant retraité, qui put payer la chose à sa valeur. Ensuite elle vécut ouvertement de prostitution, traînant les rues et les bals publics pour amorcer les hommes. A plusieurs reprises, comme elle est réellement belle, elle trouva des amants généreux qui tentèrent de lui faire abandonner son infâme métier et lui offrirent des situations qui lui auraient permis de vivre honnêtement : l'un lui installa une boutique de blanchisseuse, où elle n'avait qu'à surveiller ses ouvrières ; un autre lui acheta un commerce de mercerie; un autre un commerce de cafés. Ses amants avaient beau se montrer aimables et généreux, elle les trompait tous et ne manquait jamais une occasion de se livrer pour de l'argent, jusqu'à ce que, trouvant ce genre de vie trop monotone, elle lâchât l'amant et la situation pour recourir les mauvais lieux et se vendre à tout venant.

Un jour, parlant de ses différentes situations perdues, elle disait en riant : « J'ai fait tous les métiers, mais je n'ai jamais cessé d'être putain. »

Elle eut assez souvent des amants de cœur ; elle n'exigeait pas d'argent d'eux, mais elle ne leur en donnait jamais non plus.

Depuis quelques années, elle se sent attirée vers les femmes, et maintenant elle forme ménage avec une amie, qu'elle entretient, sous les yeux de sa mère qui tolère tout et ne dit rien, et à la barbe de son entreteneur. Malgré cela, elle a conservé son sens pratique de

©BIUM

la vie : non seulement elle continue à se vendre, mais, chaque fois qu'elle prend une nouvelle amie, elle invite tous ses amants à venir la voir et la leur offre en échange de quelques pièces de cent sous. Celle-ci a l'air d'être entretenue, en réalité elle est une source de plaisir et de gain.

Emélie exerce son métier avec une inconscience presque candide. Un jour qu'on lui reprochait sa conduite, elle répondit : « J'ai été et je suis putain ; il est probable que je le serai toute ma vie ; je ne porte préjudice à personne ; je ne comprends pas quel mal il peut y avoir à cela. »

Comme elle le dit, il est bien probable que cette fille sera prostituée toute sa vie, bien plus par instinct que par besoin.

Parmi les antécédents héréditaires des prostituées, on a encore souvent noté la tuberculose, les maladies nerveuses et mentales, surtout l'épilepsie.

Krafft-Ebing, dans son *Traité de psychiatrie*, cite l'exemple bien caractéristique d'une fille issue d'un père excentrique et déséquilibré et dont les deux frères étaient aliénés.

Cette fille fut une enfant maladive, très émotive. Elle était maladroite, inappliquée, indolente, entêtée, irritable au plus haut point, sauvage, gourmande, versatile, incapable de s'attacher à un travail quelconque, brutale, insensible, n'obéissant qu'à ses goûts et à ses caprices.

A dix-neuf ans, à la mort de ses parents, elle dut se chercher une place de servante. Elle ne pouvait rester longtemps nulle part : on la renvoyait parce qu'elle était corrompue et menteuse, qu'elle recherchait les hommes et se livrait à la prostitution. Toutes les tentatives de son honorable famille pour la remettre dans le bon chemin restèrent inutiles. Elle vendait ses habits

©BIUM

et dépensait en friandises tout l'argent que ses sœurs lui laissaient et tout ce qu'elle gagnait par son travail et la prostitution. L'amour-propre, l'attachement pour ses braves sœurs, lui étaient des sentiments inconnus. Quand elle n'avait plus rien, elle recherchait ses sœurs pour les mettre à contribution. Sa mauvaise conduite lui attira souvent des difficultés avec la police, dont elle violait ouvertement les règlements par des scandales déplorables.

Comme définitivement elle ne pouvait plus trouver de service, ses sœurs la prirent avec elles. Elle se rendit bientôt insupportable par sa grossièreté révoltante, sa corruption, sa négligence, son entêtement et sa dissipation. Elle s'en allait rôder aux environs avec des habits malpropres, jetait des allumettes enflammées sur le sol, et ne craignait pas, le soir, de se tenir sur la porte de la maison pour raccoler des hommes. Enfin, ses parents reconnurent que c'était une malheureuse incorrigible et la chassèrent de chez eux.

Elle traîna alors dans les lupanars, les bouges et les asiles, jusqu'au jour où elle fut arrêtée par la police. Elle jouait la vertu offensée, ne voulait pas se plier au règlement de la maison, d'une irritabilité et d'une violence excessives, ne cherchant que disputes, et la méchanceté était le mobile de tous ses actes.

III

Ces statistiques et ces faits semblent prouver qu'il y a des prostituées-nées, comme il y a des criminels-nés. Ce qui vient confirmer cette opinion, c'est qu'on cite des exemples de familles où il n'y a que des aliénés, des criminels ou des prostituées.

Minor, de Moscou, a cité un fait très curieux : l'histoire tristement célèbre des Jukes. Ada Jukes, née en

©BIUM

1740, voleuse de profession, s'adonnant au vagabondage et à la boisson, a laissé une descendance de 834 individus, sur 709 desquels on possède des renseignements : 106 célibataires, 181 prostituées, 142 mendiantes, 64 recueillis dans les asiles pour indigence, et 76 criminels, dont 7 meurtriers. Tous ces individus s'adonnaient à l'ivrognerie. Le nombre d'années que tous les membres de cette famille passèrent en prison équivaut à 116. Ils furent entretenus au frais de l'Etat pendant 734 ans. Dans la cinquième génération, presque toutes les femmes étaient des prostituées et tous les hommes des criminels. Pendant 75 ans, l'entretien dans les prisons, les asiles, les secours d'indigence et les divers dommages causés par les membres de cette famille, coûtèrent à l'Etat cinq millions de marks.

Legrain a également rapporté, dans sa thèse, l'histoire de toute une famille de fous moraux.

X..., épouse L...

Le père de X... était un brave homme, d'une intelligence médiocre, qui subissait en tout l'ascendant de sa femme. Celle-ci, nerveuse et méchante, le battait à tout propos.

Très colère, elle éprouvait du plaisir à fouetter sa sœur lorsqu'elle était malade. Elle avait d'injustes préférences pour l'un de ses fils, qui en était indigne, au détriment du second, dont elle n'avait qu'à se louer.

X... était très nerveux, violent, mais poltron. D'une faiblesse de caractère extrême, il voyait la vie désordonnée de sa femme sans oser intervenir. Sa faiblesse de caractère alla jusqu'à lui faire tolérer chez lui la présence d'un amant de celle-ci.

Un de ses frères est très vicieux et très violent. Il battait ses parents et menaçait de les tuer parce qu'ils ne voulaient pas lui donner d'argent. Il profita un jour de leur absence pour vendre une partie de leurs meubles.

©BIUM

Il a voulu tuer son frère par jalousie, dans un moment de colère. Tout jeune, il est parti pour l'Amérique et il y est resté sept ans, jouant la comédie pour vivre, se faisant entretenir par des femmes.

Un cousin germain de X... est vicieux. Dès l'âge de seize ans, il se livrait à la pédérastie.

Le père de Z... était intelligent, mais ivrogne, buvant dix et douze verres d'absinthe par jour. Il a subi deux ans de prison pour vol. Capitaine sous la Commune, il a encore été de ce chef puni de prison. Très mal équilibré, brutal, grossier, il affectait de ne garder aucune retenue devant qui que ce fût. Marié une première fois, il eut quatre filles, dont nous étudierons plus loin l'état mental. Devenu veuf, il se remarie et n'a pas d'enfants. Veuf une seconde fois, à cinquante-six ans, il se mit alors en ménage avec une femme de vingt-quatre ans, mariée, débauchée, alcoolique, profondément dégradée. Pour mener cette vie de débauche, loin de se cacher de ses enfants, il leur imposait la fréquentation de sa maîtresse ; tous se grisaient ensemble très fréquemment.

La mère de Z... était peu intelligente et également mal équilibrée au point de vue moral ; elle laissait ses enfants seuls et mangeait, en compagnie de son mari, l'argent de la semaine.

Z..., très vicieuse dans l'enfance, paresseuse et emportée, se marie à vingt ans et a deux enfants les deux années suivantes. A vingt-trois ans, elle quitte son mari pour fréquenter les bals publics. Elle se lie avec un jeune homme, vit maritalement avec lui pendant dix-huit mois et met au monde une fille. Elle rentre ensuite dans son ménage et a un quatrième enfant, une fille. Pendant ce temps, elle était la maîtresse d'un marchand de vins chez qui elle était entrée comme bonne, et revenait chez elle fréquemment ivre. A cet amant en succédèrent d'autres. Elle se faisait secourir par le bureau de

©BIUM

bienfaisance et recevait de toutes parts des dons qui lui servaient à satisfaire sa gourmandise. Elle achetait à crédit des bijoux, du linge, qu'elle portait ensuite au Mont-de-Piété et dont le produit était dépensé en orgies. A trente-cinq ans, elle accouche d'un cinquième enfant. Elle recommence alors sa vie de débauche. Sa fréquentation la plus habituelle était celle des Fenayrou, les auteurs du fameux crime du Pecq. Laissant son ménage et ses enfants sans soins, elle passait son existence dans des bouges, jouant aux cartes, se disputant avec les ivrognes, rentrant elle-même ivre morte. Elle a plusieurs fois, en état d'ivresse, voulu tuer son mari.

Elle se mit alors à découcher fréquemment. A trente-six ans, elle a d'un de ses amants un sixième enfant, une fille, qui meurt de méningite avec convulsions. Dès lors, elle découche plus fréquemment encore, ne cherchant même plus à donner un prétexte à ses absences et répondant aux observations de son mari par des menaces de le frapper.

Elle cherchait à lui nuire de toutes façons, engageant ses enfants à mépriser leur père et à dire qu'il les prostituait. A trente-huit ans elle se met en ménage avec un individu de vingt et un ans, pendant deux mois, puis avec un autre du même âge, et n'apparaît plus qu'à de rares intervalles au foyer conjugal. Elle devient enceinte une huitième fois et quitte alors tout à fait le domicile de son mari, attire ses filles et en garde avec elle deux qu'elle conduit dans les bals publics, les laissant à la merci du premier venu pendant qu'elle se grise. A trente-neuf ans, neuvième grossesse, du fait d'un individu dont elle consent à subir les mauvais traitements. Elle est actuellement dans cette situation, fréquentant toujours les cabarets dont elle sort ivre tous les jours.

Z... avait trois sœurs.

©BIUM

La première sœur était vicieuse dès le plus bas âge. Débauchée, à seize ans elle se livrait à la prostitution. Irascible, elle a, dans un moment de jalousie, arraché l'oreille d'une femme.

La deuxième sœur, âgée de trente-huit ans, mariée, est alcoolique, sale et inintelligente. Elle a eu trois enfants, dont l'un a des impulsions au suicide.

La troisième sœur, inintelligente et sale, se grise en compagnie de son mari.

Comme nous venons de le voir, Z... a eu huit enfants:

1° Une fille âgée de dix-neuf ans, peu intelligente, très blonde de cheveux; elle a la voûte palatine ogivale avec développement exagéré des bosses frontales. Son instruction est rudimentaire; elle s'est fait chasser trois fois des écoles pour son insubordination. Méchante, jalouse, elle mettait des épingles dans la soupe de son frère. Elle avait de la tendance à boire et à voler dès la première enfance. A dix ans, on la trouvait dans les caves avec des petits garçons, se livrant à une débauche précoce; elle écrivait des lettres passionnées avec des expressions triviales. A treize ans, elle vagabondait avec des jeunes gens et leur faisait distribuer de l'argent à ses sœurs, afin qu'elles ne dévoilassent pas sa conduite. D'un autre côté, elle était d'une pudibonderie exagérée devant ses parents, affectant de ne pas vouloir relever plus haut que son poignet les manches de son vêtement, alors qu'elle se prostituait déjà. Elle a toujours, depuis sa plus tendre enfance, refusé de se laisser embrasser par les membres de sa famille. Par un contraste singulier, elle est propre, courageuse, travailleuse, mais d'un vice sans exemple. A quinze ans, elle fréquentait les bals publics avec sa mère. Elle y fit la connaissance d'un jeune homme de dix-neuf ans, contracta la syphilis et séjourna pour ce fait à l'hôpital Lourcine pendant quinze jours. A sa sortie, elle recom-

©BIUM

mença ses fréquentations, se livrant à une prostitution clandestine et dut, à cinq reprises différentes, faire un nouveau séjour à l'hôpital.

Puis elle se livre à la prostitution publique et est incarcérée à Saint-Lazare et ensuite au couvent des dames Saint-Michel, d'où, usant de supercherie et confiante dans la faiblesse de son père, elle essaie un retour vers lui en lui adressant une lettre de repentir; mais quinze jours après sa sortie elle recommence sa vie désordonnée, se prostituant de nouveau et vivant en compagnie de souteneurs. En ce moment, elle est, avec une autre fille, détenue sous l'inculpation de vol.

2° Un garçon de dix-huit ans, travailleur, économe, honnête, mais nerveux et très entêté ; il est aussi faible de caractère que son père. Sobre et d'une intelligence médiocre, ses qualités nombreuses sont d'autant plus frappantes qu'elles contrastent avec l'immoralité absolue de tous les membres de sa famille.

3° Une fille adultérine de quinze ans, d'une intelligence ordinaire, mais très vicieuse, buveuse et gourmande. Elle entre sans hésitation chez les marchands de vin, se fait servir du café et demande à haute voix « la goutte ». Elle vole aux étalages des épiciers.

4° Une fille de quatorze ans, paresseuse, menteuse, gourmande, voleuse, irascible. Elle a la face constamment animée de tics, et sa physionomie n'est qu'une grimace continuelle. Les dents sont mal plantées et mal conformées ; sans aucun sentiment affectif, sans aucun respect pour la famille, elle profite la nuit du sommeil de sa grand'mère pour lui pincer les jambes et se venger ainsi des réprimandes dont elle a été l'objet pendant la journée. Egoïste, coquette, mais sale, elle est d'une intelligence médiocre.

5° Un garçon de huit ans, rachitique, scrofuleux, très nerveux, irascible. Impérieux, il a des emporte-

©BIUM

ments avec impulsion à frapper avec toute espèce d'objets. C'est un dolichocéphale d'une intelligence très ordinaire.

6° Une fille adultérine, morte à seize mois d'une méningite avec convulsions.

7 et 8. Garçons adultérins en bas âge.

Voilà certes une belle famille.

J'ai rapporté également une observation du même genre.

Une femme honnête, douce et bonne, épouse un individu grossier, violent, brutal et ivrogne. De leur mariage sont nés cinq enfants:

1° Un garçon, aujourd'hui marié, âgé de quarante et quelques années, ayant déjà subi quatre ou cinq condamnations pour ivresse et rébellion envers les agents. C'est un individu brutal et ivrogne, et chaque jour il « étrangle » en moyenne une vingtaine d'absinthes. Sa femme, qui est marchande de fromages aux halles, est une « gonzesse » forte en gueule et en appas, sachant lui tenir tête devant le comptoir des mastroquets et ne boudant jamais devant une « verte ». Ces deux époux distingués ont engendré un garçon aujourd'hui âgé de sept ans, dont on admire déjà les vices et la méchanceté. On cite de cet aimable enfant des traits qui permettent d'espérer beaucoup. Un jour que son père ivre marchait sur sa mère, menaçant de la frapper, il s'approche de lui sournoisement, un marteau à la main : « Cogne donc avec cela! » lui dit-il. Un autre jour, le père rentre saoul et tombe sans pouvoir se relever ; l'enfant appelle sa mère : « A ton tour, lui crie-t-il, prends ta revanche ; casse-lui la gueule pendant qu'il est plein et qu'il ne peut plus bouger. »

2° Un garçon d'une trentaine d'années et qui a passé presque toute sa vie en prison pour vols, vagabondage, escroqueries, rébellion envers les agents, ivresse. J'ai

©BIUM

conté ailleurs tout au long son invraisemblable odyssée à travers les bouges et les prisons.

2° Un garçon qui a déjà subi cinq ou six condamnations pour vol, et ivrogne comme ses frères.

4° Un garçon qui est également venu plusieurs fois en prison pour vol.

5° Une fille, danseuse excentrique, et vivant ouvertement de prostitution.

Tous les Parisiens ont entendu parler et problablement vu l'inestimable môme Fromage, qui figure encore, je crois, dans les quadrilles naturalistes du Moulin-Rouge ou du Casino de Paris. Ses trois sœurs font la noce comme elle et une d'elles s'est acquis une certaine célébrité sur les ultimes hauteurs de Montmartre, où elle est connue sous le nom de la môme Camembert.

Un marchand de volailles du boulevard Montparnasse eut trois filles, qui toutes trois versèrent de très bonne heure dans la prostitution. Elles furent pendant longtemps les étoiles de l'Elysée-Montmartre. A onze heures on les promenait à travers le bal sur des chaises portées par les employés de l'établissement, comme des idoles. L'aînée surtout, Macarona, avait inventé une danse du ventre inouïe, inénarrable. Vêtue, sous ses jupes, d'un pantalon de tulle noir, un pantalon qui n'en était pas un, tant il était transparent, elle se livrait aux plus lascives cabrioles, aux déhanchements les plus canailles et les plus obscènes, sous l'œil indifférent du municipal et de l'inspecteur du bal, le père La Pudeur, comme on l'avait baptisé. On venait la voir de loin : des vieillards qui ressemblaient à des sénateurs et qui, ahuris, bavaient sur le plastron de leur chemise ; des jeunes gens, qui s'échappaient ensuite, l'œil égaré, en quête de coins sombres. Ses deux sœurs, la môme Cricri et la Tonkinoise, dansaient à ses côtés, non moins

©BIUM

crapuleuses, non moins lascives, allumeuses d'hommes qu'elles étaient comme leur sœur Macarona.

Tous ces faits, qu'on pourrait multiplier, sont pour le moins curieux, et prouvent que la prostitution n'est, dans quelques cas, qu'une des multiples formes de la dégénérescence.

IV

Si la prostituée est une héréditaire dégénérée, on devra retrouver chez elle les tares physiques et psychiques, les stigmates, qui dénotent l'état de dégénérescence.

Le Dr C. Andronico, de Messine, a examiné soigneusement 280 filles soumises, et il a constaté les anomalies suivantes :

Nez camus	20
Oreilles à anses	35
Implantation vicieuse des dents	10
Strabisme convergent	3
Asymétrie du visage	4
Prognathisme	7
Front fuyant	35

Pauline Tarnowsky a trouvé sur les 150 prostituées qu'elle a observées, les anomalies suivantes :

Malformation de la tête (plagiocéphalie ou crâne oblique, oxycéphalie ou tête en pain de sucre, platycéphalie ou crâne à vertex aplati, sténocéphalie ou tête étroite, comprimée aux tempes)	62
Développement de la protubérance occipitale	62
Front très fuyant	18
Front hydrocéphalique	15
Anomalies diverses de la figure (asymétrie, prognathisme)	64
Voûte palatine ogivale	38
Division congénitale du palais	14
Implantation vicieuse des dents	62
Dents de Hutchinson et de Parrot	19
Absence des incisives latérales	10

©BIUM

Oreilles mal ourlées	16
Oreilles défectueuses (détachées de la tête, déformées, etc.)	47
Anomalies des extrémités	8
Asphyxie locale des extrémités	2

Sur ces 150 prostituées, 124 présentaient plusieurs anomalies à la fois, soit plus de 82 p. 100.

Des femmes honnêtes, paysannes illettrées et femmes instruites, furent examinées à titre de comparaison. La différence fut énorme. Ainsi, pour les femmes instruites, on n'a trouvé que 2 p. 100 d'anomalies physiques, et chez les paysannes illettrées 14 p. 100.

Lombroso et Ferrero ont également noté cette grande fréquence des anomalies chez les prostituées.

Pauline Tarnowsky en conclut : « Une différence aussi frappante entre les prostituées et les femmes honnêtes ne saurait être l'effet du hasard. Nous croyons qu'une abondance aussi notable de stigmates de dégérescence chez les prostituées trouve sa raison d'être, du moins en grande partie, dans l'anamnèse de leurs ascendants, qui présentent beaucoup de données prédisposantes à la tare héréditaire, ainsi qu'à des arrêts de développement. »

Comme preuve de la dégénérescence des prostituées, Pauline Tarnowsky invoque encore leur stérilité si fréquente, à tel point que Parent-Duchâtelet, sur 1.000 prostituées parisiennes, n'observait chaque année qu'un seul accouchement. Cette stérilité serait due à l'insuffisance de la force procréatrice, qui fait défaut chez les êtres dégénérés ou abâtardis et amène l'extinction de la race.

Ce fait ne me paraît pas démontré. Il faut tenir compte d'autres facteurs de stérilité très importants : la syphilis et l'alcoolisme, si fréquents chez les prostituées, les affections vaginales et utérines, non moins fréquentes, les excès de coït, l'excitation anormale des

©BIUM

organes génitaux qui sont en quelque sorte flétris et tannés par un long usage. Et puis, ce n'est que lorsqu'elles ont payé un assez fort tribut aux lois qui régissent la reproduction qu'elles deviennent définitivement stériles, car beaucoup ont eu, au début de leur existence génitale, un ou plusieurs enfants. Enfin, il est bon d'ajouter que toutes les prostituées connaissent mieux que personne les procédés mécaniques de nature à empêcher la conception et qu'elles ont toutes pratiqué, dans les débuts de leur carrière, la stérilité volontaire.

Au point de vue psycho-biologique, les prostituées présentent encore certains traits typiques qui leur sont communs et leur donnent une physionomie morale qui les distingue des autres femmes qui ne font pas métier de débauche.

On connaît leur légèreté d'esprit, leur mobilité de caractère. Il est presque impossible de leur faire suivre un raisonnement, tant leur esprit est distrait et vagabonde à la légère. De là une insouciance complète, une folle imprévoyance du lendemain, un besoin incessant de mouvement et d'agitation, une invraisemblable loquacité qui les transforme en moulins à parole, une paresse qui les rend inaptes à toute espèce de travail : quelques-unes lisent des romans sentimentaux, ordinairement les feuilletons du *Petit Journal*, surtout ceux de Richebourg. La majorité n'aiment que la danse et le jeu. Elles passent leurs journées à faire d'interminables parties de cartes.

Dans les lupanars où elles ne sont pas tenues à des soins de propreté minutieux, elles ne tardent pas à négliger leur propre corps et à se laisser croupir dans une saleté repoussante. Gourmandes, menteuses, coléreuses, promptes à se crêper le chignon pour le prétexte le plus futile, elles s'entr'aident cependant et se secourent dans

©BIUM

leurs peines et leurs malheurs ; celles qui ont des enfants sont généralement de bonnes mères et font leur possible pour bien les élever. D'un sentimentalisme grossier, elles se laissent aisément duper par les hommes qui les cajolent et leur font des promesses d'amour ou de mariage. Soit par coquetterie, soit plus vraisemblablement par entraînement et par esprit d'imitation, elles se laissent facilement tatouer.

« Si la fille est jeune, dit Parent-Duchâtelet, ce sont presque toujours des noms d'hommes ; si elle est d'un certain âge, ce sont le plus ordinairement des noms de femmes. Dans ce dernier cas, ces noms sont toujours tracés dans l'espace qui sépare le pubis du nombril, ce qui ne se voit jamais pour les noms d'hommes.

« Les inscriptions, ajoute le même auteur, servent à montrer avec quelle facilité ces femmes changent d'amants et combien sont mensongères ces protestations d'attachement *à la vie, à la mort*. J'en ai vu plus de trente sur le buste d'une femme, dans l'infirmerie de la Fosse, sans compter celles qu'elle pouvait avoir sur d'autres parties du corps ; et ce qu'il faut surtout remarquer dans ces inscriptions, c'est qu'elles ne contiennent rien de contraire à l'honnêteté et à la décence. Sous ce rapport, les prostituées diffèrent beaucoup des hommes avec lesquels elles vivent, et dont elles ont pris les mœurs et les habitudes. »

Cette remarque de Parent-Duchâtelet n'est qu'imparfaitement exacte et elle ne saurait s'appliquer qu'aux prostituées de la dernière catégorie. Il est rare qu'une fille, arrivée à un certain âge, consente à se laisser tatouer, car elles se rendent vite compte du préjudice que cela leur cause dans l'exercice ds leur métier. A moins d'être très belles, les filles tatouées se voient fermer les portes des maisons de premier et même de second ordre. Quand on les accepte, elles sont obligées de cacher

©BIUM

leur tatouage sous un maquillage à la poudre de riz ou sous un ruban. Aussi, c'est quand elles étaient toutes jeunes, quand elles débutaient dans le vice, qu'elles se sont laissé entraîner et qu'elles ont commis ce qu'elles reconnaissent être une bêtise.

Tel est, grossièrement ébauché, l'état psychique des prostituées. Si l'on veut étudier la question de plus près, il devient indispensable d'établir des distinctions. Pauline Tarnowsky divise les prostituées en deux grandes catégories principales : celles chez qui il y a affaiblissement de l'intelligence, et celles chez qui il existe une anormité psychique liée à une constitution névropathique.

En effet, les débiles, les faibles d'esprit se rencontrent par centaines dans le monde de la prostitution, avec des degrés divers, bien entendu. Pauline Tarnowsky les divise en deux groupes : les obtuses et les insouciantes.

Les obtuses sont douées d'une insensibilité plus ou moins grande à la douleur, et d'une indifférence notoire pour tout ce qui les entoure. Elles sont lourdes, nonchalantes, et ne s'intéressent à rien. Ce qui les caractérise le plus souvent, c'est une grande taille, de gros membres mal charpentés, une peau pâle ou jaunâtre, un certain embonpoint, une démarche traînante, des mouvements lents, une propension marquée au sommeil.

« L'apathie, la nonchalance, la paresse, le désir d'éviter le changement de la position prise par le corps sont caractéristiques chez ces êtres incomplets. Elles ont horreur du travail et du moindre exercice, au point de négliger les éléments de la propreté et de la toilette. Sous ce rapport, elles sont d'une incurie étonnante : ne rien faire, ne pas penser, et se vautrer dans l'immobilité, est l'état normal de cette catégorie de prostituées ; boire, manger et dormir est leur unique plaisir.

©BIUM

« Elles parlent avec nonchalance, comme à regret. La filiation des idées est lente chez elles ; on serait tenté de croire que la paresse les retient de penser et les empêche d'articuler les mots pour parler.

« Le cercle de leurs idées est extrêmement restreint. Leurs notions du bien et du mal ne sont pas très précises. Leur entendement obtus et leur peu de sensibilité physique et morale sont cause qu'elles préfèrent leur état de prostituées à tout autre, le trouvant plus facile, plus tranquille et plus satisfaisant à leur goût que n'importe quel autre.

« Dans leur première jeunesse, elles ne succombent que par entraînement, comme d'autres ; la plupart du temps elles se laissent prendre plutôt par surprise, deviennent prostituées parce que l'occasion s'en présente, et y restent par inertie.

« Pour ce qui est de l'exercice de leurs fonctions, elles se distinguent par une complète indifférence et de la froideur dans les rapports sexuels. Elles ne cherchent ni ne désirent aucun changement, aucune amélioration de leur sort. Tout leur est plus ou moins égal.

« Cette indifférence et cette impassibilité qui les caractérisent, augmentent encore à un notable degré grâce aux libations copieuses et journalières qu'elles font, ce qui les maintient dans un état d'ébriété chronique. »

De ce portrait de la prostituée inintelligente et obtuse, tracé par Pauline Tarnowsky, on pourrait avec assez de raison rapprocher la prostituée arabe, qui présente une physionomie bien particulière.

Ce qui caractérise tout d'abord la prostituée arabe, c'est sa passivité complète, qui tient sans doute au fatalisme de la race. Elle fait son métier de marchande d'amour, sans honte, sans regrets comme sans espérance, ne croyant pas sans doute qu'elle puisse jamais

©BIUM

faire autre chose. Elle est prostituée parce qu'elle devait être prostituée. Dieu l'a voulu! De l'amour, elle ignore toutes les joies, psychiques et charnelles. Elle en vend sans même en soupçonner la nature, étonnée peut-être qu'une femme puisse aimer un homme. Elle est à tous et à personne, indifférente et froide toujours.

La prostituée européenne garde toujours au fond du cœur une étincelle de la flamme divine, et le premier « marlou » qui sait s'y prendre avec adresse la fait jaillir sans peine. La prostituée alors redevient une femme comme les autres, aimant comme elles, souffrant comme elles, jouissant comme elles, malgré son ignominie. Vingt fois par jour elle livre son corps aux caresses mercenaires, mais l'amour veille en son cœur et reste fidèle au bien-aimé. Et cet amour qui les réhabilite à leurs yeux, qui les fait jouir et souffrir, qui les fait vivre en un mot, est presque un besoin pour les prostituées européennes. Un magistrat de Constantine me disait que presque toutes les prostituées françaises, espagnoles ou italiennes de la ville avaient un amant de cœur, généralement un sous-officier, et quelquefois un soldat de la garnison. J'ai pu constater avec lui le fait *de visu*. Or, parmi les prostituées arabes, qui sont très nombreuses à Constantine, l'agent des mœurs qui nous guidait n'a pu nous en désigner aucune comme ayant un amant de cœur, un Arabe ou un Européen. Elles sont bien plus réellement mortes à l'amour que les vierges mornes qui s'enferment dans nos couvents.

La prostituée arabe ne fait pas la noce. Elle ne boit pas. Elle ne rit jamais et elle a horreur du tapage. On dirait une prêtresse qui exerce un sacerdoce, tant elle est grave et sérieuse. Elle semble se rappeler qu'autrefois les hétaïres étaient attachées aux temples et avaient des places d'honneur dans les cérémonies du culte.

©BIUM

A Alger, les prostituées arabes et européennes logent dans de petites rues situées sur les hauteurs de la Kasbah. Celles-ci rient, chantent, interpellent les passants et remplissent tout le quartier de leur tapage. Les prostituées arabes, au contraire, sont assises par deux ou trois devant leurs portes, nonchalamment accroupies, fumant une cigarette ou humant lentement une tasse de café. Elles ne causent même pas entre elles et semblent rêver gravement de paradis entrevus où elles rempliraient auprès des élus le même rôle qu'ici-bas auprès des roumis. Il est rare qu'elles adressent la parole aux passants. Pourtant, quelquefois l'une d'elles se hasarde et demande au flâneur qui les regarde avec un peu d'insistance :

— Sidi, veux-tu boire café?

C'est tout. Pas de prières, pas de gestes lascifs, pas de promesses inviteuses, pas d'engueulades.

Un soir, j'entendis un individu reprocher à l'une d'elles sa laideur et la laideur de son costume. A Paris, il eût été agoni de sottises. Un flot d'ordures eût coulé pendant plus d'une demi-heure de la bouche de la prostituée. L'Arabe se contenta de répondre, presque sans lever les yeux sur le roumi :

— Si toi tu me veux, tu me prends ; si toi tu ne me veux pas, tu me laisses.

A Constantine, les prostituées logent dans la rue de l'Echelle, une petite rue grimpante du quartier arabe. Même contraste entre le cynisme bruyant des prostituées européennes et la tranquillité — j'allais dire noble — des prostituées arabes.

A côté de cette apathique, de cette indifférente, se place, comme je l'ai dit plus haut, une autre débile : l'insouciante.

Les insouciantes joignent à la débilité de l'intelligence une certaine propension à la gaîté, au rire, témoi-

©BIUM

gnent d'une imprévoyance étonnante pour les choses de la vie et se distinguent surtout par la mobilité et l'inconstance de leur humeur. Ce sont elles que, dans le langage banal, on appelle des têtes de linottes. Ce qui les caractérise surtout, c'est l'impossibilité de fixer leur attention et l'affaiblissement des facultés volontaires et des centres modérateurs des réflexes.

Pauline Tarnowsky en rapporte un exemple bien curieux que voici.

Anna est fille d'ivrogne. A l'âge de neuf ans, elle fut placée par son père chez un blanchisseur. A douze ans, encore impubère, elle fut séduite par le patron, puis surprise et chassée par la patronne. Elle entra alors comme servante chez une sage-femme, d'où elle fut emmenée par l'amant d'une cliente en couches. Infectée d'une métrite, elle fut placée à l'hôpital par son amant, qui profita de cette circonstance pour l'abandonner. Une camarade de salle lui raconta que la vie des maisons de tolérance était facile et amusante ; elle s'y rendit dès qu'elle fut guérie et demanda à être enregistrée. Mais elle était beaucoup trop jeune ; à la suite d'une rixe, la police intervint et la fit restituer au père. Elle ne tarda pas à abondonner la maison paternelle, où il fallait travailler, pour se réfugier dans une maison clandestine, qu'elle abandonna bientôt pour suivre un coiffeur ; à celui-ci succéda un marin, et ainsi de suite.

Petite de taille, elle a une figure d'oiseau, de beaux cheveux châtains, des yeux noirs pétillants de vivacité. Les oreilles sont mal ourlées et à lobules sessiles. Une dent surnuméraire. Menton pointu avec une fossette. Jolie, gaie, vive, alerte, rieuse, elle n'a aucune suite dans les idées, chante toute la journée, ne doute de rien, a le diable au corps, trouve des amants autant qu'elle en veut. Elle s'est fixée dans une maison de tolérance.

©BIUM

Réglée à dix-huit ans, elle n'a jamais eu d'enfants et s'adonne volontiers à la boisson.

Passons à la catégorie des prostituées à constitution névropathique, qu'on peut diviser en deux groupes principaux : les hystériques et les impudiques.

Les hystériques se font assez souvent prostituées par pur dilettantisme. D'une précocité sexuelle remarquable, elles ont des amants presque dès l'enfance. Puis, entraînées par le besoin de plaire, d'être aimées, elles se laissent aller à la prostitution. Tantôt tendres et sentimentales, tantôt tapageuses et bruyantes, tantôt cupides et menteuses, elles sont presque toutes dépourvues de sens moral.

L'impudique est une folle, et une folie morale. Lombroso et Ferrero font remarquer que comme tout l'effort de l'évolution morale s'est concentré, chez la femme, pour créer et renforcer le sentiment de la pudeur, sa plus grande dégénérescence morale, sa « moral insanity » doit avoir pour effet la perte de ce sentiment, de même que chez l'homme elle provoque la perte des sentiments que la civilisation inculque le plus fortement, comme, par exemple, le respect de la vie humaine. En effet, la facilité de ces femmes à accepter avec indifférence et parfois avec une préférence marquée une profession qui ne leur attire que le mépris de la société, se relie à l'absence de pudeur et à la folie morale, dont elle est presque le couronnement. C'est là aussi ce qui explique la contradiction apparente entre la profession de prostituée et la frigidité sexuelle. « La froideur sexuelle, disent Lombroso et Ferrero, est même pour elles un avantage, une adaptation darwinienne ; car, pour une femme trop facilement excitable, la vie de prostituée serait trop épuisante ; pour elles, au contraire, l'acte génésique étant un acte insignifiant, tant moralement que physiquement, elles l'accomplissent facile-

©BIUM

ment parce qu'il est lucratif. Et le fait même que l'origine de la prostitution se trouve dans la folie morale et non dans la luxure, nous explique aussi sa précocité et nous prouve qu'elle est seulement un aspect de cette précocité générale pour le mal des fous moraux, qui montrent dès l'enfance une tendance morbide à faire tout ce qui est défendu. »

Il s'agit donc d'un égarement bien plus moral que sexuel. On en trouve encore la preuve dans ce fait que l'on rencontre parfois une précoce prostitution morale accompagnée de la plus scrupuleuse virginité. En effet, Pauline Tarnowsky a noté que ce n'est pas toujours dans les rapports sexuels ni dans le langage que se traduit leur cynisme. Beaucoup d'entre elles subissent une véritable souffrance, rougissent et se couvrent des mains la figure à la visite médicale. La plupart sont polies et affectent même une certaine retenue dans les rapports journaliers de l'hôpital.

Leur cynisme consiste exclusivement dans l'absence de toute notion morale. Egoïstes, gourmandes, voleuses, menteuses, elles n'ont même pas ce sentiment inhérent à toute femme et que l'on retrouve chez les autres prostituées : l'amour maternel.

Voici un fait emprunté à Lombroso et Ferrero et qu'on pourrait rapprocher d'un de ceux que j'ai cités plus haut, à propos de l'hérédité des prostituées (fait emprunté à Krafft-Ebing).

R..., issue de famille noble et riche, mais très dégénérée (mère folle, père excentrique), montra une précoce tendance pour le vice ; elle essaya de fuir, à quatorze ans, avec un amant ; un peu après, elle s'échappa réellement de sa maison avec un autre amant, qui devint ensuite son mari. Peu de mois après son mariage, elle prit d'autres amants, les changeant avec une extrême facilité et quelquefois en ayant deux à la fois. Cepen-

©BIUM

dant sa sensibilité sexuelle est très obtuse et ses amants n'arrivent à lui procurer du plaisir qu'au prix d'extrêmes fatigues ; il semble, au contraire, qu'elle éprouve du plaisir à les masturber avec la main ou avec la bouche, car alors, comme elle le dit elle-même, elle sent mieux l'homme ; ce plaisir semble même s'aiguiser quand elle fait cela dans un lieu où elle peut facilement être surprise, dans une loge de théâtre, en voiture, à la promenade, derrière une tenture.

Le sentiment maternel est chez elle très faible et intermittent : un jour elle est pleine de tendresse et d'empressement pour ses enfants, un autre jour elle commet des actes obscènes sous leurs yeux. Etrangement contradictoire, elle a de sincères expressions de repentir, qui succèdent à de cyniques rechutes dans le mal, et cela à la distance de quelques heures et même parfois de quelques minutes. Ainsi, un jour qu'elle était au lit, à la suite d'un avortement, un de ses amants étant allé la voir, elle commença par lui avouer que la crise qu'elle avait passée l'avait attendrie et apaisée, qu'elle voulait changer de vie ; en attendant elle cherchait à le masturber ; peu d'instants après, un autre amant étant venu, elle le masturba aussi.

Méchante au fond, elle cherchait à exciter ses amants les uns contre les autres quand ils se rencontraient dans sa maison ; grande lectrice de romans, elle prenait souvent des poses sentimentales et romantiques qu'elle interrompait par un éclat de cynisme brutal, comme lorsqu'elle coupa court à une scène de rupture avec un de ses amants en lui disant : « Viens quand tu voudras, comme tu irais chez une prostituée. » Imprudente et impulsive, elle faisait des scènes à ses amants publiquement, dans la rue, sans se préoccuper du scandale. Menteuse dans toutes les occasions, sans s'en apercevoir, sans motif, au point de ne savoir conter la même

©BIUM

chose deux fois de la même manière, modifiant continuellement les faits sans aucun intérêt personnel ni indirect, elle disait que si son mari l'avait surprise en flagrant délit d'adultère elle aurait nié.

IV

Tels sont les faits. Bien qu'insuffisants encore, ils donnent déjà à réfléchir. Certes les causes de la prostitution sont multiples : la mauvaise éducation, la contagion de l'exemple, l'entraînement, le manque de travail, la paresse, le besoin de luxe, etc. Pourtant il existe des femmes, — et cela est à peu près démontré, — qui vont à la prostitution instinctivement, fatalement, comme les fous moraux vont au mal et au vice. Aussi bien la prostitution n'est peut-être qu'un dérivatif de la criminalité, et certaines prostituées ne sont sans doute que des malheureuses atteintes de *moral insanity*, des folles et des dégénérées.

©BIUM

Médecine légale

—

LA

RESPONSABILITÉ CIVILE

DES ALIÉNÉS

Par le Dr A. GIRAUD
Directeur-médecin de l'asile Saint-Yon

J'ai rapporté, dans une précédente revue, le cas d'une hystérique qui, sous l'influence d'une impulsion automatique et inconsciente, s'était livrée à des actes de violence sur une enfant. J'ai mentionné que les parents de l'enfant avaient intenté une action civile, et comme ce côté de la responsabilité des aliénés me paraissait mériter une étude spéciale, j'ai indiqué que je reviendrais plus tard sur cette question (1).

Nous avons très peu d'occasions de suivre les affaires civiles prenant naissance après l'acte délictueux commis par un aliéné, à moins d'être nous-même personnellement mis en cause. Dans le procès qui est le point de départ de cette étude, je n'ai connu l'affaire que d'une manière toute indirecte. J'avais été expert pour établir la responsabilité au point de vue pénal, et la chambre civile du tribunal tira des éléments d'appréciation de mon rapport, sans juger nécessaire d'ordonner un com-

(1) *Ann. méd. psychol.*, mars-avril 1899, p. 262.

©BIUM

plément d'expertise. Il en fut de même devant la cour, quand l'affaire fut portée en appel, de sorte que n'ayant nullement à intervenir, je ne reçus aucune communication. Rien ne fut adressé à l'aliénée à qui le tribunal avait nommé, pour la circonstance, un mandataire spécial. Le fait me fut signalé par l'administrateur provisoire des biens des aliénées non interdites qui avait été mis en cause, à tort selon lui, et qui fit défaut.

Dans un acticle publié en juillet 1890 (*Ann. méd. psychol.*, page 85) sur la responsabilité légale des aliénés, M. Louis Proal, conseiller à la Cour d'Aix, après avoir rappelé l'article 64 du code pénal, dit : « Le « fait matériel dommageable ne suffit pas pour entraîner « l'application d'une peine : il faut encore que l'acte « ait été commis par une personne moralement res- « ponsable, à tel point qu'il n'y a même aucune contra- « vention punissable si le prévenu n'a pas son libre « arbitre (V. Blanche, *Études pratiques sur le code « pénal*, t. II, p. 201). Bien plus, même en matière « civile, celui-là seul, à qui *une faute* est imputable, « peut être tenu de réparer le dommage qu'il a causé ; « et comme on ne peut reprocher aucune faute à « l'aliéné, la loi française, comme la loi romaine, « l'exonère de toute responsabilité, même civile. »

C'est là le principe que nous allons voir énoncer par la Cour de Rouen, en son arrêt, dans l'affaire qui nous intéresse. (Arrêt du 19 décembre 1896. 2e ch.) (1).

« Attendu que la responsabilité civile ne peut « découler que d'une faute de celui qui, par son fait, a « causé un dommage à autrui ;

« Qu'il suit de là que l'acte dommageable, commis

(1) Jurisprudence normande. *Recueil des arrêts des Cours d'appel de Rouen et de Caen*, avril 1898, p. 67.

©BIUM

« par une personne sous l'empire d'un état de démence « lui enlevant tout discernement au moment où cet « acte s'est accompli, ne saurait engager sa respon- « sabilité ;

« Attendu en fait, qu'il est établi par les rapports « des médecins chargés d'examiner la dame D... au « point de vue de son état mental, que cette femme, « atteinte d'hystérie avec accès de somnambulisme et « actes inconscients, a frappé la jeune Suzanne S... « sous l'influence d'une impulsion automatique et « inconsciente, et doit être considérée comme irrespon- « sable de cet acte ;

« Que rien ne permet d'attribuer à des excès alcoo- « liques cet accès de démence sous l'empire duquel elle « a agi ;

« Qu'il résulte, en effet, des renseignements recueillis, « que le jour où les faits ont eu lieu, elle n'avait pas « bu suffisamment pour qu'on pût admettre qu'elle fût « en état d'ébriété ;

« Qu'au contraire, cette crise, dont elle a été subite- « ment atteinte ce-jour là, s'explique facilement par « des antécédents de famille, par une fièvre typhoïde « qu'elle avait eue dans son enfance et par les troubles « nerveux plusieurs fois observés chez elle antérieu- « rement ;

« Que les témoins qui l'ont vue à ce moment ont pu « de bonne foi attribuer, par erreur, à l'effet de la « boisson son attitude résultant uniquement de la « surexcitation nerveuse à laquelle elle était alors en « proie ;

« Que c'est donc à juste titre que les premiers juges, « dont la Cour s'approprie les motifs, ont reconnu que « la dame D... ne pouvait encourir aucune responsa- « bilité en raison des violences exercées par elle sur « Suzanne S... ;

©BIUM

« *En ce qui concerne D.. :*

« Attendu que le mari, ne rentrant dans aucun des « cas limitativement déterminés par l'article 1384 du « code civil, n'encourt aucune responsabilité spéciale « du fait de sa femme et ne peut, dès lors, être actionné « de ce chef qu'en raison d'une faute personnelle ;

« Attendu qu'aucune faute n'est relevée à la charge « de D..., et qu'il n'est rien articulé en preuve, à cet « égard, par l'appelant ;

« Que, s'il n'est pas méconnu qu'antérieurement et à « diverses reprises, la dame D... avait éprouvé des « troubles nerveux dont son mari ne conteste pas avoir « eu connaissance, il n'en reste pas moins constant que « ces troubles nerveux, auxquels elle était sujette, ne « présentaient aucun caractère de gravité, de nature à « justifier une surveillance spéciale à son égard ;

« Qu'il n'apparaît pas que rien, dans sa conduite et « son attitude, aient jusqu'alors permis de croire que « ces attaques nerveuses puissent, à un moment donné, « devenir dangereuses pour elle-même ou pour les tiers, « et nécessiter par suite des mesures de précaution spé- « ciales en prévision d'un danger que D... ne pouvait « pas raisonnablement soupçonner ;

« Par ces motifs et ceux des premiers juges, la « Cour, parties ouïes, M. l'avocat général entendu, « après avoir délibéré conformément à la loi, sans « s'arrêter ni avoir égard aux conclusions de l'appe- « lant, lesquelles sont rejetées comme mal fondées, pro- « nonce itératif défaut contre MM. Bourgery (1) et « Picard (2), ès qualifiés, faute par eux d'avoir cons- « titué avoué, quoique régulièrement réassignés en exé-

---

(1) Administrateur provisoire des biens des aliénées non interdites.

(2) Mandataire spécial nommé par le tribunal.

©BIUM

« cution de l'arrêt du 7 novembre 1896 ; *confirme* le juge-
« ment dont est appel ; condamne l'appelant à l'amende
« et aux dépens. »

La jurisprudence se prononce à peu près unanimement en France dans le sens que les personnes atteintes de démence ne sont pas responsables, même civilement, des dommages qu'elles ont causés. On signale, toutefois, un arrêt en sens contraire, de la Cour de Montpellier du 31 mai 1866.

Le tribunal de Narbonne avait, à la date du 27 juin 1865, rendu le jugement suivant (1). « Considérant « qu'il est prouvé aux débats, par les procès-verbaux du « commissaire de police du canton de Courson et de la « gendarmerie que, le 17 juillet 1864, Jean F..., « s'étant armé d'une bêche dite cabessière, en porta « plusieurs coups sur le corps de Marguerite T..., sa « femme, la renversa à terre, où elle resta évanouie et « baignée dans son sang ; qu'alors ledit F...., s'étant « imaginé qu'il l'avait tuée, se pendit de désespoir et « se donna ainsi la mort ; que ce fait est constant par « tous les documents de la cause ; qu'il n'est pas con-« testé par les défendeurs, et que, dès lors, il est inutile « de recourir à la preuve testimoniale ; — Considérant « qu'il est constant aussi que les blessures faites à Mar-« guerite T... lui ont occasionné une maladie grave et « longue, dont elle ressent encore les effets, et qui a « tellement affaibli ses forces physiques qu'elle ne « pourra de longtemps se livrer aux travaux de l'agri-« culture pour fournir à son entretien ; — Considérant « qu'il n'y a pas lieu de rechercher si Jean F... était en « état de démence lorsqu'il s'est livré à des actes de « violence contre sa femme, puisqu'il ne s'agit plus « d'apprécier la moralité de l'action, son auteur étant

(1) Dalloz, 1867, 2e partie, p. 3.

©BIUM

« mort, mais d'apprécier le dommage qu'il a causé et « d'en mesurer la réparation ; — Considérant que « Marguerite T... est de bonnes vie et mœurs..... Disant « droit à la demande de Marguerite T..., veuve de « Jean F..., condamne Marguerite B..., veuve de F... « père, et Joseph F..., en leur qualité d'héritiers de « Jean F..., à payer..... etc. »

Appel ayant été fait, la Cour de Montpellier a confirmé le jugement par un arrêt en ces termes :

« La Cour : — Attendu que, dans l'application des « principes de la responsabilité civile, la loi ne tient « compte ni de la volonté ni de l'intention ; — Que si « l'inexpérience d'un insensé est excusable au point de « vue de la répression pénale, quand elle amène un fait « dommageable à autrui, elle n'oblige pas moins son « auteur à le réparer, ou par lui-même ou par ceux qui « doivent veiller sur lui ; — Attendu, d'ailleurs, qu'il est « suffisamment établi que Jean F... jouissait, au mo- « ment du fait dont s'agit, d'une raison suffisante pour « répondre de ses actions, dont il pouvait apprécier les « conséquences et la moralité ; — Que la preuve de la « démence alléguée est donc inutile et frustratoire ; — « Et adoptant au surplus les motifs des premiers « juges ; — Par ces motifs, etc... »

Dans cet arrêt, la Cour de Montpellier a posé en théorie que, dans l'application des principes de la responsabilité civile, la loi ne tient compte ni de la volonté ni de l'intention, et que par conséquent les personnes atteintes de démence sont civilement responsables du dommage qu'elles ont causé par leur fait. En d'autres termes, la Cour de Montpellier (l'arrêt a été rendu par la première chambre, sous la présidence du premier Président) a interprété l'article 1382 du Code civil. « *Tout « fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dom- « mage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé, à*

©BIUM

« *le réparer* », comme si l'expression *celui par la faute duquel il est arrivé* était synonyme de : celui qui en est l'auteur. La grande majorité des jurisconsultes, au contraire, donnant une autre signification au mot faute, pense que l'article 1382 n'est pas applicable aux aliénés, puisque les aliénés sont jugés irresponsables et qu'on ne peut pas leur imputer de faute. Il n'en faut pas moins constater cette variation possible dans l'interprétation d'un texte de loi.

Le tribunal du Havre, dans un jugement, longuement motivé, en date du 13 février 1873, a été d'avis que le principe de la responsabilité restait applicable quand la partie lésée établissait que l'état de folie sous l'empire duquel a été commis l'acte qui lui est préjudiciable était le résultat non du pur hasard ou d'une force irrésistible, mais d'habitudes volontaires de débauche et d'excès alcooliques. Ce jugement a été confirmé par la Cour de Rouen. Il s'agit d'un capitaine de navire de commerce qui avait blessé d'un coup de feu un des hommes de son équipage. L'armateur fut mis en cause et jugé civilement responsable des actes de son capitaine.

« Attendu, dit le tribunal (1)..... que, tant dans les « explications qui ont été respectivement présentées à « l'audience, que dans les énonciations des procès-ver- « baux et des témoignages déjà reçus, le tribunal trouve « des indications suffisantes pour déterminer sa convic- « tion ; qu'il en résulte que dans le courant du mois « d'octobre 1871, C... partit du Havre comme capitaine « du navire *la Mathilde*, appartenant au défendeur « M... ; qu'il s'arrêta d'abord à la Martinique, puis « à Saint-Thomas ; que pendant cette première partie

(1) *Jurisprudence normande. Recueil des arrêts des Cours d'appel de Rouen et de Caen*, 1874, p. 85.

©BIUM

« du voyage, aucun incident ne se produisit; que les « relations du capitaine avec son équipage ne cessèrent « d'être bonnes, bienveillantes d'un côté, pleines de « déférence et d'obéissance de l'autre ; que ce n'est qu'à « Saint-Thomas que la conduite de C... commença à se « modifier et qu'il manisfesta une certaine irritation « nerveuse que ses hommes n'hésitèrent pas à attribuer « aux excès de boisson, que pour la première fois il se « permettait ; qu'après différentes relâches et des sta- « tions intermédiaires, le navire arriva enfin à Mira- « goane, dans le courant du mois de mars 1872 ; que là « C... continua à se livrer à la boisson et à manifester « une excitation et une irritabilité inquiétantes; qu'étant « descendu à terre pour aller demeurer pendant quel- « ques jours dans une maison particulière, et y ayant été « attaqué par cinq individus qui paraissaient en vouloir « à sa vie, il revint précipitamment à son bord dans « un état qui ressemblait à la folie ; qu'il déraisonnait « complètement, prétendait qu'on avait voulu l'empoi- « sonner et désignait son second comme un des auteurs « de l'attentat ; qu'ayant été engagé par ses hommes, « qui ne doutaient point de son état de démence, à se « rendre à Port-au-Prince où il trouverait des méde- « cins, il partit et alla passer trois semaines chez un « de ses amis, capitaine du navire *le Léonce-Lacoste;* « que pendant son séjour sur ce bâtiment, sa santé « revint ; qu'il ne donna aucun signe d'aberration et que « le capitaine de ce navire n'eut qu'à se louer de son « caractère, de sa présence d'esprit et de ses bons sen- « timents ;

« Attendu que retourné à son bord, son équipage le « crut pleinement guéri ; mais que bientôt ayant repris « ses excès, il retomba dans les mêmes désordres, « attribuant le malaise qu'il ressentait à des substances « vénéneuses qu'on aurait mêlées à ses boissons ; que

©BIUM

« le 14 mai, le bâtiment quitta Miragoane pour revenir « en France ; que malgré ce départ, C... ne cessa de se « montrer préoccupé ; qu'il était agité, inquiet et sem- « blait atteint de folie ; que personne cependant n'osa « prendre, vis-à-vis de lui, les précautions répondant « aux craintes que chacun éprouvait ; que le 16 mai, « vers cinq heures du soir, C..., de plus en plus obsédé « par ses idées et croyant que son équipage lui en « voulait, le menaça de se servir de ses armes contre « lui ; qu'ayant interpellé le demandeur B..., il lui « reprocha de l'avoir empoisonné, de complicité avec le « mousse, en lui versant du thé ; que l'on essaya en « vain de le calmer ; que tout à coup il saisit son fusil, « se dirigea vers B..., qui balayait sur l'avant du « navire et tira sur lui, presque à bout portant, en « s'écriant : « En voilà toujours un de moins » ; que « B... étant tombé, il défendit qu'on le relevât, et le « laissa couché sur le pont pendant plus d'une heure ; « que, malgré les efforts que l'on fit pour l'apaiser, sa « surexcitation continua encore le lendemain, au point « qu'il tira encore deux autres coups de feu sur son « équipage, mais sans blesser personne ; que l'on par- « vint enfin, le 17 au soir, à lui enlever ses armes ; que « le 18, on arriva en vue des Gonaïves, et que seule- « ment alors il rentra en lui-même, fit donner des soins « à B..., et parut regretter ce qu'il avait fait ;

« Attendu que l'équipage est unanime pour attribuer « à des accès d'aliénation mentale le crime commis par « C... ;

« Attendu que, si cette appréciation a pu soustraire « ce dernier à toute responsabilité pénale, la justice « civile n'en a pas moins à rechercher si elle peut le « dégager également du devoir de réparer le préjudice « qu'il a causé ;

« Attendu que les dispositions des articles 1382 et

©BIUM

« 1383 du Code civil ne proclament la responsabilité « du fait de l'homme qu'autant que ce fait a eu lieu « par sa faute et présupposent, par conséquent, son libre « arbitre;

« Attendu que, si la doctrine et la jurisprudence ont « pu, à de rares exceptions près, tirer de ces textes la « conséquence que l'aliénation de l'agent effaçait sa « responsabilité, même quant à ses biens, théorie au « sujet de laquelle le tribunal fait toutes ses réserves, « et qu'il n'a point à examiner ici, il est certain toute- « fois que la loi n'a pu vouloir proclamer l'irresponsa- « bilité, d'une manière absolue, de tous ceux qui « auraient causé un dommage dans un moment de « surexcitation qui les aurait privés de la saine appré- « ciation de leurs actes, qu'autrement la responsabilité « ne deviendrait qu'un vain mot pour tous les actes « commis sous l'empire d'une violente passion, de la « colère, ou de l'ivresse qui, aussi bien que la folie, « oblitèrent l'intelligence ;

« Que, si chacun doit répondre de sa faute, il doit « répondre aussi des conséquences de l'état de déraison « dans lequel il s'est placé par sa faute ; que, quelque « obscurcie qu'ait pu être momentanément l'intelli- « gence d'un agent, il n'échappe à la responsabilité « qu'autant que l'atteinte qu'a subie sa raison est pure- « ment accidentelle et découle de causes sur lesquelles « sa volonté n'a aucune prise ; mais que, du moment « où il s'est volontairement exposé à la perte de sa « raison, il ne saurait s'abriter derrière son insanité « d'esprit pour se soustraire aux conséquences d'un « acte mauvais, qu'il aurait commis sous l'influence de « cette aberration ; que ce principe, à l'admission duquel « le texte de la loi n'est aucunement contraire, et qui « s'inspire non seulement des sentiments les plus élevés « de la morale publique, mais encore de ce précepte de

©BIUM

« justice et d'équité qui fait préférer la victime du fait « d'autrui à l'auteur de ce fait, quelle qu'ait pu être « l'impression sous laquelle il a agi, autorise le tribunal « à rechercher dans quelles conditions s'est produit le « trouble mental auquel C... et son équipage attribuent « le coup de feu qui a blessé B... ;

« Attendu qu'il est constant pour le tribunal, et qu'il « ressort de tous les témoignages recueillis, que C..., « qui était signalé comme un excellent capitaine de « navire, et dont la conduite a toujours été irréprocha- « ble, a subi les premières atteintes à sa raison après « s'être adonné à des excès de boisson ; que c'est donc « dans son intempérance qu'il faut chercher la cause « dominante de l'état de surexcitation qui s'est mani- « festé chez lui pendant son séjour aux Antilles ; que si « l'attaque dont il a été l'objet à Miragoane a donné à « cet état un caractère plus aigu, son influence a com- « plètement disparu pendant l'absence qu'il a faite de « son bord ; qu'il est revenu complètement guéri à la « suite de son séjour sur le *Léonce-Lacoste*, séjour « durant lequel ses habitudes de tempérance avaient « repris le dessus ; mais que sa maladie était réapparue « du moment où, de retour à son bord, il avait pu de « nouveau se livrer à la boisson ; que les hallucinations « dont il a été obsédé et qui l'ont conduit au crime du « 16 mai, ne sont donc que le résultat de l'ivresse ; qu'il « n'y a point là un état accidentel, survenu subitement « sans cause appréciable, et qu'il serait injuste de lui « reprocher, mais une situation d'esprit provoquée, « amenée par lui, et qui ne serait point née s'il avait eu « suffisamment d'empire sur lui; que le fait qu'il a « commis est donc imputable, sinon à sa volonté directe, « du moins à sa faute, et qu'il en doit subir toutes les « conséquences.

« Quant à l'étendue de sa responsabilité :

©BIUM

« Attendu que B..., après avoir été blessé.....,

« En ce qui concerne la responsabilité de M... (1) :

« Attendu que c'est lui qui a proposé C... à la con-
« duite et à la direction du navire *Mathilde;* que ce der-
« nier se trouvait à bord comme son agent et son man-
« dataire ; que c'est à ce titre qu'il a joui de toute auto-
« rité sur les hommes de son équipage et qu'il a eu le
« pouvoir de commettre l'acte de violence qui lui est
« reproché ;

« Que c'est donc dans l'exercice de son mandat, et
« dans une situation qui ne pouvait naître qu'à la suite
« de ce mandat que C... a agi, ce qui entraîne la res-
« ponsabilité de l'armateur son patron ;

« Le tribunal, sans s'arrêter aux faits posés de part
« et d'autre, et dont il n'y a point lieu d'ordonner la
« preuve, le tribunal étant suffisamment éclairé par les
« débats ; sans s'arrêter davantage à la fin de non rece-
« voir tirée de l'insanité d'esprit de C..., laquelle est
« rejetée ;

« Dit ce dernier moralement et légalement respon-
« sable des suites du coup de feu qu'il a tiré sur le
« demandeur à bord du navire *la Mathilde* le 16 mai
« 1872 ; et pour réparation du préjudice qui en est ré-
« sulté pour B..., le condamne à payer à ce dernier une
« pension annuelle et viagère de 730 francs, payable
« par trimestre et par avance à partir du jour du juge-
« ment ;

« Le condamne, en outre, pour le préjudice antérieur,
« à lui payer une somme de 1.000 fr., avec intérêts du
« jour de la demande ;

« Se réserve, toutefois, de statuer éventuellement à
« nouveau sur le chiffre de la pension, dans le cas où
« la position de B... viendrait à s'améliorer ;

---

(1) L'armateur du navire.

©BIUM

« Condamne C... aux dépens;

« Déclare M... civilement responsable des condamnations ci-dessus édictées. »

L'armateur a interjeté appel, et la Cour de Rouen, dans un arrêt du 17 mars 1874, a confirmé le jugement du tribunal du Havre par les motifs suivants (1), et sur les conclusions conformes de l'avocat général :

« Attendu qu'il résulte de tous les documents du procès que l'état momentané de surexcitation mentale qui s'est manifesté chez C... a eu pour cause l'abus des boissons alcooliques;

« Que, conséquemment, l'acte de violence, commis par lui dans cet état sur le matelot B..., n'est point un cas fortuit ou un fait de force majeure, c'est-à-dire un événement amené soudainement par le hasard pur ou par une force irrésistible;

« Que cet acte, au contraire, a pour cause originelle une faute de la part du capitaine C...;

« Que cette faute est manifeste, puisqu'il est prouvé que, malgré les occasions qu'il avait eues de constater par lui-même combien les boissons alcooliques avaient d'influence sur sa santé et sa raison, il n'en a pas moins persisté à s'y livrer avec excès;

« Attendu que ces faits étant constants, le jugement de première instance a justement déclaré qu'il en devait subir toutes les conséquences au point de vue des réparations civiles;

« Attendu que l'acte de violence dont B... a été victime ayant été commis par C... alors qu'il était à son bord, et qu'il y était avec son caractère de capitaine, et dans l'exercice de ses fonctions, puisque, quelques instants auparavant, il venait d'ordonner une ma-

(1) *Jurisprudence normande*, 1874, p. 89.

©BIUM

« nœuvre, les premiers juges ont, à bon droit aussi,
« déclaré la responsabilité de l'armateur du navire;

« Attendu, en effet, qu'il résulte des dispositions de
« l'article 1384 du Code civil....

« Par ces motifs, et adoptant d'ailleurs les motifs des
« premiers juges, sans qu'il soit besoin d'ordonner la
« preuve subsidiairement conclue par l'intimé, et qui
« est inutile en présence des faits et circonstances
« établies au procès;

« La Cour met l'appellation au néant, confirme le
« jugement dont est appel;

« Condamne l'appelant à l'amende et aux dépens. »

Il est intéressant de rapprocher les deux arrêts de la Cour de Rouen. D'après une note des auteurs du *Recueil de la jurisprudence normande*, la solution admise en 1874 est sans précédent. On sait que l'ivresse n'est pas admise comme excuse par les tribunaux parce qu'elle est en elle-même un délit; mais la folie, même d'origine alcoolique, entraîne l'irresponsabilité au point de vue pénal.

Le tribunal du Havre et la Cour de Rouen ont considéré qu'au point de vue de la responsabilité civile, l'article 1382 restait applicable dans le cas de folie consécutive aux excès alcooliques parce qu'il y avait eu une faute commise antérieurement. Dans l'arrêt de 1896, la Cour de Rouen, restant conséquente avec sa doctrine de 1874, pour exonérer l'aliénée de toute responsabilité, s'est appuyée sur ce fait que la cause de la folie était purement accidentelle, et qu'aucune faute n'avait été commise. Les deux arrêts, par conséquent, sont utiles pour bien expliquer la jurisprudence de la Cour.

Dans l'arrêt de 1874, la Cour de Rouen a jugé qu'une tierce personne avait été mise en cause à bon droit par application de l'article 1384, du Code civil. C'est en vertu de cet article 1384 : « *On est responsable non seu-*

©BIUM

lement du dommage que l'on cause par son propre fait, mais encore de celui qui est causé par le fait des personnes dont on doit répondre, ou des choses que l'on a sous sa garde », que l'on nous rend parfois responsables, dans les asiles, d'actes commis par des aliénés. Le fait s'est produit dans ces dernières années pour le Dr Desmaisons. Le Dr S. Garnier a été poursuivi pour homicide par imprudence, ce qui est différent (1). Dans un cas de viol d'une aliénée par un aliéné, viol suivi de grossesse, à l'asile de Bron, le tribunal de Lyon a mis hors de cause le directeur et a condamné le département du Rhône à 4.000 francs de dommages-intérêts envers le mari de l'aliénée (2). Je n'ai pas sous les yeux le texte du jugement pour voir sur quels considérants le tribunal s'est appuyé pour condamner un département sans déclarer responsable aucun de ses agents.

Je terminerai cette revue en appelant l'attention sur un des considérants de l'arrêt de la Cour de Rouen du 16 décembre 1896 : « *Attendu que le mari ne rentrant dans aucun des cas limitativement déterminés par l'article* 1384 *du Code civil, n'encourt aucune responsabilité spéciale du fait de sa femme, et ne peut dès lors être actionné de ce chef qu'en raison d'une faute personnelle.* »

Les personnes désignées par l'article en question sont : le père et la mère pour leurs enfants mineurs demeurant avec eux; les maîtres et commettants pour leurs domestiques et préposés; les instituteurs et artisans pour leurs élèves et apprentis. D'après la doctrine de la Cour de Rouen, nous ne pourrions donc être, dans les asiles, responsables civilement des actes d'un aliéné qu'au cas où une faute personnelle serait relevée

(1) V. *Ann. méd.-psych.*, mars 1893, p. 333, juillet 1897, p. 166, et janvier 1899, p. 82.
(2) V. *Ann. méd.-psych.*, septembre 1892, p. 340, et septembre 1893, p. 351.

©BIUM

contre nous. Il est vrai qu'il y a là une très grande latitude d'appréciation et qu'on a vu des tribunaux juger, quand un accident était survenu, qu'il y avait faute personnelle, soit du directeur soit d'un gardien, dans le fait d'avoir laissé, entre les mains d'un aliéné, un instrument de travail.

©BIUM

Législation

L'ARTICLE 1384 DU CODE CIVIL

ET LA RESPONSABILITÉ DES DIRECTEURS MÉDECINS D'ASILES D'ALIÉNÉS

Par le Dr SAMÜEL GARNIER
Directeur médecin de l'asile d'aliénés de Dijon.

Je fus commis, dans les premiers jours du mois de mai 1897, par la Cour d'appel de Besançon, pour examiner l'état mental d'un certain F... Ch..., inculpé d'escroqueries et de filouteries d'aliments et me prononcer sur sa responsabilité. Le prévenu, qui avait été conduit à l'asile que je dirigeais alors, fut placé par moi au quartier des agités, sous la surveillance des gardiens qui ne devaient pas le perdre de vue, l'observer et empêcher son évasion. Dès que je fus fixé sur sa véritable mentalité, je l'autorisai à exercer dans l'intérieur du quartier son métier de plâtrier-peintre, toutes les fournitures nécessaires devant être mises à sa disposition sur place. Les choses étaient ainsi réglées et j'étais en train de rédiger mon rapport médico-légal, qui conclut à la responsabilité entière du prévenu à la date ultérieure du 23 juin, lorsque, le 16 juin, arriva l'aventure suivante. Un des gardiens préposés à sa surveillance, pensant sans doute me jouer un bon tour (il n'y réussit, d'ailleurs, que trop bien), en se vengeant ainsi d'une punition encourue pour ivresse dans le service, fit, au

©BIUM

mépris de tous ses devoirs et à l'aide d'un subterfuge sortir mon délinquant de son quartier et ensuite de l'établissement, pour aller boire avec lui dans les cabarets du voisinage. Vers le milieu de l'après-midi, nos deux hommes étaient abominablement gris, comme il était facile de le prévoir, et ils eurent des difficultés dans une guinguette, lieu habituel de pèlerinage des citadins dôlois, avec des habitués de l'endroit. Une bousculade s'ensuivit, dans laquelle notre inculpé, qui s'était affublé du képi du gardien déserteur de son poste, porta et reçut quelques horions insignifiants. L'affaire, négligeable en somme, se fût apaisée d'elle-même, si des personnes que je ne veux pas qualifier, ayant appris qu'il ne s'agissait pas, en réalité, d'un gardien de l'asile, mais d'un individu qui s'y trouvait colloqué, et mises en appétit par la suite donnée à l'affaire C..., n'eussent incité les pseudo-victimes de la bousculade à porter plainte.

Je passe sur les détails d'une enquête menée bon train et j'arrive de suite aux conséquences qui se produisirent.

Des poursuites furent immédiatement intentées contre le prévenu que j'avais déclaré entièrement responsable et qui, depuis, avait réintégré la prison. On laissa le gardien coupable de côté, et, à la requête du ministère public, je reçus, pour mon compte, une assignation à comparaître devant le tribunal, comme civilement responsable des faits et gestes de F... Ch..., en vertu de l'article 1384 du Code civil. Cet article est ainsi conçu :

« On est responsable non seulement du dommage que l'on cause par son propre fait, mais encore de celui qui est causé par le fait des personnes dont on doit répondre ou des choses que l'on a sous sa garde.

« Le père, et la mère, après le décès du mari, sont

©BIUM

responsables du dommage causé par leurs enfants mineurs habitant avec eux.

« Les maîtres et les commettants, du dommage causé par leurs domestiques et préposés dans les fonctions auxquelles ils les ont employés.

« Les instituteurs et les artisans, du dommage causé par leurs élèves et apprentis pendant le temps qu'ils sont sous leur surveillance.

« La responsabilité ci-dessus a lieu, à moins que les père et mère, instituteurs et artisans, ne prouvent qu'ils n'ont pu empêcher le fait qui donne lieu à cette responsabilité. »

La manière insolite dont l'affaire me parut engagée vis-à-vis de moi, me laissa si peu de doutes sur une issue défavorable à ma cause, que je jugeai inutile de confier les intérêts de ma défense à un avocat et je me bornai à déposer les conclusions assez explicites suivantes :

« Attendu que le Dr Garnier est poursuivi non comme co-auteur ou complice d'un délit, mais comme civilement responsable des faits reprochés à F... Ch... ; qu'ainsi, il ne s'agit point de savoir s'il aurait pu surveiller plus étroitement le prévenu, mais bien s'il se trouve dans un des cas de responsabilité prévus par la loi;

« Attendu que ces cas sont strictement déterminés et ne sauraient être étendus au delà des limites dans lesquelles le législateur lui-même les a enfermés ; qu'en effet, en principe, chacun ne répond que de son propre fait et que la responsabilité du fait d'autrui ne peut exister qu'en vertu d'une disposition de loi positive et expresse (Le Sellyer, *De la criminalité et de la pénalité*, tome II, p. 133. 40. 471 ; Toullier, t. II, n° 258 ; Chauveau et Hélie, tome I, n° 2, p. 284 et 398 ; Blanche, tome II, n° 374);

©BIUM

« Attendu, en fait, qu'il ne s'agit pas d'un aliéné placé sous la surveillance du directeur de l'établissement ; que F... Ch... est *mentis compos* et absolument responsable de ses actes ; que, dès lors, le Dr Garnier ne saurait répondre des faits commis par lui, ni directement, ni à raison de la négligence que ses préposés, les gardiens de l'établissement de Saint-Ylie, auraient mise à le surveiller;

« Attendu, en outre, que le Dr Garnier n'est dans aucun des cas où une personne peut être déclarée responsable du fait d'un autre, n'étant ni père, ni maître, ni commettant, ni instituteur, ni artisan, par rapport au prévenu; que les gardiens de l'asile ne le sont pas davantage; que la poursuite n'est donc pas fondée et que le concluant doit être renvoyé sans dépens;

« Plaise au tribunal, par ces motifs, dire que le Dr Garnier ne saurait, à aucun titre, être déclaré responsable des faits au sujet desquels F... Ch... est poursuivi et le renvoyer sans dépens. »

Le tribunal y répondit, dans la huitaine, par le jugement ci-après (9 juillet 1897) :

« Attendu que M. Garnier, commis par un arrêt de la Cour d'appel de Besançon à l'effet d'examiner l'état mental du prévenu, déclare dans un rapport médico-légal, en date du 23 juin dernier, que F... est responsable des actes qu'il commet;

« Que, d'autre part, les dépositions des témoins démontrent que, le 16 juin, le prévenu a exercé des violences contre les nommés Cantenot et Pernot, et qu'il leur a porté des coups; qu'il a ainsi contrevenu aux dispositions de l'article 311 du Code pénal.

« En ce qui concerne la responsabilité civile édictée par l'article 1384 du Code civil :

« Attendu que F... avait été placé en observation à l'asile de Saint-Ylie, dont Garnier a la direction; que

©BIUM

depuis son entrée à l'asile, en mai 1897, F... y était assimilé à un malade et s'y trouvait sous la garde du directeur ;

« Qu'aux termes de l'ordonnance du 18 décembre 1839, la nomination et la révocation des gardiens appartient exclusivement aux directeurs de ces sortes d'établissements ; que c'est donc à lui que remonte et sur lui que s'arrête et se précise la responsabilité du personnel qu'il a choisi ;

« Que, d'après les principes du droit, il doit être considéré comme responsable de ses commettants ;

« Attendu qu'en laissant sortir de l'asile un malade ou censé tel, sous la surveillance insuffisante du gardien Jodelet, Garnier a commis un double quasi-délit ;

« Par ces motifs,

« Condamne F... à 100 francs d'amende et aux dépens ; déclare Garnier civilement responsable. »

Ce jugement contenait, en premier lieu, une grave erreur de fait, à savoir que j'avais laissé sortir de l'établissement un malade ou censé tel sous la surveillance insuffisante d'un gardien, alors qu'en réalité celui-ci avait, au contraire, manqué gravement à ses devoirs, d'abord en quittant son poste, puis en entraînant F... Ch... au dehors avec lui. En outre, la qualification de malade ou censé tel, attribuée à F..., avait-elle une base juridique, celui-ci étant sain d'esprit ? D'un autre côté, l'interprétation que le directeur d'un établissement d'aliénés est responsable de la garde d'un individu placé dans un asile aux fins d'une observation médicale, n'était-elle pas très risquée dans l'espèce ? D'autre part, la déclaration que la nomination et la révocation des gardiens appartenant au directeur, c'est à lui que devait remonter et sur lui que devait s'arrêter et se préciser la responsabilité du personnel par lui choisi, se trouvait-elle juridiquement vraie ? Enfin, quelle était l'étendue

©BIUM

de ma responsabilité civile, celle-ci admise? Étais-je tenu de payer l'amende de F... Ch..., les dépens, ou simplement les dommages-intérêts que pourraient réclamer ultérieurement les plaignants, puisqu'ils ne s'étaient point portés partie civile au procès engagé? Tous ces motifs divers m'obligeaient à interjeter appel.

Avant de donner le texte du jugement de la Cour qui, cette fois, me mit hors de cause, il me paraît profitable de faire tout d'abord un exposé très rapide des doctrines juridiques des auteurs sur la responsabilité civile et de les rapprocher du fait particulier de la cause. Tout d'abord, Blanche (*Étude sur le Code pénal*, tome II, n° 374) déclare qu'il n'y a lieu à cette responsabilité dérivant du fait d'autrui que dans les cas expressément indiqués par la loi. C'est la même thèse que soutient Le Sellyer (*De la criminalité*, page 133, n° 471) quand il écrit : « Faisons observer que la responsabilité du fait d'autrui étant une exception à la règle par laquelle on ne répond que de son propre fait, ces cas de responsabilité ne sauraient être étendus. Ils doivent être enfermés dans les termes rigoureux de la loi. » Toullier (*Droit civil*, tome II, n° 258) déclare de son côté : « On peut répondre du fait d'autrui en vertu de la loi, mais il faut que sa disposition soit expresse et formelle, car cette responsabilité étant contraire à la raison, on ne peut, en cette matière, raisonner par analogie. » Enfin, Chauveau et Hélie écrivent à leur tour (*Code pénal*, tome II, page 133, n° 471) : « La responsabilité prend sa source dans notre négligence à remplir une obligation. Si l'on peut répondre du fait d'autrui, ce ne peut être qu'en vertu d'une disposition expresse et formelle de la loi, car cette responsabilité repose sur une présomption de négligence que la preuve contraire ne détruit pas et, dès lors, son application peut souvent être injuste et opposée à la raison. On ne peut donc ni étendre au delà de leurs termes les

©BIUM

cas de responsabilité, ni en créer d'autres par voie d'analogie. »

Dans l'espèce soumise au tribunal, il n'apparaissait donc pas comme douteux, d'après ces principes, que ma responsabilité civile, en temps que directeur, ne pouvait être engagée qu'autant que, par rapport au prévenu, je rentrais dans l'énumération des personnes visées par l'article 1384, et il ne pouvait pas non plus être discutable qu'aucune des désignations de cet article servant à les qualifier ne devait s'appliquer à ma personne, par l'excellente raison que F... Ch... n'était ni mon domestique, ni mon préposé, et que je n'étais pas davantage son maître ou son commettant. Le tribunal de Dôle avait cependant admis pareille hérésie dans son jugement ; mais, pour ce faire, il avait été obligé de mettre fictivement en cause le gardien, en imaginant deux situations de fait contraires à la vérité, à savoir que F... Ch... était un malade ou censé tel, sorti de l'asile sous la surveillance insuffisante d'un gardien, tandis qu'en réalité F... était un prévenu responsable de ses actes dont la sortie de l'établissement avait été la conséquence directe d'un manquement grave du gardien à ses devoirs. En outre, en admettant que F... Ch... eût été un malade, il ne suffisait pas de déclarer la surveillance à son égard insuffisante, mais il fallait démontrer comment et pourquoi cette insuffisance était patente. De plus, en disant que j'étais responsable de mes commettants, le jugement ne parlait plus le langage du droit, puisque le mot commettant, de l'article 1384, était employé au lieu de celui de préposé. Enfin, il n'est rien moins démontré que, par rapport aux gardiens de l'établissement, bien que leur nomination et leur révocation appartiennent au directeur, celui-ci doive être considéré comme leur commettant et leur commettant responsable dans le sens de l'article 1384. Je laisse de côté pour

©BIUM

l'instant ce dernier point, devant l'étudier à propos du jugement de la Cour, pour examiner, dans l'hypothèse où le directeur est réellement le commettant d'un gardien de l'asile, les limites de la responsabilité civile qui lui incombe du fait de son préposé. Le paragraphe 2 de l'article 1384 est, à cet égard, essentiellement limitatif : « Pour que le directeur soit responsable civilement du dommage causé par ses préposés, il faut que ceux-ci aient agi dans l'exercice de leurs fonctions ou, plus exactement, en exerçant leurs fonctions ; d'où il suit que la responsabilité ne comprend que les faits commis par les préposés pendant la durée de leurs fonctions, que les commettants ne doivent répondre, en aucun cas, du dommage occasionné par les délits commis en dehors de leur service habituel. »

Conséquemment, dans l'hypothèse où le gardien quittant l'établissement où son service le retient réglementairement, entraîne avec lui un malade hors de l'établissement, que le malade ou lui commettent des actes dommageables, le directeur ne peut valablement en être responsable. Il a été jugé, en effet, par la Cour de cassation (19 juillet 1870), qu'il n'y a de responsabilité que s'il y a faute démontrée, et aucune faute ne peut être relevée dans ce cas à l'actif du directeur ; et, de plus, un arrêt de la Cour de Metz du 23 juillet 1821 a déclaré que le commettant n'est responsable des faits de son préposé que dans le cas où l'acte préjudiciable est le résultat ou la conséquence de l'ordre ou de l'emploi donné.

Quelle est maintenant l'étendue de la responsabilité civile qu'avait mise à ma charge le jugement de Dôle? On sait que la personne déclarée civilement responsable ne peut être sujette à aucune peine, et la Cour de cassation ayant jugé (18 vendémiaire an IX, 14 juillet 1814, 25 février 1820, 24 mars 1855) que la responsabilité

©BIUM

civile ne peut être étendue aux amendes et ne doit s'appliquer qu'aux frais et aux dommages-intérêts, j'étais tenu à payer seulement les frais du procès, aucun des deux plaignants ne s'étant porté partie civile pour réclamer des dommages-intérêts, ce qui m'amène à dire qu'on ne voit pas bien l'intérêt que pouvait avoir le ministère public à poursuivre d'office, devant le tribunal, la reconnaissance platonique de la responsabilité civile du directeur.

Voici maintenant l'arrêt rendu à l'audience publique donnée le 16 août 1897 par la chambre correctionnelle de la Cour de Besançon :

« Entre le ministère public appelant d'un jugement rendu par le tribunal correctionnel de Dôle le 9 juillet 1897, mais en ce qui concerne le nommé F... Ch... ci-après désigné et intimé sur l'appel émis du même jugepar M. le Dr Garnier ci-après nommé, etc., etc.;

« En ce qui concerne le Dr Garnier :

« Attendu que, dans la cause, une responsabilité spéciale ne peut être encourue par le Dr Garnier, que du fait soit de F... Ch..., soit du gardien Jodelet;

« Attendu qu'il est de doctrine et de jurisprudence constante que l'article 1384 est facultatif (*sic*) et que la responsabilité qu'il édicte ne saurait être étendue à d'autres personnes que celles énumérées ; que, dans ces conditions aucun lien de droit ne relie le Dr Garnier à F... Ch.., qu'il n'est ni le maître, ni le commettant de ce dernier ; que celui-ci n'est ni son domestique, ni son préposé ; que, dès lors, le Dr Garnier ne saurait être déclaré responsable des actes délictueux commis par F... Ch..., que si la situation du Dr Garnier est tout autre vis-à-vis du gardien Jodelet, dont il est le commettant et comme tel pénalement responsable des actes dommageables dont son préposé peut se rendre coupable dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions, c'est à tort cependant

©BIUM

que, dans l'état de la procédure, le tribunal correctionnel de Dôle a déclaré le Dr Garnier civilement responsable ;

« Qu'en effet, s'il est aujourd'hui de jurisprudence que l'action civile en responsabilité, intentée contre un commettant à raison des faits de son préposé, est une action principale dont le sort n'est pas subordonné à celui de l'action dirigée contre l'agent direct du fait dommageable (Cass., 2 décembre 1881 et 19 février 1886), il est non moins constant que devant la juridiction répressive une condamnation ne peut être prononcée contre la partie civilement responsable qu'accessoirement à une condamnation principale contre l'auteur du délit (Cass., 17 août 1878) ;

« Attendu en fait que le gardien Jodelet, dont les actes pourraient seuls engager la responsabilité du Dr Garnier, n'est pas dans la cause, que dans ces conditions la Cour ne peut reconnaître le Dr Garnier civilement responsable de son préposé Jodelet, qui n'a pas été compris dans les poursuites, que sur ce point encore il y a lieu de réformer la décision des premiers juges ;

« Par ces motifs, la Cour, réforme le jugement en ce qu'il a déclaré le Dr Garnier civilement responsable des actes de F... Ch..., le renvoie purement et simplement de la poursuite dirigée contre lui. »

Si j'avais satisfaction par l'arrêt qu'on vient de lire en ce qu'il déclarait, comme je l'avais d'ailleurs soutenu dans mes conclusions devant le tribunal, que les actes délictueux de F... Ch... ne pouvaient être pour moi, directeur, la cause d'une responsabilité civile quelconque, je ne devais d'être renvoyé indemne relativement au deuxième quasi-délit qu'en raison de ce que le gardien Jodelet n'avait pas été compris dans les poursuites. Or, à supposer que celui-ci eût été compris dans les poursuites primitives, quelle eût été la décision de la Cour ? Il est difficile de la préjuger, bien qu'il eût fallu, pour

©BIUM

me rendre civilement responsable, prouver que le gardien avait agi dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions. Mais le point intéressant n'est point là, il réside dans la déclaration incidente de l'arrêt de la Cour, à savoir que, comme commettant des gardiens de l'établissement, le directeur d'un asile est pénalement responsable des actes dommageables dont l'un d'eux peut se rendre coupable dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions. Ainsi, d'après cette théorie, un gardien venant à brutaliser un malade, le directeur devrait être déclaré civilement responsable de l'acte délictueux du gardien poursuivi et pénalement frappé, ce qui serait complètement injuste.

Il n'a pas encore été, que je sache, jugé par la Cour souveraine que le directeur d'un asile d'aliénés étant un commettant vis-à-vis les gardiens, que ceux-ci étant ses préposés, il doit, par conséquent, être civilement responsable de leurs actes délictueux dans le sens de l'article 1384. La controverse est donc permise. Voyons sur quel point précis on s'appuie pour reconnaître à un directeur cette qualité de commettant vis-à-vis ses gardiens, ce qu'invoquait d'ailleurs déjà le jugement de Dôle. C'est, sans doute, parce qu'il les nomme et les révoque. Cela doit-il suffire? Je réponds non, et voici les motifs qui me déterminent. Le droit de révocation et de nomination n'est pas exercé par un directeur au même titre qu'un particulier choisissant et renvoyant son domestique; le directeur n'exerce en réalité ce double droit qu'en vertu d'une délégation qui lui est conférée par un règlement d'administration publique : dans ces conditions, il n'agit donc que comme délégué lui-même de l'Administration. D'un autre côté, il use de son droit de nomination avec moins d'étendue qu'un simple particulier, en ce que son choix se trouve nécessairement limité par

©BIUM

l'exercice même du droit de délégation. Je m'explique : un particulier, par exemple, a un domestique à choisir, il le choisit comme il veut, sans entrave d'aucune sorte, tandis que le directeur, en prenant un gardien, est déjà limité dans l'exercice de ce droit par les crédits mis à sa disposition pour la solde de ces agents ; la limitation même de ces crédits est de nature à constituer une force invincible, l'obligeant à prendre ses préposés dans un certain milieu et non dans tel autre. De plus, le directeur lui-même n'est qu'un mandataire de l'Administration, une sorte de préposé délégué qui, en nommant des gardiens, ne crée pas de simples domestiques, mais des agents, eux-mêmes subdélégués, qui sont investis par la force des choses d'une part de responsabilité. Et cela est si vrai que le directeur lui-même tire ses appointements d'un budget voté par l'administration départementale ; que les gardiens sont payés de la même façon et non pas de ses deniers ; qu'enfin, en cas de changement d'un poste à un autre, le directeur nouveau ne donne jamais une investiture nouvelle aux gardiens nommés par son prédécesseur et les accepte *ipso facto*. A mon sens, cette situation présenterait beaucoup d'analogie, au point de vue juridique, avec celle du directeur de la Compagnie P.-L.-M. qui, à ma connaissance, n'a pas encore été déclaré commettant personnellement et civilement responsable de ses préposés qui sont les employés de la Compagnie, bien qu'il les nomme et les révoque. L'argument du droit de révocation et de nomination qui appartient au directeur d'un asile public d'aliénés vis-à-vis les gardiens de l'asile, ne peut donc suffire à lui attribuer la qualité de commettant vis-à-vis d'eux ; d'où il suit qu'il ne peut pas être pénalement responsable de leurs actes délictueux dans leurs fonctions et à l'occasion de leurs fonctions. D'ailleurs, le législateur du Code civil n'a pas pu vouloir comprendre dans la désignation de

©BIUM

commettants de l'article 1384 les directeurs d'asile dont la création ne remonte qu'à la loi de 1838 et dont les attributions sont fixées par l'ordonnance de 1839. Pour les comprendre dans cette catégorie, il faut évidemment interpréter la loi, et cette interprétation doit être de droit étroit.

J'ai, je pense, détruit toute la valeur de l'argument tiré, pour l'investir de la qualité de commettant, du droit de nomination et de révocation des gardiens dont le directeur est armé par les règlements. En existerait-il un autre plus probant? Non, par la raison qu'il est le seul qu'on puisse déduire des termes de l'ordonnance de 1839. Mais si le directeur n'est pas responsable civilement en qualité de commettant vis-à-vis ses gardiens, quand ceux-ci commettent des actes délictueux dans l'exercice ou à l'occasion de leurs fonctions, il est de jurisprudence à peu près constante que c'est le département, dont le directeur est lui-même l'agent, qui devient responsable. De nombreux jugements en font foi, qu'il est inutile de rappeler ici, et cela se comprend, par le même motif que la Compagnie P.-L.-M. devient responsable civilement, aux lieu et place de son directeur, des faits délictueux dont ses agents sont punis eux-mêmes correctionnellement.

Je viens de dire que la jurisprudence était à peu près constante, dans la non-reconnaissance au directeur d'un asile de la qualité de commettant vis-à-vis les gardiens ; le tribunal de Dôle et la Cour de Besançon par leur doctrine contraire légitiment cet à peu près. Il serait désirable pour la spécialité, dans ces conditions, qu'il soit légiféré sur la matière et que s'inspirant des arguments sommaires, mais suffisants, qu'il m'a semblé utile de présenter, la commission de revision de la loi sur les aliénés puisse déclarer d'une façon formelle qu'en aucun cas le directeur d'un asile ne puisse être considéré vis-à-

©BIUM

vis les gardiens comme leur commettant dans le sens de l'article 1384. On pourrait, dans l'état de choses actuel les frais d'un procès et les dommages-intérêts pouvant incomber à la partie civile, c'est-à-dire au directeur déclaré commettant, réduire celui-ci à la misère. Qu'on n'aille pas croire mon allégation purement gratuite. Dans le cas qui m'est personnel, il aurait suffi que le gardien eût été compris dans les poursuites et qu'au lieu de violences sans portée, les plaignants eussent été grièvement blessés. Des dommages-intérêts énormes leur eussent été alloués, sans nul doute, sur leur demande ; dommages-intérêts dont j'aurais été tenu personnellement sans recours possible contre le département. J'ai voulu avoir la preuve de ce que j'avance ici et j'ai, dans ce but, sollicité du département du Jura le simple remboursement des frais de ma défense contre une poursuite injustifiée. Voici l'étrange rapport qui a été soumis au Conseil général du Jura et dont les conclusions ont été adoptées. *Ab uno disce omnes.*

Séance du 19 avril 1898. — Demande de remboursement de frais d'avocat présentée par le Dr Garnier. — M. de Borde, rapporteur.

« En principe, le département ne saurait être appelé à supporter les frais des actions intentées aux directeurs des services départementaux, même lorsqu'il n'y a pas faute de la part de l'agent.

« En acceptant le traitement attaché aux fonctions qu'il remplit, un employé accepte les conséquences quelles entraînent.

« Si à l'occasion de ses fonctions, un fonctionnaire subit un dommage, c'est à l'auteur de ce dommage à le réparer.

« Dans le cas particulier, nous observons que le 16 juin 1897, un nommé F..., interné à l'asile de Dôle, est sorti *avec l'autorisation* du directeur, M. Garnier,

©BIUM

accompagné du gardien Jodelet et s'est livré à des voies de fait sur plusieurs personnes, ainsi qu'il est établi par le jugement du tribunal de Dôle. Ce F... avait été condamné le 29 juillet 1896 par la Cour de Besançon pour coups et blessures volontaires et ivresse.

« Commis à l'effet d'examiner l'état mental du nommé F..., par un rapport en date du 23 juin 1897, M. le Dr Garnier a conclu à la responsabilité pénale du prévenu.

« A la suite de ce rapport, le tribunal de Dôle estimant que la surveillance exercée sur ledit F... avait été insuffisante, a condamné le Dr Garnier comme civilement responsable de son pensionnaire.

« Appel interjeté du jugement, la Cour augmente la peine prononcée contre F... et renvoie le Dr Garnier de la poursuite dirigée contre lui, parce qu'aux termes de la loi il n'est point le commettant d'un interné, mais bien des gardiens ou employés de l'établissement qui l'accompagnaient, lesquels n'ont pas été mis en cause.

« Il semble donc résulter des termes du jugement de Dôle et de l'arrêt de la Cour de Besançon que le Dr Garnier a commis une imprudence en laissant sortir F... sous la surveillance de Jodelet, et que s'il bénéficie d'un acquittement en appel c'est parce que le ministère public a mal introduit son instance.

« Ces explications données pour éclairer le Conseil général sur le fond même de l'affaire, votre troisième commission, s'en référant à la question de principe, d'après lequel le département ne saurait être responsable des actions personnelles intentées à ses employés, vous propose, Messieurs, le rejet de la demande du Dr Garnier. »

Ces conclusions furent adoptées.

Je ne m'attarderai pas à suivre le rapporteur dans

©BIUM

ses énonciations de fait, absolument contraires à la vérité et notamment sur la soi-disant imprudence commise par moi en laissant sortir un individu enfermé à l'asile, sous une surveillance insuffisante, alors que le gardien Jodelet désertait au contraire son poste avec l'individu et trahissait les devoirs de ses fonctions. L'arrêt de la Cour cité, pour donner un air de véracité à la version perfide de mon imprudence supposée, a été, au contraire, complètement muet sur cette prétendue déclaration d'imprudence à mon actif, et il est matériellement faux que le nommé F... soit sorti de l'asile avec mon autorisation, ainsi que je l'ai déjà expliqué au début de ces lignes.

Ceci dit sur la question de fait soulevée dans le rapport, j'arrive à la déclaration de principes qui justifia le rejet de ma demande. Eh bien, je n'hésite pas à le dire, cette déclaration est tout simplement cynique. Comment, lorsqu'il n'y aura aucune faute à relever contre un directeur d'asile, les frais des actions intentées contre lui seront à sa charge ! Et comme si cette première proposition n'était pas assez évidente d'iniquité, le rapporteur n'a pas hésité à la souligner en disant que, si à l'occasion de ses fonctions un fonctionnaire subit un dommage, c'est à l'auteur du dommage à le réparer ! Ainsi un directeur pourra même être blessé par un malade dans son service, il sera sans recours contre le département, qui s'en désintéressera, en disant « qu'en acceptant le traitement attaché aux fonctions qu'il remplit, l'employé accepte les conséquences qu'elles entraînent ». Sans doute une pareille jurisprudence est particulière au département du Jura ; mais il suffit qu'elle ait été sanctionnée par un vote de l'assemblée départementale, pour qu'on ait le droit non seulement de s'en émouvoir, mais de protester énergiquement contre elle.

Et maintenant, quelle sera ma conclusion ?

©BIUM

C'est qu'il me paraît impossible que le directeur d'un asile public d'aliénés, qui gère de son mieux les intérêts du département, enserré qu'il est dans des règlements dont il ne peut sortir et obligé de subir souvent des situations de fait qu'il ne lui appartient pas de modifier, puisse, à un moment donné, être personnellement inquiété, comme je l'ai été, sous prétexte que, commettant de ses gardiens, il est responsable de leurs agissements délictueux. Il est nécessaire que la loi future fixe les conditions absolues de cette responsabilité civile, laissée à l'arbitraire du juge.

Jadis l'Empire avait un certain article 7 de sa Constitution pour protéger abusivement ses fonctionnaires ; en faire table rase a été excessif. Sans en demander le rétablissement, il ne serait que juste de fixer une bonne fois la situation juridique des directeurs d'asile par rapport à l'article 1384 du Code civil, puisqu'il est, a dit la Cour de Besançon, facultatif, et que sans doute son application, dans l'esprit de la Cour, doit être subordonnée à l'ensemble des faits et circonstances constatés par le juge.

ADDENDUM. — L'article qui précède était depuis longtemps écrit puisqu'il avait été envoyé au Congrès de Marseille, où il n'a pas été lu, lorsque j'ai appris que le dernier alinéa de l'article 1384 avait été complété par la disposition suivante promulguée comme loi de l'État :

« Toutefois la responsabilité civile de l'État est substituée à celle des membres de l'enseignement public.

« L'action en responsabilité contre l'État dans le cas prévu par la présente loi, sera portée devant le tribunal civil ou le juge de paix du lieu où le dommage aura été commis et dirigée contre le préfet du département. »

Il est évident que si la qualité de commettant était reconnue par la jurisprudence aux directeurs médecins

©BIUM

des asiles, ce qui me paraît très contestable, il y aurait lieu de les faire bénéficier des dispositions de la loi applicables aux membres de l'enseignement public en introduisant dans la future loi des aliénés un article spécial à cet effet.

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

—

SÉANCE DU 31 JUILLET 1899

Présidence de M. JULES VOISIN.

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

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de remerciements de M. Alder Blumer, nommé membre associé étranger ;

2° Une lettre de Mlle Robinovitch, de New-York, sollicitant le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Blin, Brunet et René Semelaigne, rapporteur ;

3° Une lettre de M. le Dr Télémaque A. Mitaftsis, professeur agrégé des maladies nerveuses et mentales à l'Université d'Athènes, sollicitant le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Legras, Magnan et Ritti, rapporteur ;

4° Une lettre de M. le Dr Fritz Sano, d'Anvers, sollicitant le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Falret, J. Voisin et Nageotte, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Tics et toux spasmodiques ;* par M. Ph. Tissié ;

2° *Aliénés méconnus et condamnés ;* par MM. Villeneuve et Chagnon ;

3° *Revision nosographique des arthrites chroniques ;* par M. Massalongo ;

4° Le numéro de juillet des *Archives de thérapeutique clinique.*

©BIUM

Rapport de candidature.

M. BLIN. — Messieurs, vous avez nommé une commission composée de MM. Legras, Moreau (de Tours) et Blin, rapporteur, à l'effet d'examiner la candidature de M. le Dr Anglade, médecin-adjoint de l'Asile de Toulouse, au titre de membre correspondant de notre Société.

La tâche me sera facile, car notre distingué confrère a déjà pris soin de faire apprécier de vous tous, dans les diverses publications spéciales et dans les Congrès des aliénistes et des neurologistes, ses qualités de clinicien et d'anatomo-pathologiste.

La thèse de M. Anglade sur les rapports de la syphilis et de la paralysie générale progressive, thèse qui obtint une mention honorable au concours de fin d'année, apporte une contribution précieuse à l'étude étiologique de la paralysie générale. En recherchant avec soin la syphilis dans les antécédents des aliénées paralytiques observées à l'asile de Bordeaux pendant une période de deux années, l'auteur l'a relevée dans 81,8 p. 100 des cas, en ne tenant compte que des cas certains. D'autre part, les malades appartenant à des catégories autres que la paralysie générale, observées dans le courant de ces deux années, n'étaient syphilitiques que dans la proportion de 12 p. 100 : cette statistique est éloquente.

Au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de Marseille, en avril dernier, M. Anglade présenta un travail d'ensemble des plus documentés, des plus importants sur les délires systématisés secondaires. La seule définition qui convienne à tous les délires systématisés secondaires est celle qui les considère comme des formes psychopathiques caractérisées par le développement, sur un état secondaire à une psychonévrose pure ou elle-même symptomatique, d'une ou plusieurs idées délirantes qui tendent à se systématiser.

La réalité clinique de ces formes psychopathiques est admise par la majorité des aliénistes de tous les pays. Dans notre psychiatrie même, où les délires systématisés secondaires ne sont pas en honneur, ils y sont ce-

©BIUM

pendant représentés par le délire des négations, de conception essentiellement française.

On peut voir des délires systématisés se développer secondairement à presque toutes les formes d'aliénation mentale.

C'est ainsi que M. Anglade distingue et étudie successivement :

1° Les délires systématisés secondaires à la manie.

Les délirants systématisés post-maniaques sont, le plus souvent, des mégalomanes dépourvus de sentiments affectifs, de sens moral et social ; ils gardent leur mémoire intacte, conservent leur activité physique et, s'ils arrivent à la démence, ce n'est qu'après être demeurés longtemps dans un état stationnaire.

2° Les délires systématisés secondaires à la mélancolie, les plus importants et les plus nombreux de tous les délires systématisés secondaires.

Eux-mêmes peuvent se diviser en trois groupes :

a) A un premier groupe se rattachent les délires systématisés post-mélancoliques représentant une ou plusieurs des conceptions délirantes développées pendant le stade psychonévrotique, qui survivent à la psychonévrose, quelquefois même aux troubles sensoriels dont elles sont l'interprétation ;

b) Un second groupe comprend les délires systématisés secondaires à la mélancolie et qui prennent les allures des psychoses systématisées progressives. Ces délires offrent un grand intérêt clinique : ils proviennent de la mélancolie et tendent à rentrer dans le cadre de la paranoïa.

En fait, ce sont des délires mixtes parce qu'ils résultent de l'association, chez un même individu, des éléments de la paranoïa et de ceux de la psychonévrose mélancolique ;

c) Dans un troisième groupe se rangent les délires post-mélancoliques à caractère exclusivement dépressif, dont le délire des négations est le prototype.

3° Les délires systématisés secondaires à la folie à double forme, qui empruntent leurs caractères aux formes post-maniaques et aux formes post-mélancoliques.

4° Les délires systématisés secondaires aux névroses et aux intoxications.

©BIUM

Les névroses, les intoxications sont un source de sensations pénibles, lesquelles, chez un sujet prédisposé, peuvent être le point de départ d'un délire qui se systématisera d'autant mieux que l'élément paranoïen sera plus accentué.

A côté de ses travaux cliniques, notre confrère est l'auteur de nombreux mémoires des plus intéressants dans lesquels il a fait ressortir avec beaucoup de raison l'intérêt qui s'attache à l'étude des altérations médullaires chez les aliénés. C'est ainsi qu'il a publié en 1898 dans les *Archives de neurologie* un mémoire sur les lésions spinales de la paralysie générale, lésions qu'il a rencontrées chez tous les paralytiques généraux sans exception.

Dans la substance blanche, les fibres endogènes sont toujours respectées, alors que les fibres exogènes, au contraire, dégénèrent ; la substance grise est modifiée dans sa forme générale et profondément altérée dans ses détails.

Ces lésions, prises dans leur ensemble, ressemblent comme topographie et comme processus à celles que produisent les intoxications par les poisons minéraux, par les poisons organiques ou par les toxines ; or, de par la clinique, le paralytique semble bien être intoxiqué, puisqu'il est, dans la grande majorité des cas, un syphilitique.

Au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de Toulouse, M. Anglade avait déjà fait une importante communication sur l'anatomie pathologique de la moelle épinière des aliénés, ainsi que sur un cas d'épilepsie traumatique avec autopsie.

Au Congrès d'Angers, il présente un mémoire sur l'état des cellules nerveuses chez un épileptique mort en état de mal.

Au Congrès de Marseille, en même temps que l'important travail dont nous avons déjà parlé, relatif aux délires systématisés secondaires, c'est un mémoire sur les lésions des cellules de l'écorce grise du cerveau dans l'éclampsie.

A ces nombreux travaux, je devrais joindre, pour être complet, une série de communications à la Société anatomo-clinique de Toulouse.

©BIUM

Je juge inutile d'insister sur la valeur de l'œuvre de M. le Dr Anglade, digne à tous égards du titre qu'il sollicite et que votre Commission vous demande de lui accorder.

M. Anglade est nommé membre correspondant à l'unanimité des membres présents.

Démence épileptique paralytique et spasmodique à l'époque de la puberté.

M. Jules Voisin communique en son nom et au nom de M. Legros, interne des hôpitaux, le travail suivant :

Messieurs, dans la dernière séance, M. Toulouse nous a rapporté une observation de paralysie générale chez une épileptique et il a discuté le diagnostic : démence précoce et démence épileptique, en rejetant ces deux hypothèses. Il nous dit ne pas connaître la démence précoce comme entité morbide et n'avoir jamais vu de démence massive épileptique. Il n'a vu que des états d'hébétude.

Je ne veux pas discuter le diagnostic de M. Toulouse. Je crois que sa malade est une épileptique atteinte de paralysie générale. Je pense que les deux affections peuvent exister simultanément. A Bicêtre, j'ai vu un malade de quarante-cinq ans, épileptique, présentant tous les signes physiques et anatomo-pathologiques de la paralysie générale.

Au IXe congrès des médecins aliénistes et neurologistes, M. Péon (d'Angers) a rapporté un certain nombre d'observations semblables.

Mais je viens soutenir devant vous qu'il existe une démence paralytique spasmodique à la suite d'accès sériels épileptiques, qui a sa symptomatologie, sa marche, sa terminaison et peut-être son anatomie pathologique, et je viens à l'appui de mon opinion vous apporter huit observations, parmi lesquelles se trouvent les observations des deux malades que j'ai déjà présentées à la Société médicale des hôpitaux, le 7 juillet dernier.

Début. — Evolution. — Cette démence paralytique spasmodique arrive soit à la suite d'état de mal, soit à la suite d'accès sériels prolongés.

Dans le premier cas, il n'est pas rare de voir des

©BIUM

paralysies éphémères se produire après chaque état de mal, paralysies qui disparaissent dans l'état intercalaire pour réapparaître après un autre état de mal ou d'accès sériels prolongés. Il y a toujours après ces états de mal et ces accès sériels prolongés de la stupeur ou de l'hébétude plus ou moins prolongées (huit à quinze jours), et à leur suite un affaiblissement intellectuel, et un état paralytique spasmodique qui va toujours s'accentuant après chaque série ou chaque état de mal. Dans les espaces intercalaires, la stupeur disparaissant, la démence paraît moins accusée; mais elle n'en persiste pas moins, et nous voyons après chaque série d'accès la déchéance intellectuelle aller toujours en augmentant. Il en est de même des phénomènes physiques; très accusés au moment de la stupeur et de l'hébétude, les phénomènes paralytiques et spasmodiques diminuent dans l'espace, intercalaire mais ne disparaissent pas complètement. Les réflexes sont toujours exagérés et la démarche, sous l'influence d'une fatigue quelconque, s'accuse nettement spasmodique. A la suite d'un nouvel état de mal ou d'une nouvelle série d'accès, la démarche devient de plus en plus spasmodique, les muscles se raidissent, et il arrive un moment où la malade garde complètement le fauteuil ou le lit. Les symptômes physiques et mentaux marchent donc de pair, et la mort arrive dans le marasme au bout de dix à douze ans, s'il ne survient pas de maladies intercurrentes ou de complication.

La démence, en somme, chez ces malades, se fait en bloc, mais non pas suivant une progressivité continue. Il y a arrêt dans les symptômes intellectuels, comme dans les symptômes physiques, quand les séries ou états de mal sont très éloignés. Mais, après chaque série ou état de mal, les phénomènes s'accentuent de nouveau.

La démence progresse ainsi par bonds, comme cela se voit dans la démence épileptique ordinaire, et est consécutive à la stupeur post-convulsive. Dans mon livre sur l'épilepsie (1), j'ai déjà attiré l'attention sur cette démence paralytique spasmodique et je l'ai distin-

(1) Jules Voisin. *Epilepsie*, Félix Alcan, 1897.

©BIUM

guée de la démence ordinaire de l'épilepsie. Cette forme de démence avait déjà été entrevue par Morel, Billod, Falret; et Legrand du Saulle (1), dans son étude médico-légale, a réservé un chapitre pour : « Une variété d'épilepsie qui n'a aucun rapport avec les accès épileptiformes qui marquent le début et la fin de la paralysie générale des aliénés »; mais il en donne une description incomplète, se réservant de l'étudier plus tard et de poursuivre ses recherches sur ce sujet.

Bourneville dans ses comptes rendus de Bicêtre, et ses élèves, Wuillamier, d'Ollier et Leflaive dans leurs thèses, parlent aussi d'une forme de démence paralytique; mais ils ne lui donnent pas le nom de démence paralytique spasmodique et ils ne font pas ressortir que cette affection se développe surtout chez les jeunes sujets.

Les observations de démence épileptique qui sont rapportées dans mon livre sur l'épilepsie sont toutes des observations de malades chez lesquelles j'ai recherché la toxicité urinaire avec mes élèves Péron et Raymond Petit. Toutes ces malades avaient de l'hypotoxicité urinaire pendant les accès et les troubles mentaux, et toutes avaient des accès en série ou des états de mal (2).

Les nouvelles observations que je vous rapporte sont toutes relatives aussi à des malades de mon service et la plupart à des enfants dont j'ai vu le progrès intellectuel s'effectuer jusqu'à douze ou quinze ans. A partir de ce moment, les accès devenant plus fréquents, l'intelligence disparut peu à peu, en même temps que les symptômes physiques se développèrent de plus en plus.

Voici ces observations :

---

(1) Legrand du Saulle. *Etude médico-légale sur les épileptiques*, 1877, p. 152.

(2) De l'intoxication dans l'épilepsie. *Archives de neurologie*, nos 98 à 102.

©BIUM

Obs. I. — *Epilepsie sérielle. — Démence paralytique spasmodique. — Réflexes exagérés* (I).

Jeanne Colm..., âgée de treize ans et demi. Entrée le 30 juillet 1898.

Antécédents héréditaires. — Grand-père paternel et grand'mère paternelle buveurs.

Père : profession d'emballeur ; boit beaucoup, il est fréquemment ivre et très emporté. Ses mains sont agitées d'un tremblement assez fort, dont sa famille elle-même s'est rendu compte. Il se plaint souvent du cœur.

Grand'mère maternelle : morte de la poitrine à vingt ans (il y a trente-cinq ans).

Grand-père maternel : encore vivant (soixante-deux ans), sobre, sain de la poitrine, n'a jamais présenté de troubles mentaux ni d'accidents nerveux.

Mère : âgée de trente-six ans ; n'a jamais eu de convulsions dans son enfance ; assez nerveuse, a été formée à treize ans et demi ; au moment de sa formation, elle fut taciturne et triste ; elle voulait toujours « être ailleurs » ; mais, cependant, jamais elle n'a présenté d'idées de mélancolie vraie.

Vers l'âge de dix-huit ans, son caractère redevient normal. Mariée à vingt ans, elle fait une fausse couche qui paraît due à un accident.

Après la naissance de la malade, la mère eut un enfant rachitique mort à treize mois, à la suite d'un accident que la mère appelle « un déplacement de l'aorte », et qui semble avoir été un ganglion sus-claviculaire soulevé par l'aorte. Opéré à Trousseau.

Pas de syphilis, ni du côté du père ni côté de la mère.

Antécédents personnels (fournis par la mère). — Gestation normale ; à la naissance, le poids de l'enfant était de 8 livres ; sa longueur, 55 centimètres.

L'accouchement avait eu une durée de dix-huit heures.

Première dent à cinq mois et première dentition bonne (?).

Deuxième dentition à sept ans, et mauvaise.

Premiers mots prononcés à un an.

Premiers pas à dix-huit mois.

La malade n'a pas eu de convulsions au moment des fièvres éruptives de l'enfance (rougeole, varicelle).

---

(1) Recueillie par MM. Legros, interne des hôpitaux, et Alfred Jacquot, externe des hôpitaux.

©BIUM

Ophtalmie à la suite de la rougeole, et bronchite consécutive.

Pas de convulsions au moment de la dentition.

Pas d'écoulements d'oreilles.

Jusqu'à huit ans, développement excellent, intelligence normale.

A l'âge de huit ans et demi, à la suite d'une scène nocturne au cours de laquelle le père menace sa femme et sa fille d'une canne à épée, l'enfant est fortement émotionnée; et, quelque temps après, elle tombe sans connaissance; elle devient très irascible et entêtée.

A cette même époque, étant couchée, elle a, toujours d'après la mère, sa première crise d'épilepsie. Dès lors, les crises surviennent plusieurs fois par nuit; parfois elles manquent totalement pendant un temps variable pouvant dépasser un mois.

A l'âge de dix ans, les attaques sont diurnes et nocturnes; l'enfant est traitée par Charcot, au bromure et au phosphate de chaux.

Le traitement dure un an; pendant un certain temps, les attaques cessent, puis elles réapparaissent.

Tantôt les attaques sont complètes, précédées, soit de procursion, soit de sensation de chatouillement aux lèvres; congestion, stertor, bave continue et filante, pas d'écume; morsures de la lèvre inférieure et de la langue, incontinence des matières fécales. Sommeil consécutif.

Tantôt les attaques sont jacksoniennes, limitées au bras et à la jambe du côté droit, puis, les mouvements se généralisent. Après les attaques, état saburral prolongé.

Depuis un an, les jambes sont raides, ainsi que les bras, qui ont pris une attitude en abatis de volaille, la démarche est spasmodique. La mémoire s'affaiblit, l'intelligence diminue; la parole devient lente, difficile et scandée.

Ces troubles de la parole et de l'intelligence font insensiblement place à un état mental meilleur pendant les deux ou trois semaines qui séparent deux périodes d'attaques: dans cet intervalle, la malade peut se rendre utile dans le ménage.

ETAT ACTUEL. — 28 *juin* 1899. La jeune Colm., qui marchait encore seule il y a deux mois, et pouvait aller à l'école, a eu ces jours derniers des accès répétés et en série (huit à dix par jour); elle ne peut, à l'heure présente, se tenir d'aplomb sur ses jambes.

Pendant ces périodes d'attaques, la température reste la même: 37°4, 37°8; la malade est congestionnée; elle a ou non un cri initial; l'attaque est généralisée, sans localisation ni début spécial par un membre.

Quand l'enfant est assise, elle a un aspect affaissé; allongée

©BIUM

sur sa chaise, elle a les jambes pendantes, en varus, un peu en aspect de maladie de Little, et soutenues au-dessus du sol. Les réflexes rotuliens sont exagérés ; les réflexes sont disparus au poignet gauche et persistent légèrement à droite ; des deux côtés, les réflexes olécraniens existent, de même que les réflexes du tendon d'Achille.

Quand on essaie de prendre un membre, aussitôt la contraction se produit, et on ne parvient à l'allonger qu'avec un certain effort.

Pas d'inégalité pupillaire ni de myosis.

Pas de tremblement fibrillaire de la langue, que la malade tire difficilement et qu'elle ne peut maintenir hors de la bouche; aussi la langue est-elle animée de mouvements de va-et-vient, dits mouvements de trombone.

Trépidation épileptoïde marquée des deux côtés.

Quand la malade est au lit, elle se couche en chien de fusil, et ses membres, d'ordinaire, sont dans la résolution pendant son sommeil.

La piqûre de la plante des pieds et le chatouillement donnent une légère flexion, limitée des deux côtés, seulement au premier (gros) orteil et au deuxième orteil. C'est donc le réflexe normal.

Réglée deux fois en un mois, la jeune fille, qui n'a plus eu de pertes depuis le mois de mars, présente un aspect infantile ; les membres sont grêles et les doigts en fuseau ; les seins sont très peu développés ; et on remarque quelques poils sur les grandes lèvres ; le mont de Vénus est glabre de même que le creux axillaire.

Dentition mauvaise : la première incisive, à droite, est cassée et gâtée, la seconde présente une barre transversale. Les dents de la mâchoire inférieure, en avant, sont toutes divisées en deux par une raie transversale. La partie inférieure de ces dents est seule pourvue d'émail.

L'enfant comprend certaines questions simples qu'on lui pose, et essaie d'y répondre ; elle le fait parfois avec de grands efforts, une inspiration profonde, en ouvrant exagérément la bouche et en avançant les lèvres. Elle roule sur la première syllabe, faisant entendre un son rauque, et termine par une expiration prolongée du mot, sans articuler la syllabe.

La malade mange difficilement ; les liquides semblent refluer assez fréquemment par la bouche et même par le nez.

Cette jeune fille qui, autrefois, était intelligente et savait parfaitement lire et écrire, comme le prouvent ses lettres de 1895 et 1897, ne sait plus rien à l'heure actuelle ; à l'époque de son entrée, elle pouvait encore prendre la plume et faire des bâtons, mais, maintenant, elle ne sait même plus la tenir.

©BIUM

Voici le tableau de ses accès :

	MOIS	ATTAQUES		VERTIGES	
		Jour.	Nuit.	Jour.	Nuit.
1898.	Juillet. . . .	2	2	2	»
	Août	6	36	44	»
	Septembre. . .	32	31	53	»
	Octobre. . . .	15	30	35	8
	Novembre. . .	13	33	45	1
	Décembre. . .	6	31	56	»
1899.	Janvier. . . .	»	20	33	1
	Février. . . .	6	18	25	33
	Mars.	35	84	18	10
	Avril.	2	18	23	18
	Mai..	1	14	26	3
	Juin.	49	81	2	6

Obs. II. — *Epilepsie sérielle, démence paralytique spasmodique consécutive* (1).

Ro... (Alice), âgée actuellement de dix-sept ans et demi, entrée le 25 novembre 1889, à l'âge de sept ans et demi. (Voir: *Epilepsie*, Jules Voisin, 1897, p. 220.)

Antécédents héréditaires. — Sa mère, morte en couches, d'une affection puerpérale, était nerveuse, mais n'avait pas d'attaques. Son grand-père maternel était nerveux et exalté; sa grand'mère maternelle, très exaltée et très nerveuse, n'avait pas d'attaques; mais des cousins germains, hommes et femmes, étaient épileptiques et hystériques.

Le père, nerveux, sans attaques, était né de parents bien portants.

Antécédents personnels. — La malade a deux frères, l'un de douze ans, l'autre de cinq ans.

La mère eut beaucoup de pertes pendant sa grossesse, l'accouchement eut lieu à terme et fut bon.

Pas de syphilis héréditaire.

La première attaque survient à l'âge de sept mois.

Depuis ce moment, les attaques reviennent constamment tous les huit jours, et, quelquefois, à plusieurs reprises pendant la journée.

Jusqu'à l'âge de quatre ans, l'enfant s'est bien développée; elle eut ses dents de bonne heure et marcha de même.

(1) Recueillie par MM. Legros, interne des hôpitaux, et Alfred Jacquot, externe des hôpitaux.

©BIUM

Un frère aîné est très intelligent ; les autres cadets sont bien portants, mais ils ne sont pas de la même mère.

La malade a eu, en même temps que des attaques, des vertiges ; elle tombe en criant, comme une masse, bleuit, écume, se mord la langue et reste dans un état d'hébétude prolongé.

30 *novembre*. Au moment de son entrée dans le service, la petite Ro... a l'aspect suivant :

Facies intelligent, figure mobile. Le front, bombé, offre une légère dépression à droite ; la face est asymétrique, le nez étant porté à gauche et le côté facial gauche plus aplati. La bosse cérébelleuse droite est beaucoup plus saillante que la gauche.

La voûte palatine est ogivale, les dents bonnes et les incisives renouvelées, bien plantées, les oreilles ourlées et lobulées.

La malade est de taille moyenne et bien constituée, elle sait un peu lire, écrire et compter. Elle est turbulente, sa parole est vive et articulée. Elle est intelligente et ne présente pas de troubles de la sensibilité.

10 *décembre*. Depuis son entrée, presque tous les jours elle a des attaques et même des séries de huit à dix ; les dernières de la série sont parfois incomplètes.

Au moment des attaques, le côté gauche n'est jamais animé de mouvements cloniques. A la suite d'une série d'accès, la température n'a pas dépassé 37°2.

Le 23 *décembre* 1889, accès sériels prolongés et état de mal avec température de 39°2.

Après les accès, la malade parle avec difficulté pendant plusieurs heures ; elle a un état saburral très prononcé.

Février 1893. L'intelligence s'est beaucoup affaiblie ; l'enfant ne peut plus suivre ses camarades à la classe.

Octobre 1895. L'enfant a toujours des accès fréquents, en séries ; son niveau intellectuel a beaucoup baissé, elle ne sait presque plus lire, elle désapprend. Elle connaît encore ses lettres, mais ne peut plus écrire son nom toute seule. Elle eut un état de mal en 1894 et en juillet 1895, avec température de 39°5 ; cet état a duré plusieurs jours. Elle présente, à la suite de ces états de mal ou de ces accès sériels prolongés, de l'hémiplégie droite incomplète, qui dure plusieurs jours, pour disparaître en partie au bout de huit à dix jours.

L'aspect de son facies est niais et idiot, elle parle avec beaucoup de lenteur et la conception des idées est pénible ; de plus, il y a une hésitation à chaque mot et elle avale quelques syllabes. Elle a du tremblement de la langue, mais pas des lèvres. Les pupilles sont égales et normales. Son rire est niais, sa bouche ouverte laisse couler de la salive. Elle ne peut plus s'habiller, gâte, mange avec gloutonnerie, elle est malpropre. L'enfant tombe en démence.

©BIUM

La démarche est hésitante, un peu spasmodique, elle fauche un peu à droite et traîne la jambe. Le tronc est penché en avant, les bras ballants. La malade est comme empalée, son attitude est un peu celle de la paralysie agitante.

Les réflexes rotuliens sont exagérés.

La moyenne des accès et des vertiges est de 25 à 30 dans le mois, autant de jour que de nuit (soit environ 60 en tout). Ils viennent par série, et, à la suite, la malade est de plus en plus hébétée et marche de plus en plus difficilement.

ETAT ACTUEL. — 3 *juillet* 1899. Cette enfant a toujours des accès très nombreux et en série. Accès complets: phases tonique et clonique des deux côtés; stertor, écume et sommeil prolongé le plus souvent. Après chaque série, elle est de plus en plus hébétée, et reste couchée plusieurs jours. Enfin, elle a présenté, depuis 1895 jusqu'à aujourd'hui, un ou deux états de mal par année, à la suite desquels elle présente de l'hémiplégie, tantôt à droite, tantôt à gauche, pendant plusieurs jours.

La jeune fille n'a pas encore eu ses règles ; les seins sont bien formés, le mont de Vénus ainsi que les aisselles sont recouverts de poils ; le bassin est large.

Motilité : la marche est irrégulière, lente; le corps, incliné en avant, est raide, la malade progresse en traînant alternativement les deux pieds. A d'autres moments, la démarche est spasmodique. Il est impossible d'obtenir d'elle l'exécution du moindre mouvement commandé; la malade reste immobile, la main pendante, dans la position où on la lui met.

Il n'y a point de tremblement fibrillaire de la langue, mais on constate quelques mouvements d'avant en arrière (mouvements de trombone).

Réflexes : les pupilles sont égales et réagissent normalement à la lumière et à l'accommodation.

Réflexes rotuliens : exagérés des deux côtés.

Réflexes du tendon d'Achille : nets.

Pas de signe de Babinski dans les intervalles des attaques ; cependant, on l'a constaté une fois après un accès, alors que la malade était dans l'hébétude.

Trépidation épileptoïde très marquée.

Réflexes tendineux conservés aux membres supérieurs.

Sensibilité : paraît conservée, autant que permet de l'affirmer le peu de manifestations de la malade.

Intelligence : l'enfant ne comprend pas les ordres donnés ; elle ne peut diriger son attention vers aucun objet, ni vers aucune personne. Elle reste fixe, assise dans sa chaise, le regard immobile, le corps incliné en avant, et quelquefois le dos appliqué contre sa chaise, les jambes étendues et soulevées au-dessus du sol.

©BIUM

Si on le lui demande, elle essaye de dire son nom ; mais elle n'y parvient que très lentement, comme après un effort, en expirant à voix très basse la dernière syllabe du nom.

	MOIS	ACCÈS		VERTIGES	
		Jour.	Nuit.	Jour.	Nuit
1898.	Juillet. . . .	»	38	»	11
	Août.	1	21	»	6
	Septembre. . .	1	32	»	6
	Octobre. . . .	»	18	»	4
	Novembre. . .	»	33	»	4
	Décembre. . .	»	26	»	»
1899.	Janvier. . . .	1	22	»	1
	Février. . . .	1	22	»	»
	Mars.	2	27	»	»
	Avril.	6	54	»	»
	Mai.	3	32	»	»
	Juin.	4	30	1	»

Obs. III. — *Epilepsie. — Accès sériels. — Démence paralytique spasmodique. — Mort dans une attaque.*

La nommée Broch... (Lucie) est entrée en juin 1891, à l'âge de vingt et un ans. Elle est décédée le 10 juin 1899, à l'âge de vingt-neuf ans.

Antécédents héréditaires. — La mère est hystérique et souffre de l'estomac ; elle a une sœur hystérique.

Le père, grand alcoolique, s'est suicidé ; un de ses cousins germains est épileptique.

La malade a un frère plus âgé qu'elle, et qui est bien portant.

Antécédents personnels. — La mère a eu une mauvaise grossesse ; l'enfant est née à terme, et l'accouchement a été bon. Les dents sont apparues de bonne heure, et la jeune enfant a parlé tôt ; elle n'a jamais eu de convulsions ; à l'école, elle apprend bien à lire et à écrire, elle possède une certaine instruction. La première attaque survient à l'âge de neuf ans, un matin, au lever. La mère affirme que jusqu'à cette époque, sa petite fille n'a présenté aucun des symptômes qui caractérisent une attaque comitiale nocturne.

Jusqu'à l'âge de dix-neuf ans, l'état de la malade reste stationnaire ; les attaques sont peu nombreuses, l'intelligence ne s'affaiblit pas ; mais à ce moment, les accès qui, jusqu'alors, ne se produisaient que tous les quatre ou cinq mois, deviennent très fréquents. Le caractère de la jeune fille se modifie, son intelligence faiblit d'une façon remarquable ; l'enfant est amenée

©BIUM

à la Salpêtrière dans le service d'A. Voisin où elle reste deux ans. De la section Rambuteau, on la fait passer dans le service de M. Jules Voisin.

28 *août* 1893. La malade, qui a eu une série d'attaques cette nuit, se présente avec un état gastrique prononcé, la langue est sale ; céphalalgie.

On prescrit une purgation, de la lactose, et on fait une injection de sérum artificiel.

10 *juin* 1899. Depuis 1897, la malade tombe en démence, ses attaques de grande épilepsie sont fréquentes, elle tombe le plus souvent sur la face, et ne reprend connaissance que plusieurs heures après les accès ; son hébétude et sa torpeur intellectuelle sont profondes, elles durent au moins pendant trois heures.

La parole devient difficile.

La marche est spasmodique.

Les réflexes rotuliens sont exagérés, ainsi que ceux du poignet. Trépidation épileptoïde. Pas d'inégalité pupillaire, pas de mouvements fibrillaires de la langue et des lèvres, mais mouvements d'avant en arrière de la langue (mouvements de trombone). La malade est devenue gâteuse ; depuis un an, elle n'est plus capable de s'habiller seule, elle reste une partie de la journée sur sa chaise, les jambes contracturées au-dessus du sol. Elle mange malproprement ; quand on l'interroge, elle regarde d'un air hébété, ouvre la bouche et projette ses lèvres en avant pour répondre ; mais elle n'émet qu'un son prolongé et termine le mot commencé dans une expiration brusque, profonde, et parfois scandée.

Voici le tableau des accès de Broch... (Lucie).

	MOIS	ACCÈS		VERTIGES	
		Jour.	Nuit.	Jour.	Nuit.
1898.	Juillet. . . .	30	4	2	2
	Août.	20	8	1	»
	Septembre. . .	25	9	2	»
	Octobre. . . .	35	5	2	»
	Novembre. . .	27	11	»	»
	Décembre. . .	33	7	»	»
1899.	Janvier. . . .	36	3	1	»
	Février. . . .	37	9	»	»
	Mars.	21	9	2	»
	Avril.	31	11	»	1
	Mai.	56	12	»	»
	Juin.	3	2	»	»

Ce même jour, 10 juin 1899, la malade a une attaque avec

©BIUM

congestion considérable de la face et vomissements à la fin de la période convulsive.

Elle meurt dans cet état.

AUTOPSIE. — Faite trente heures après le décès. Congestion très marquée de la face, qui présente une teinte violacée intense. A l'ouverture du crâne et des méninges, il s'écoule du sang des vaisseaux très congestionnés.

Pas d'atrophie apparente des hémisphères ni des circonvolutions ; pas de différence du volume relatif des deux hémisphères ; pas d'inégalité de consistance, permettant en un point quelconque de l'écorce, de penser à un foyer de ramollissement sous-jacent.

Méninges d'aspect normal, non adhérentielles, sauf quelques points très disséminés au niveau desquels, d'ailleurs, l'adhérence est toute superficielle.

Moelle et encéphale sont mis dans le formol.

Formol à 40 p. 100..	100
Eau.	1.000

7 *juillet*. Le liquide est changé au bout de quarante-huit heures. Préparations en cours, pour coloration de Weigert et Pal et Nissl.

EXAMEN HISTOLOGIQUE fait le 26 juillet 1899, par M. Legros, interne des hôpitaux. — Les recherches ont porté sur l'encéphale en différents points de la région rolandique des circonvolutions frontales et occipitales, des gyrus rectus droit et gauche.

Les examens ont été faits après coloration au carmin, à l'hématoxyline et par la méthode de Nissl et de Weigert-Pal. Macroscopiquement les méninges arachnoïdienne et pie-mérienne n'offraient que des altérations peu sensibles de diminution de transparence ; au microscope, la pie-mère est normale, non épaissie.

Au microscope, les vaisseaux n'offrent point d'altération ni épaississement des parois.

Quelques-uns présentent un calibre sensiblement plus large qu'à l'état normal.

Pas de foyers hémorragiques.

Les cellules nerveuses ne semblent pas modifiées dans leur volume non plus que dans leur structure ; pas de vacuoles ; pas de refoulement excentrique des noyaux ; pas d'altérations des contours cellulaires.

Par contre, au niveau des zones motrices notamment, on rencontre des espaces intercellulaires plus larges qu'à l'état normal, la répartition des cellules nerveuses au niveau de ces

©BIUM

zones étant irrégulière, en déficit sur la richesse cellulaire des régions voisines.

Au Weigert-Pal, enfin, les fibres à myéline de l'écorce paraissent diminuées de volume.

Dans la moelle, pas d'altérations méningiennes ou vasculaires sensibles.

Nous avons noté des dilatations vasculaires appréciables et même des ectasies, réelles d'ailleurs régulières, sans épaississement des parois ; ni dans les cordons postérieurs, ni dans les cordons latéraux on ne trouve de processus de sclérose systématisée ou diffuse.

Les cellules des cornes antérieures ne présentent aucune altération.

En résumé, la dissémination des lésions trouvées à l'examen, leur faible intensité, leur nature n'offrent pas les caractères classés de la méningo-encéphalite interstitielle diffuse.

Si, par des examens ultérieurs de cas nouveaux, des lésions cellulaires spéciales peuvent être déterminées, ces faits viendront peut-être confirmer la théorie pathogénique de l'auto-intoxication dans l'épilepsie soutenue par M. Voisin avec ses internes, Péron et Raymond Petit.

Cette pathogénie explique parfaitement les accès convulsifs intermittents ou périodiques des malades ainsi que leur trouble mental plus ou moins accusé au moment des accès, et leurs intervalles comme leur disparition avec la disparition de l'auto-intoxication qui leur a donné naissance.

Obs. IV. — *Epilepsie. — Etat de mal. — Démence paralytique spasmodique* (1).

La nommée Vaud..., âgée de onze ans, est entrée dans le service le 13 octobre 1885.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique, emporté. Mère morte tuberculeuse.

Une sœur de la malade a des secousses nerveuses. Un frère est mort de convulsions à sept ans.

Antécédents personnels. — L'enfant a marché et a parlé de bonne heure. Convulsions au moment de la dentition ; les accès ont paru ensuite.

A onze ans et demi, sait bien lire et écrire. Les accès augmentent, elle a une série à la suite de laquelle elle est presque démente.

---

(1) J. Voisin. *L'épilepsie*, Paris, 1897, p. 211.

©BIUM

La série terminée, elle recouvre son intelligence, mais pas intégralement. Un an après, en 1886, à la suite de nombreuses attaques, elle a présenté une première fois de l'aphasie. En 1888, elle va mieux ; la parole, qui avait été embarrassée et lente, tend à devenir normale. En 1893, pendant le mois de février, elle a eu 238 accès.

A partir du 15 février, elle est aphasique et hémiplégique du côté droit ; le côté gauche se contracte en flexion, le côté droit en extension ; la tête et les yeux sont déviés à droite, puis, le côté droit se contracte à son tour en flexion. Cette contracture disparaît bientôt de ce même côté, puis du gauche. La malade a quelques convulsions cloniques, à gauche surtout, puis entre dans le stertor.

Quand on essaie de la faire marcher, elle traîne la jambe droite qu'elle ne peut détacher de terre, et frappe le sol, du pied gauche, à chaque pas.

Cette hémiplégie et cette aphasie se prolongent jusqu'au 15 mars et disparaissent progressivement. Le 10 mars, les accès se sont espacés et la température est descendue à 37°8 ; le bras a retrouvé presque tous ses mouvements et presque toute sa force ; la jambe, seule, reste atteinte.

A partir du 15 mars, elle marche en traînant la jambe, puis tout disparaît peu à peu ; depuis un mois environ, la démarche est un peu spasmodique, surtout du côté droit, la pointe du pied ne se détache pas du sol, et la progression est un peu sautillante ; toutefois, ces symptômes sont très peu marqués.

Le 20 *janvier* 1894, on examine la malade : il y a un peu de raideur des muscles inférieurs, les cuisses sont rapprochées, les genoux se touchent, et les pieds étendus ont la pointe tournée en dedans. Les mouvements voulus se font assez bien. Au palper, on ne trouve pas d'atrophie musculaire, pas de réaction de dégénérescence à l'excitation électrique, mais dès qu'on touche la malade, la contracture spasmodique s'accuse notablement. Les réflexes patellaires sont exagérés ; trépidations épileptoïdes des deux côtés.

La sensibilité cutanée est obtuse, mais conservée sur toute la surface du corps ; les réflexes plantaires sont affaiblis, les membres supérieurs ne paraissent pas très atteints. Pas de mouvements athétosiques, pas de raideur ; il y a seulement exagération des réflexes tendineux. La physionomie est empreinte d'hébétude et de tristesse ; les deux pupilles sont égales et réagissent normalement ; il n'y a pas de nystagmus ; les mouvements de la langue se font bien, mais avec lenteur. Pas de troubles de la déglutition.

L'obtusion intellectuelle est déjà avancée ; la malade traîne sur les mots ; quelques-uns, cependant, sont prononcés très

©BIUM

vite, elle semble réfléchir longuement avant de répondre; les mots sont mal prononcés, et parfois employés les uns pour les autres. « J'ai dix-neuf sous » au lieu de dix-neuf ans; cependant, l'intonation persiste.

En janvier 1896, 164 accès et vertiges; dans le mois de février, on compte 237 accès et vertiges. La malade est aphasique et hémiplégique droite; on lui adresse la parole, elle ne paraît pas comprendre, regarde fixement sans avoir l'air de se rendre compte de ce qui se passe autour d'elle.

Le côté gauche est normal; l'état va en s'améliorant à partir du mois de janvier; peu à peu, la malade retrouve la possibilité de se tenir debout, la jambe droite est molle, flasque, paralysée; quand on lui parle, elle comprend et répond en traînant sur la dernière syllabe des mots ; mais elle ne peut encore suivre une conversation. Le plus souvent, elle ouvre la bouche pour répondre, allonge les lèvres et ne dit rien, elle émet simplement un soupir.

Si on lui donne un crayon et une feuille de papier, elle fait semblant d'écrire d'une main très lente, mais elle n'arrive à tracer aucune lettre. La physionomie est abrutie, la langue saburrale, la démarche sautillante, l'intelligence est très affaiblie.

2 *mars* 1899. Air hébété, démarche incertaine et sautillante, la malade progresse le corps penché en avant, et les bras ballants. Pas de gâtisme, intelligence très affaiblie, parole hésitante et spasmodique, les mots sont lents à venir, et prononcés d'une façon scandée. Quand la malade veut parler, elle fait toujours un effort, une grande inspiration, et arrondit les lèvres projetées en avant.

Les réflexes rotuliens sont très exagérés, la sensibilité cutanée paraît amoindrie à la face. Pas de trépidation épileptoïde; le chatouillement de la plante des pieds amène la flexion des orteils. Pas d'atrophie musculaire, la force de la malade semble conservée; les mains ne sont pas agitées de tremblements, les mouvements des articulations sont normaux. La malade est réglée régulièrement.

Cet état dure depuis le mois de mars, et, à l'heure actuelle (juillet 1899), on ne remarque aucune modification dans l'aspect général de la malade.

Elle cherche à se rendre utile dans le service, elle range quelques objets dans les salles, elle est propre; mais son intelligence est toujours bien affaiblie, elle paraît comprendre un peu quand on lui cause, mais sa parole est toujours lente et embarrassée.

Après une attaque, nous examinons ses réflexes que nous trouvons : rotuliens, très exagérés.

©BIUM

Le chatouillement et la piqûre de la plante des pieds amènent une légère flexion du gros orteil gauche. Les autres orteils des deux pieds ne sont animés d'aucun mouvement.

Voici le tableau de ses accès :

	MOIS	ACCÈS		VERTIGES	
		Jour.	Nuit.	Jour.	Nuit.
1898.	Juillet. . . .	5	16	1	16
	Août.	»	35	»	3
	Septembre. . .	25	70	2	1
	Octobre. . . .	2	12	1	1
	Novembre. . .	1	5	4	12
	Décembre. . .	2	13	1	13
1899.	Janvier. . . .	»	14 (1)	»	18 (2)
	Février. . . .	»	17	2	8
	Mars.	2	34 (3)	1	9
	Avril.	1	24	»	»
	Mai.	3	26	1	1
	Juin.	2	31	»	»

Obs. V. — *Hystéro-épilepsie à crises distinctes. — Au bout de plusieurs années, l'hystérie disparaît, et l'épilepsie seule reste. — Accès fréquents, sériels. — Démence paralytique et spasmodique consécutive aux accès. — Mort* (4).

La nommée Kl... est entrée à la Salpêtrière en 1886, elle est décédée le 20 janvier 1899.

Antécédents héréditaires. — Grand-père paternel alcoolique. Père phtisique, a eu des crises nerveuses quatre ou cinq fois en cinq ans, il ne pouvait boire sans se trouver malade. Sa mère est bien portante. Un frère de dix ans et demi, épileptique, est à Bicêtre; un autre est bien portant.

Antécédents personnels. — Elle a marché à quinze mois, et parlé à vingt-deux mois.

La première crise nocturne eut lieu quand elle avait trois ans et demi, et se manifesta par un étouffement à la gorge, de la frayeur et des cris.

L'enfant est intelligente, mais elle a de mauvais instincts ; son front, assez haut, est bombé, étroit et aplati sur les côtés ;

(1) Une série de 6, une série de 5.
(2) Une série de 6, une série de 24.
(3) Une série de 26, une série de 4.
(4) J. Voisin. *L'épilepsie*, Paris, 1897, p. 225.

©BIUM

un peu de strabisme interne, ses oreilles sont petites, avec lobules; la voûte palatine est ogivale; ses dents, bien plantées, sont crénelées et bonnes. Elle n'a pas de goitre. Elle sait lire, écrire et un peu compter et travailler à la couture.

Sa parole est lente et traînante. Dans ses crises, elle ne perd pas connaissance : hystérie. — Elle se plaint de douleurs dans le ventre (mais pas de sensation de boule qui remonte), cris, œil hagard, se promène les deux bras en avant, mais, le plus souvent, les deux mains appuyées sur le ventre (dans ses attaques, elle sent que sous ses mains « cela marche »).

Juin 1889. Elle tombe lentement, le bras porté en avant, l'œil gauche effrayé. Ses crises durent plus d'un quart d'heure; mais souvent, elle a des séries, et se plaint pendant parfois plus d'une heure, il faut l'attacher.

Dans ses crises, elle crie : « Détachez-moi, cela m'étouffe »; mais ensuite, elle affirme que jamais elle ne ressent de constriction à la gorge.

Pas de douleur ovarienne. On la presse avec les mains au cou, elle dit que cela ne lui fait pas mal, mais elle sent bien qu'on la touche.

On lui pince l'oreille droite, elle dit ne rien sentir, elle sent bien la piqûre. Toutefois, si on lui transperce la peau, elle sent la piqûre, mais peu de douleur.

Elle perçoit les corps chauds ou froids, et entend bien des deux côtés. La langue perçoit le goût amer, mais ne sent ni frottement, ni piqûre, pas même le contact. Sur les lèvres, elle sent la piqûre.

L'odorat est normal, la conjonctive très sensible. La partie gauche de la figure est plus arrondie; quand elle parle, les muscles se contractent plus que du côté droit, qui est un peu flasque au repos.

Novembre 1899. Depuis dix-huit mois, cette malade ne présente plus les mêmes manifestations : elle tombe comme une masse, écume, ronfle, gâte et dort. Elle revient à elle au bout de dix à quinze jours. Autrefois, elle restait troublée pendant cinq à six jours. Maintenant elle gâte, elle dit vouloir se marier, prie Dieu, et passe la nuit même à faire ses prières. Elle prie pour tout le monde, parents, médecins, infirmières.

On est obligé de la tenir attachée, car elle se met debout sur son lit, et tout en faisant sa prière, elle est très grossière quand on lui dit de se coucher.

A l'état normal, elle est très douce; dans son agitation, elle ne fera pas de mal, mais elle est très grossière. Elle a souvent des séries d'attaques, et alors elle est plus troublée que lorsqu'elle n'a qu'une seule attaque.

Elle ne présente plus de symptômes d'hystérie, ses accès

©BIUM

d'épilepsie sont toujours accompagnés d'état gastrique. Son intelligence baisse beaucoup, elle ne sait plus lire ni écrire, elle travaille encore au crochet, mais ne fait plus de couture. Elle ne sait plus compter, sa parole est très lente, traînante et par moments saccadée; elle comprend avec peine ce qu'on lui dit, et fait répéter plusieurs fois,

La conception est très lente; elle rit d'un air niais et béat; ne s'habille plus proprement et mange gloutonnement. Sa démarche est spasmodique.

Mai 1894. Cette malade est devenue tout à fait gâteuse et démente; elle est sale, bave sans cesse; sa parole est traînante, lente et scandée; elle est contente d'elle-même, « se trouve propre et sera bientôt guérie, sortira bientôt et se mariera avec M. Voisin ».

Sa démarche est sautillante et traînante à la fois; elle se penche en avant, traîne les pieds à certains moments; à d'autres, sautille et a l'attitude, par instants, d'une vraie paralytique agitante, sauf le tremblement et la procursion en avant sous l'influence d'une légère poussée.

Les réflexes rotuliens sont exagérés; exagération aussi des fléchisseurs aux mains. Quand on lui dit d'ouvrir la bouche, elle met du temps avant de le faire, puis, tout d'un coup, l'ouvre et reste la bouche ouverte; quand on lui dit de la fermer, elle ne le fait pas immédiatement; il y a comme un moment de réflexion; puis, elle la ferme comme mue par un ressort. La langue, allongée, n'a pas de tremblement fibrillaire, mais des mouvements d'avant en arrière. Les pupilles sont égales, les lèvres ne sont ni frémissantes, ni tremblantes. Jamais d'hémiplégie. La sensibilité est diminuée, et surtout retardée.

Décembre 1895. Démente, gâteuse, parole traînante, démarche spasmodique, réflexes rotuliens exagérés. Trépidation épileptique. Passe sa journée sur un fauteuil, avec les pieds suspendus au-dessus du sol quand elle vient d'avoir des accès et des vertiges. Quand elle est dans des intervalles de séries, elle passe sa journée à marcher penchée en avant, comme empalée, ou bien cherche des petits cailloux dans la cour.

20 *janvier* 1899. La malade, qui, depuis le 16 janvier, a des attaques et des vertiges avec une température allant à 39 et 40 degrés, tombe le 20 janvier dans un coma complet; sa température atteint 40°5; elle offre l'aspect d'un cadavre, ne fait aucun mouvement, les yeux sont demi-clos, les lèvres serrées; on n'entend pas la respiration; la piqûre, le pincement, les excitations n'amènent chez elle aucune réaction apparente. Par instants, la malade jette un faible cri, les globes oculaires s'animent de légers mouvements, la respiration s'accélère, puis les paupières se ferment. Le pouls est faible, mais régulier

©BIUM

(120 pulsations). La respiration est faible, son rythme est augmenté (48 par minute). Les extrémités sont légèrement cyanosées.

21 *janvier*. La température est descendue à 38°8, la malade est mieux, le coma a cessé, plus de cris, les yeux sont ouverts.

22 *janvier*. La température est remontée à 41 degrés. Les bains froids ne la font plus redescendre. La malade meurt à 7 heures du matin, le 23 janvier.

Autopsie. — Faite le lendemain, 24 janvier. Les poumons présentent des lésions de pneumonie. Les autres organes sont sains. Le cerveau et la moelle sont mis dans le formol.

Cerveau. Poids 1.150 grammes.

Hémisphère gauche 10 grammes plus lourd que le droit.

Cervelet avec protubérance et bulbe : P. 745 grammes.

Congestion uniforme des méninges. Décortication facile ; pas d'adhérence à la substance grise et d'altération de cette substance. Les cornes d'Ammon et les olives sont fermes. Pas de dilatation des ventricules, ni épendymite. Les pièces sont mises dans le formol et confiées à M. le Dr Nageotte qui en fera l'examen histologique. (Cet examen est rapporté plus loin.)

Voici le tableau des accès et des vertiges de Kl...

	MOIS	ACCÈS		VERTIGES	
		Jour.	Nuit.	Jour.	Nuit.
1898.	Janvier. . . .	»	4	»	»
	Février. . . .	»	12	»	»
	Mars.	»	17	»	»
	Avril.	7	16	»	»
	Mai	1	8	»	»
	Juin.	»	26	»	»
	Juillet. . . .	35	»	»	»
	Août.	7	»	»	»
	Septembre. . .	8	»	»	»
	Octobre. . . .	7	»	»	»
	Novembre. . .	8	»	»	»
	Décembre. . .	1	16	»	»
1899.	Janvier. . . . (du 1er au 20).	40 (1)	46 (2)	»	»

La malade n'a été réglée, pendant l'année 1898, ni en août, ni en septembre ni en décembre.

(1) En deux jours, série de 28 accès, et série de 6 accès,
(2) En 3 jours : séries de 13, de 23 et de 6 accès.

©BIUM

Obs. VI. — *Epilepsie. — Accès sériel. — Démence paralytique. Spasmodique. — Mort.*

La nommé Fau..., Constance, âgée de trente-huit ans, est entrée dans le service le 18 avril 1891; elle est décédée le 26 mars 1899.

Antécédents héréditaires. — Fournis par la mère, les antécédents héréditaires sont insuffisants; la mère, en effet, ne connaît ni sa famille ni celle de son mari, lequel, ayant quitté ses parents d'assez bonne heure, les a complètement perdu de vue. La mère paraît assez intelligente, le père est sobre. Deux sœurs de la malade sont en bonne santé; l'une d'elles à eu des convulsions à l'âge de sept mois. Un petit frère est mort de convulsions à quatorze mois, au moment de sa dentition.

Antécédents personnels. — Née la première de quatre enfants, après une grossesse normale et un accouchement effectué dans d'excellentes conditions, la malade a commencé à marcher à quatorze mois et a prononcé ses premiers mots à l'âge de dix-huit mois; à l'école, elle apprend facilement à lire, écrire et compter.

A l'âge de dix ans, fièvre typhoïde grave; l'enfant demeure au lit pendant trente-cinq jours, elle a du délire, sa convalescence est pénible; mais elle ne présente, dans la suite, aucun trouble d'ordre psychique; elle travaille à Asnières, puis à Paris, et, dans son entourage, on ne remarque rien d'anormal.

Les premiers vertiges apparaissent à vingt ans, pendant le siège de Paris; ils sont, dit la mère, provoqués par la peur que la jeune fille eut des Prussiens; les attaques surviennent peu à peu, d'abord rares et légères, puis nombreuses et d'une violence extrême; leur durée arrive à atteindre quatre heures, durant lesquelles la malade s'agite, mord, vocifère. Envoyée pendant sept semaines à Beaujon, la jeune Fau... voit pendant cette période ses accès diminuer de nombre et de violence, mais ils réapparaissent dès sa sortie de l'hôpital. Rien, dans le passé de la malade, ne permet de croire à de l'épilepsie, et les attaques ont plutôt la physionomie de celles de la grande hystérie; la mère conduit son enfant auprès du zouave Jacob durant l'espace de quatre ans. En 1879, disparition totale des grands accès; mais, à ce moment, surgit une autre variété de crises, qui peu à peu s'implante d'une façon régulière et définitive.

La malade pâlit subitement, tombe en poussant ou non un cri initial, et, souvent, dans ses chutes, elle se contusionne; alors surviennent des mouvements toniques; de la bouche, il s'écoule un écume sanguinolente; en tombant, la malade s'est mordu la langue; après les mouvements toniques, apparaissent

©BIUM

des mouvements cloniques de peu d'amplitude. Incontinence d'urine, sommeil post-paroxystique, remplacé parfois par une période délirante. L'intelligence baisse progressivement, et, peu à peu, la malade tombe en démence; elle ne reconnaît plus ses parents, ne peut manger seule, devient gâteuse; la marche devient impossible. Raideur musculaire. Réflexes patellaires exagérés. Les pupilles sont égales, elles réagissent normalement; la langue n'est pas animée de tremblements fibrillaires.

Mars 1899. Depuis deux ou trois mois, la malade ne marche presque plus; mais, quand cela lui arrive, elle se meut d'une seule pièce; elle parle avec difficulté, et ne prononce que des mots incohérents, en faisant effort, et en avançant les lèvres.

Subitement, la température s'abaisse, l'haleine est fétide, la malade meurt le 26 mars 1899.

AUTOPSIE. — Faite trente-six heures après le décès; on remarque à l'ouverture du thorax de nombreuses adhérences du poumon droit, et une congestion marquée des deux poumons ainsi que du péricarde. Le crâne ouvert, on remarque une congestion marquée des méninges; au moment de leur excision s'écoule un sang noir et abondant. Les hémisphères présentent une surface très vascularisée. Les méninges se décortiquent facilement; quelques légères adhérences, sans que l'enlèvement lèse la substance grise sous-jacente.

L'examen histologique n'a pas été fait.

Voici le tableau de ses accès :

	MOIS	ACCÈS		VERTIGES	
		Jour.	Nuit.	Jour.	Nuit.
1898.	Mars.	20	4	3	2
	Avril.	19	3	4	»
	Mai.	18	9	2	2
	Juin.	17	7	4	»
	Juillet. . . .	19	16	2	»
	Août.	20	14	4	»
	Septembre. . .	11	12	2	»
	Octobre. . . .	15	11	4	»
	Novembre. . .	22	7	4	»
	Décembre. . .	12	6	2	»
1899.	Janvier. . . .	11	7	»	1
	Février. . . .	9	5	»	»
	Mars. . . . . (Jusqu'au 26).	2	»	»	»

La malade n'est pas réglée.

©BIUM

Obs. VII. — *Epilepsie. — Accès et vertiges. — Accès surtout au moment des règles. — Accès sériels suivis d'état maniaque et de démence paralytique spasmodique.*

La nommée Robl..., âgée de quatorze ans, est entrée dans le service le 17 février 1877 ; elle est décédée le 15 juillet 1898.

Antécédents héréditaires. — Le père et la mère de la malade ont eu des convulsions au moment de leur enfance. Une cousine est migraineuse.

Antécédents personnels. — L'enfant a marché de bonne heure. A l'âge de cinq ans, a eu une fièvre cérébrale. Depuis cette époque, elle a des frayeurs nocturnes, et les attaques convulsives font leur apparition à l'âge de treize ans, au moment où la malade a ses premières règles ; les accès surviennent généralement sans aura et sans cri initial. Pendant leur durée, la malade Robl... a de l'incontinence d'urine, elle se mord la langue. Les attaques sont plutôt diurnes que nocturnes, elles sont suivies d'un sommeil plus ou moins prolongé, auquel succède une hébétude de longue durée.

Outre les accès, la jeune fille a des vertiges accompagnés de palpitations douloureuses qui forcent la malade à s'asseoir, mais ne sont jamais suivis de chutes.

Le jour de son entrée dans le service, la malade présente de la blésité, elle a une sensibilité extrême, un rien l'émotionne, les reproches les plus légers et le moindre événement provoquent des attaques. Elle raconte qu'il lui est arrivé d'entrer dans de violentes colères ; au cours de l'une d'entre elles, elle s'est écorché les seins et les bras, sans ressentir aucune douleur ; parfois aussi, au lieu de se frapper elle-même, elle battait les personnes de son entourage.

Depuis son entrée, la malade a eu des attaques suivies de violentes céphalalgies d'une durée variable, mais parfois très longue ; les douleurs de tête agissent sur la malade comme des coups de massue. Outre cette céphalée on remarque encore des migraines accompagnées de vomissements et survenant surtout après les époques menstruelles. Pendant les migraines, la malade a des étourdissements et une douleur aiguë au niveau du creux épigastrique ; les yeux ne sont pas mouillés de larmes, et la douleur céphalique a son siège de prédilection dans la région temporale droite.

L'antipyrine fait cesser les maux de tête.

La mémoire et l'intelligence de l'enfant, qui étaient bien développées au moment de son arrivée dans le service, sont maintenant (1887) notablement diminuées ; tout d'abord, elle

©BIUM

avait été monitrice à l'école, mais on fut obligé de la séparer de ses camarades, qu'elle battait sans cesse.

7 *novembre* 1887. La malade se plaint de névralgie térébrante à la tempe droite (elle a eu une attaque dans la nuit).

Juin 1896. La jeune fille, qui, jusqu'à ce moment, s'occupait à l'atelier, a été prise d'accès sériels et d'une agitation maniaque des plus intenses, laquelle a duré plus d'un mois. Son intelligence a été très éprouvée à la suite de cet état. En octobre et décembre 1896, elle est de nouveau reprise d'accès en série et d'agitation consécutive; depuis ce moment, elle ne va plus à l'atelier; sa démarche est incertaine; le gâtisme apparaît; la malade ne peut ni manger ni s'habiller seule, et les troubles de la parole s'accentuent de plus en plus. Les réflexes sont exagérés. La malade présente une véritable paralysie spasmodique avec démence.

Février 1897. Les attaques surviennent tous les jours; le 17 février, une escarre apparaît sur la fesse droite; la malade a un état saburral prononcé, son haleine est fétide, elle est dans un état intellectuel lamentable, elle ne comprend rien, ne reconnaît personne. Ses membres sont raides, et aussitôt qu'on les touche, la contracture augmente. Les réflexes patellaires sont très exagérés. Tantôt la malade reste étendue raide dans son lit, tantôt elle est couchée en chien de fusil.

Mai 1898. Robl..., depuis l'année dernière, reste une partie de la journée sur une chaise, ou dans son lit. Nous la trouvons en ce moment au lit : les jambes sont fléchies sur les cuisses, et les cuisses sont fléchies sur l'abdomen; elle oppose une grande résistance aux efforts que l'on fait pour ramener ses membres inférieurs à leur position normale. Sitôt en extension, ils reviennent lentement en flexion; leur sensibilité est très retardée. Les membres supérieurs présentent de la contracture, et des mouvements remarquables par leur lenteur. La sensibilité y est presque antièrement conservée.

La malade n'entend ni ne comprend ce qui se dit et se fait autour d'elle. Cependant, quand on lui dit de nous donner son nom, elle ébauche un mouvement arrondi des lèvres en avant, ouvre la bouche, mais on n'entend rien qu'une expiration. Quand on lui présente une cuillère, elle ouvre brusquement la bouche, qui reste ouverte quelques secondes, puis se referme brusquement, et la déglutition se fait si lentement qu'il faut attendre au moins deux minutes entre chaque cuillerée quand on lui donne à manger.

La malade présente, au sacrum et au grand trochanter, des escarres qui chaque jour vont en s'agrandissant. Sa maigreur est excessive. Les accès convulsifs complets sont très rares. Quelques accès incomplets et des vertiges.

©BIUM

15 *juillet* 1898. La malade est décédée à la suite d'une attaque incomplète, dans le marasme le plus grand, et dans un état de maigreur excessive, avec de profondes escarres.

A l'*autopsie*, qui a été faite le lendemain du décès, on remarque la congestion du cerveau et des méninges.

Des coupes de la moelle et du cerveau sont remises à M. le Dr Nageotte, qui en a fait l'examen histologique.

Voici le tableau de ses accès :

	MOIS	ACCÈS		VERTIGES	
		Jour.	Nuit.	Jour.	Nuit.
1898.	Janvier. . . .	6	15	3	5
	Février. . . .	7	32	»	»
	Mars.	15	18	»	»
	Avril.	12	9	»	»
	Mai.	15	33	»	»
	Juin.	15	21	»	»
	Juillet. . . . (Jusqu'au 15).	3	20	»	»

La malade n'est pas réglée pendant l'année 1898.

Obs. VIII. — *Epilepsie. — Accès sériels. — Démence paralytique spasmodique.*

La nommée Lep..., âgée de trente-sept ans, est entrée dans le service le 27 mars 1885.

Antécédents héréditaires. — Père très violent et très emporté. Mère bien portante. Sœur morte de la poitrine.

Antécédents personnels. — Pas de convulsions de l'enfance, a marché à dix-sept mois. Vers dix ans, pendant la Commune, elle eut plusieurs frayeurs, en particulier, elle eut très peur lors de l'incendie de l'Hôtel de Ville. Depuis ce moment, elle a des attaques épileptiques annoncées par des auras, avec hallucinations passagères de la vue. Elle a aussi des vertiges. Après les accès, on voit apparaître des idées de suicide.

Autrefois, elle avait de véritables fureurs maniaques dans lesquelles elle frappait, et était dangereuse.

Maintenant, elle est plus calme, mais constamment hébétée.

En août 1893, elle présente un état saburral de la langue des plus prononcés, et entre d'emblée, sans accès, dans une période d'excitation maniaque et de fureur, pendant laquelle elle met un fauteuil en pièces. Elle a continuellement des mouvements de propulsion des lèvres en avant, comme si elle vou-

©BIUM

lait parler ou boire. La malade est dans un état d'hébétude complète et s'excite par moments. Toutefois, elle ne peut articuler une parole. Elle est dans un état qui rappelle en tout point l'état de mal, sauf les accès.

Guérison le sixième jour.

Mai 1894. Cette malade, qui est une grande épileptique, devient tout à fait démente et présente un état paralytique spasmodique prononcé. Sa démarche est sautillante; la malade se porte le corps en avant et regarde autour d'elle d'un air béat et niais. La parole est traînante et scandée par moments; elle avale quelquefois la première syllabe, puis prononce rapidement les autres. Quand on lui dit de tirer la langue, elle exécute le mouvement au bout de quelques secondes, puis laisse sa bouche ouverte et sa langue tirée, très longtemps, malgré l'ordre qu'on lui donne de fermer la bouche.

Pas de tremblement de la langue et des lèvres.

Pas d'inégalité pupillaire.

Janvier 1895. La malade passe presque toutes ses journées assise sur son fauteuil ou couchée dans son lit; après ses accès, elle est incapable de se tenir debout. Est paralysée des membres, tantôt sous la forme hémiplégique, tantôt sous la forme monoplégique. Est complètement aphasique, le plus souvent par défaut d'idéation; ne comprend rien, ne prête pas d'attention quand on l'appelle par son nom, que, du reste, elle paraît ne pas connaître.

Quand il y a un certain temps que les accès sont terminés, elle répond lentement, d'une manière traînante, puis spasmodique.

Quand elle est assise sur son fauteuil, ses membres inférieurs restent suspendus au-dessus du sol, très raides.

Au lit, les cuisses sont rapprochées, contractées, les pieds étendus en varus équin. L'attouchement fait augmenter la contracture. On soulèverait d'une pièce tous les membres et le corps.

Réflexes rotuliens exagérés. Réflexes tendineux exagérés aussi aux avant-bras.

La sensibilité est très obscure : pas de réflexe plantaire. Etat gastrique presque continuel. Dans les espaces intercalaires, la malade marche spasmodiquement dans la cour, mais est incapable de faire aucun travail. Elle est malpropre, baveuse et gâteuse.

Elle présente quinze à vingt accès par mois, en deux ou trois reprises différentes.

La malade est très mal réglée, elle n'a eu aucune perte pendant les mois de janvier, février et mars 1899.

Son état mental reste toujours sensiblement le même, elle ne

©BIUM

comprend pas les questions qui lui sont posées ; sa parole est scandée, lente et incompréhensible et elle avance les lèvres en les arrondissant pour parler. Grande inspiration avant l'émission du mot. La marche est spasmodique, la malade se promène le corps penché en avant, elle traîne les pieds. Son aspect est niais; le gâtisme, chez elle, est presque continu ; elle ne se livre à aucun travail, et ne peut même plus s'habiller seule.

Souvent on est obligé de lui donner à manger ; les mouvements de déglutition s'accomplissent d'une façon normale, et les aliments ne refluent pas par le nez.

Les réflexes rotuliens sont exagérés.

Les réflexes tendineux des avant-bras ne peuvent être trouvés, car la malade a ses membres supérieurs raides et contracturés, les mains sont fléchies sur les avant-bras, fléchis eux-mêmes sur les bras.

Le chatouillement et la piqûre de la plante des pieds provoquent une extension légère des orteils, suivie aussitôt d'une flexion très nette des orteils et des pieds.

Les pupilles sont égales, mais ne réagissent pas à la lumière.

La sensibilité cutanée est très émoussée.

La trépidation épileptoïde existe d'une façon nette.

Voici le tableau des accès et des vertiges :

MOIS		ACCÈS		VERTIGES	
		Jour.	Nuit.	Jour.	Nuit.
1898.	Juillet. . . .	»	7	»	»
	Août.	3	13	»	1
	Septembre. . .	11	14	»	1
	Octobre. . . .	1	17	»	»
	Novembre. . .	5	13	»	»
	Décembre. . .	10	14	»	»
1899.	Janvier. . . .	3	12	»	»
	Février. . . .	6	11	»	»
	Mars.	3	9	»	»
	Avril.	2	10	»	»
	Mai.	1	20	»	»
	Juin.	2	12	»	»

La malade n'est plus réglée depuis 1898.

SYMPTOMATOLOGIE. — Que remarquons-nous dans ces observations?

Nous voyons, dans les cinq premières, des enfants devenant progressivement démentes à partir de l'âge de

©BIUM

douze à quinze ans et la mort survenir avant trente ans chez deux d'entre elles.

Les trois dernières observations sont relatives à des adultes qui ont présenté les premiers symptômes de démence paralytique spasmodique vers vingt-deux ou vingt-cinq ans, et deux d'entre elles meurent à trente-cinq ans.

Mais ce qui caractérise cette démence, comme je l'ai dit plus haut, c'est cette poussée démentielle après chaque état de mal ou chaque série d'accès prolongés, et l'amélioration relative de l'état mental et de l'état physique dans les espaces intercalaires. Après chaque accès, la stupeur et l'hébétude se prolongent plusieurs jours. A cette hébétude font place la déchéance intellectuelle et les troubles somatiques. L'enfant, qui suivait parfaitement ses compagnes à l'école, ne peut bientôt plus les suivre. Il y a des lacunes considérables dans sa mémoire. Elle est obligée de rapprendre, après chaque accès sériel, ce qu'elle avait appris auparavant, et ce travail de Pénélope ne peut même pas être mis en vigueur quand les accès sont trop rapprochés, et il arrive un moment où ce qui est perdu est bien perdu. La malade ne saura bientôt plus lire ni écrire. Elle ne saura bientôt plus aussi s'habiller et manger proprement. Elle ne comprendra plus ce qu'on lui dira ; elle tombera dans la démence complète et le gâtisme.

En même temps que ces troubles mentaux, nous constatons des troubles physiques du côté de la démarche et de la parole.

Quelquefois on constate de véritables paralysies, hémiplégies ou monoplégies, qui durent seulement quelques heures ou quelques jours pour disparaître ensuite et réapparaître après de nouveaux états de mal surtout. Mais ces paralysies fugaces peuvent bien ne pas se montrer ; on constate seulement de la difficulté et de la lenteur dans les mouvements, dues à de la raideur musculaire et accompagnées d'exagération des réflexes. Cette raideur musculaire augmente quand on fatigue la malade ; elle lui donne alors une attitude toute particulière et la fait quelquefois ressembler à une enfant atteinte de la maladie de Little ou à une parkinsonnienne, sauf le tremblement. Dans les espaces interca-

©BIUM

laires, quand la malade est au repos depuis plusieurs heures, la démarche est traînante au début, puis bientôt elle devient spasmodique après quelque temps de marche ou déploiement de quelques efforts (action de monter un escalier par exemple). Au niveau des membres supérieurs on observe une attitude assez spéciale, d'ailleurs non permanente, caractérisée par l'accolement de la face interne des bras contre le thorax, la demi-flexion des avant-bras écartés du corps sur les bras, la main restant tombante en flexion.

La parole présente un embarras tout particulier : elle est traînante et marque au début un effort; elle se termine par une expiration plus ou moins nette, parfois très brève.

La malade, pour parler, fait une profonde inspiration, avance les lèvres en les arrondissant comme pour sucer ou donner un baiser, puis ouvre largement la bouche, et les lèvres fortement tirées en haut donnent à la physionomie un aspect béat et niais.

La langue est animée quelquefois de mouvements fibrillaires, d'autres fois de mouvements de reptation lente ; enfin, tous les reflexes sont exagérés (réflexes patellaires, tendineux des avant-bras, olécraniens, tendon d'Achille, etc.), et il existe une trépidation épileptoïde marquée.

Diagnostic. — Cette ensemble symptomatique donne à la maladie un aspect particulier, et quand on manque de renseignements, on peut confondre cette affection, comme on l'a fait pour l'observation I, avec l'idiotie ; et je suis convaincu qu'un certain nombre d'enfants épileptiques devenus déments sont envoyés dans les asiles avec cette étiquette : « Idiotie avec épilepsie », ou « Débilité mentale avec épilepsie ». Mais quand le médecin est mis au courant de la marche de la maladie, il ne fera pas cette erreur. Nous savons en effet qu'un idiot est un être qui a toujours été privé d'intelligence, tandis qu'un dément est un malade qui a perdu son intelligence.

Quand la malade est dans l'hébétude avec contracture des extrêmités et attitude toute spéciale, on pourrait confondre cette affection avec la maladie de Little ; mais, là encore, les commémoratifs mettront sur la voie

©BIUM

du diagnostic. La maladie de Little est une maladie de la naissance due au défaut de développement des faisceaux pyramidaux. Elle ne s'accompagne pas d'épilepsie et a tendance à s'améliorer plutôt qu'à s'aggraver. Dans ces deux cas, il y a exagération des réflexes, mais dans la maladie de Little le signe de Babinski est constant. Il consiste, vous le savez, dans le relèvement des deux premiers orteils sous l'influence du chatouillement plantaire.

Chez nos déments paralytiques spasmodiques, ce signe n'existe pas, le réflexe est normal, c'est-à-dire que les doigts fléchissent sous l'influence du chatouillement. Une seule fois je l'ai vu anormal chez une épileptique ordinaire qui était dans le coma de l'attaque. Sous l'influence du chatouillement plantaire, les deux premiers doigts du pied se redressèrent manifestement; mais aussitôt que la malade reprit connaissance ce signe disparut, et en même temps le réflexe patellaire qui avait été fortement atténué revint à son maximum.

Je ne ferai pas le diagnostic de cette variété de démence épileptique spasmodique avec les démences précoces ou hébéphrénies, parce que sous ce nom on a décrit plusieurs cas de démence reconnaissant pour cause principale la puberté, il est vrai, mais dont l'ensemble symptomatique ne forme pas un tout et dont la pathogénie est variable.

La forme de démence que je décris est une démence précoce, puisqu'elle arrive surtout chez les jeunes gens au moment de la puberté ; mais la cause principale de son évolution est l'épilepsie sérielle.

Nous avons une preuve nette de la valeur principale de l'épilepsie sérielle dans trois de nos observations qui concernent des adultes chez lesquelles s'est développée la démence paralytique spasmodique. Nous sommes donc conduits à considérer la puberté comme jouant simplement le rôle d'une cause occasionnelle favorisante.

C'est surtout avec la paralysie générale que ce diagnostic différentiel doit être fait. Ce diagnostic est très délicat, surtout chez les épileptiques qui ont présenté des paralysies passagères, comme cela se voit chez certains paralytiques généraux à la suite d'ictus. Mais

©BIUM

après une analyse complète des symptômes, nous verrons que le diagnostic s'appuie sur des différences notables. D'abord, l'ictus, chez le paralytique général, peut être le premier signal de la maladie, comme l'a signalé Lasègue, ou bien il survient dans le cours de la démence. Dans le premier cas, nous ne relevons pas comme chez l'épileptique des accès nocturnes, des absences, des vertiges ou des accès diurnes plusieurs années auparavant avec tous les caractères essentiels de l'épilepsie. Dans le second cas, les troubles intellectuels et physiques, caractéristiques de la paralysie générale progressive, existaient depuis plusieurs mois chez la malade quand survinrent les accès épileptiformes. La marche de la maladie est donc bien différente. Il ne peut y avoir erreur par ce seul fait. L'étude en outre de chaque symptôme en particulier nous empêchera aussi de faire une erreur de diagnostic.

Voyons d'abord l'embarras de la parole : l'embarras de la parole chez l'épileptique dément spasmodique est bien différent de celui du paralytique général. Pour bien le différencier, voyons ce qui constitue cet embarras chez nos malades. Plusieurs éléments interviennent dans cette gêne de la parole : 1° une difficulté dans la compréhension de la phrase adressée au malade : 2° une difficulté dans l'émission du mot.

En effet que voyons-nous chaque fois qu'on lui adresse la parole ?

D'abord surpris, hébété, il s'arrête, vous regarde fixement, réfléchit et cherche à comprendre ce que vous lui dites ; puis, au bout de 10 à 15 secondes, il vous répond. Il fait d'abord un effort, une grande inspiration, avance ses lèvres en les arrondissant, ouvre la bouche tout en faisant entendre un son prolongé qui est la première syllabe du mot. A cette grande inspiration succède une expiration assez souvent brusque avec émission de la dernière syllabe. En même temps les muscles buccaux se détendent, la bouche s'élargit, tandis que les coins des lèvres, tirés, donnent à la physionomie un air niais et béat. Une fois ce mot émis, il y a une détente et comme une satisfaction de l'effet produit. Jamais un autre mot n'est prononcé spontanément à la suite de celui-là. Si vous voulez avoir une autre réponse

©BIUM

il faut que le malade fasse de nouveau un effort pour vous comprendre et pour émettre un mot.

Chez le paralytique général il y aura accroc, ou achoppement, ou même bredouillement du mot et la réponse est bien plus prompte. Le malade peut en outre émettre plusieurs mots à la suite les uns des autres ; d'un autre côté, il ne fait pas cet effort prolongé d'inspiration au début de l'émission du mot et n'avance pas ses lèvres comme pour embrasser quelqu'un ; ses lèvres au contraire sont agitées comme sa langue de mouvements fibrillaires.

Chez l'épileptique dément spasmodique, souvent la langue tirée hors de la bouche reste dehors sans aucun mouvement, comme contracturée pendant une demi-minute, puis rentre tout d'un coup, comme mue par un ressort, en même temps que la bouche se ferme ; quelquefois, avant de se fixer dehors, elle présente quelques mouvements de va-et-vient (mouvement de trombone). Enfin les membres supérieurs ne présentent pas de tremblement ; ce qui domine chez nos malades, c'est la contracture. — La démarche aussi est bien différente dans les deux cas. Chez l'épileptique, elle est sautillante et spasmodique, au lieu d'être traînante, comme chez le paralytique général.

Cependant, quand nos malades sont dans un espace intercalaire prolongé, leur démarche est traînante ; elle redevient spasmodique par la fatigue, par suite de l'exagération de leurs réflexes. A la longue, la démarche chez nos malades devient très difficile et il arrive un moment où elles ne peuvent plus marcher. Elles restent dans leur lit, couchées le plus souvent en chien de fusil, ou étendues dans un état de raideur spasmodique qui permettrait de les soutenir ainsi d'une seule pièce suspendues au-dessus de leur lit ; ou bien encore elles restent assises dans leur fauteuil les jambes à demi fléchies sur les cuisses, les pieds, portés en dehors, ne reposant jamais à terre et présentant une raideur, une contracture qui augmente aussitôt qu'on les touche et rappelant comme aspect extérieur certains enfants atteints de la maladie de Little.

Chez tous ces malades, depuis le début de la maladie jusqu'à la fin, les réflexes restent exagérés, tandis

©BIUM

qu'on a signalé dans la paralysie générale la diminution des réflexes au fur et à mesure que la démence augmente (1).

Les pupilles restent égales et sensibles à la lumière comme à l'accommodation chez nos démentes épileptiques, tandis qu'elles sont inégales et n'ont souvent pas ou peu de réflexe à la lumière chez les paralytiques généraux.

Le signe de Babinski, normal chez nos sujets dans les espaces intercalaires et inconstant au moment des accès, quand il existe chez les paralytiques généraux, ne paraît pas chez eux susceptible de ces variations temporaires.

Enfin, nos malades présentent un rire niais, un aspect béat ou bien un air ahuri et mélancolique. Elles ont quelquefois des idées vagues de persécution ; mais jamais on n'observe le type spécial de grandeur, de richesse, jamais la démence n'offre les caractères spéciaux du délire *multiple, mobile, non motivé, contradictoire* (Falret) de la paralysie générale progressive.

Enfin, les lésions anatomiques microscopiques et histologiques viennent à l'appui de la différenciation établie par la clinique.

Nous ne trouvons pas d'épaississement des méninges et d'adhérences intimes de celles-ci à la substance grise, et l'examen histologique des pièces de l'observation III, fait par mon interne, M. Legros, par la méthode de Nissl et de Weigert-Pal, n'a montré ni au niveau des vaisseaux ni au niveau des fibres à myéline de la corticalité les caractères classiques de la méningo-encéphalite interstitielle diffuse.

D'ailleurs l'examen histologique de deux autres pièces données à M. le Dr Nageotte vient confirmer l'examen histologique de mon interne et nous donner l'assurance que les lésions anatomiques que nous trouvons chez nos malades ne sont pas les lésions de la paralysie générale.

Voici cet examen histologique :

M. le Dr J. Voisin a bien voulu me confier l'examen

(1) Marandon de Montyel. *Presse médicale*, 1899.

©BIUM

histologique du système nerveux de deux de ses malades. Les pièces de la première (obs. VII) m'ont été remises durcies dans la liqueur de Muller ; j'ai assisté à l'autopsie de la seconde (obs. V), et voici ce qui a été constaté. A l'état frais, le cerveau pesait 1.150 grammes, l'hémisphère gauche étant de 10 grammes plus lourd que le droit ; le cervelet, avec la protubérance et le bulbe, pesait 745 grammes. La décortication était facile ; peut-être en certains points la méninge tenait à l'écorce un peu plus qu'en d'autres ; mais en aucun point il n'y avait d'adhérence véritable et, après décortication, il n'est resté aucune ulcération de la surface corticale. Les circonvolutions n'étaient pas amaigries. Les méninges, non épaissies, étaient uniformément congestionnées. Il n'y avait ni épendymite, ni dilatation des ventricules. Les cornes d'Ammon et les olives présentaient une certaine fermeté.

L'examen histologique a donné sensiblement les mêmes résultats que dans le cas examiné par M. Legros (obs. III). Je n'insisterai pas ici sur les résultats positifs, diminution du nombre des cellules, atrophie assez marquée des fibres tangentielles, augmentation de la névroglie, particulièrement de la couche sous-pie-mérienne : il faudrait pour apprécier exactement l'étendue de ces lésions, pouvoir faire une comparaison approfondie avec des cerveaux du même âge, ce que je n'ai pas encore eu l'occasion de faire. Je voudrais surtout insister sur l'état des vaisseaux de l'écorce cérébrale et me baser sur cet état pour affirmer que la paralysie générale est hors de cause dans ces cas.

Les vaisseaux sont un peu dilatés partout, leurs gaines surtout sont très larges et contiennent des amas pigmentaires, traces de congestions répétées. Leurs parois, si elles ne présentent pas l'intégrité absolue qu'on serait en état d'attendre à cet âge, ne contiennent pas la plus petite infiltration de cellules anormales. Ce sont des vaisseaux plus âgés en apparence qu'ils ne devraient être, mais ils ne présentent aucune trace d'inflammation.

De ce fait négatif, je conclus, d'une façon absolue, que les cerveaux examinés n'appartenaient pas à des paralytiques générales. Quelle valeur a cette affirmation ?

Les lésions histologiques de la paralysie générale

©BIUM

sont actuellement bien connues, et certaines d'entre elles, les plus importantes, sont faciles à mettre en évidence, par une simple coloration à l'hématoxyline. Si des divergences ont pu se produire dans l'interprétation des faits, ceux-ci sont bien établis. Parmi les lésions décrites, celles qui me paraissent les plus caractéristiques sont les altérations vasculaires : dans un cerveau de paralytique général, certains capillaires et certains vaisseaux de calibre ont leurs parois surchargées de cellules dont les noyaux arrondis et uniformes, entourés d'une couche de protoplasma imperceptible, donnent aux coupes colorées par l'hématoxyline un aspect tout spécial. Les lésions des cellules de la névroglie, des fibres à myéline ont beaucoup moins de valeur, car elles se rencontrent dans d'autres circonstances. On a voulu mettre les lésions vasculaires sur le compte de la destruction parenchymateuse des éléments nobles ; mais d'abord dans des affections où les cellules nerveuses et les fibres à myéline subissent une destruction au moins aussi intense que dans la paralysie générale, on n'observe jamais ces lésions spéciales des vaisseaux. Ainsi, dans la sclérose latérale amyotrophique et dans l'atrophie Aran-Duchenne, les vaisseaux des cornes antérieures ne présentent qu'une sclérose banale ; ensuite la distribution même des lésions vasculaires et conjonctives dans la paralysie générale suffit à elle seule pour prouver leur indépendance : on les trouve non seulement dans l'épaisseur des circonvolutions, mais dans la pie-mère et même dans la pie-mère rachidienne, alors que la moelle n'est le siège d'aucune destruction nerveuse notable. Dans la pie-mère spinale, ces lésions sont très remarquables ; on les observe sur toute la périphérie et en particulier dans le sillon antérieur, où elles atteignent les gros vaisseaux spinaux antérieurs, avec une prédilection marquée pour les veines. Dans quelques cas, les veines sont atteintes d'une façon bien spéciale, avec de véritables nodules latéraux que l'on pourrait aussi bien nommer des gommes miliaires.

En un mot, les lésions vasculaires sont diffuses, bien plus étendues que les lésions nerveuses, avec lesquelles elles n'affectent aucun rapport nécessaire. Dans leur ensemble, elles constituent une altération du système

©BIUM

nerveux qui, invinciblement, appelle l'idée d'une inflammation microbienne ; je dois ajouter que, sur les petits vaisseaux et surtout sur les gros, ces lésions ne diffèrent par rien de celles que l'on observe dans les cas de syphilis avérée du système nerveux ; les phlébites en particulier reproduisent d'une façon frappante celles que l'on observe au voisinage des foyers de myélite syphilitique (Lamy, Sottar). Et il faut bien remarquer qu'il n'entre là dedans aucune lésion d'infection secondaire banale ; car d'une part on n'observe pas les leucocytes polynucléaires caractéristiques de ces infections, et d'autre part l'aspect est le même, qu'il s'agisse d'un paralytique mort avec des escarres et en pleine infection ou d'un paralytique mort subitement au début de son affection.

Ces lésions sont très grosses, très visibles, et leur absence dans les cas de M. J. Voisin permet de confirmer sans réserve l'interprétation qu'il en a donnée.

Ceci ne veut pas dire que toutes les fois que l'on trouvera des cellules en nombre anormal sur le trajet des vaisseaux, il faudra en conclure que l'on est en présence d'une paralysie générale. M. Toulouse a bien voulu me permettre d'examiner les coupes du cas qu'il a présenté à la dernière séance, et je crois qu'en effet sa malade était bien atteinte de paralysie générale ; mais je trouve qu'il s'avance trop loin en s'appuyant sur des examens histologiques un peu sommaires et un peu anciens qu'il trouve dans les auteurs, pour conclure à la fréquence de la paralysie générale parmi les formes encore mal connues des encéphalites de l'enfance ; il est possible que beaucoup d'entre elles ressortissent en fin de compte de la paralysie générale vraie, mais pour le démontrer il faudrait de nombreux cas minutieusement étudiés, et jusqu'à plus ample informé il n'est pas évident que toutes les encéphalites infantiles qui ressemblent plus ou moins à la paralysie générale doivent être confondues avec elle.

Il en est de même pour les examens purement macroscopiques, qui sont suffisants dans les cas parfaitement classiques, mais qui doivent être rejetés des discussions scientifiques toutes les fois qu'il y a le moindre doute. Je ne connais pas en effet de caractère macroscopique absolument caractéristique de la paralysie géné-

©BIUM

rale. L'atrophie du cerveau manque dans les cas pris au début; d'autre part, elle existe souvent très marquée chez des vieillards qui n'ont que quelques plaques jaunes; — lorsqu'elle est énorme, elle peut seulement servir de présomption.

Les adhérences de la pie-mère se rencontrent très fréquemment chez les vieillards, sans être aussi marquées que dans les cas les plus typiques de paralysie générale; mais d'autre part on a signalé depuis longtemps, et j'ai vu pour ma part, des cerveaux de paralytiques généraux dont les méninges œdématiées s'enlèvent sans laisser aucune ulcération. Il en est encore de même des granulations épendymaires.

En un mot, on ne peut s'appuyer avec quelque sécurité que sur les cas accompagnés d'un examen histologique bien conduit, portant sur plusieurs points choisis de l'écorce et sur la moelle épinière.

M. Toulouse. — Je suis heureux que MM. Voisin et Nageotte considèrent les malades dont j'ai rapporté les observations comme atteints de paralysie générale. Cette affection peut donc se montrer chez des épileptiques avérés.

M. Nageotte semble attacher peu d'importance à l'atrophie du cerveau dans la paralysie générale. Pour moi, au contraire, c'est un phénomène des plus importants. La démence sénile elle-même se détermine par l'atrophie du cerveau, comme la paralysie générale.

M. Christian. — Je suis surpris d'entendre M. Toulouse émettre une telle opinion. Dans de nombreuses autopsies de paralytiques généraux, je n'ai pas rencontré d'atrophie du cerveau.

Histologie du myélencéphale de Vacher.

M. Toulouse. — J'apporte, aujourd'hui, le résultat des recherches que j'ai faites et que j'ai provoquées sur l'histologie du myélencéphale de Vacher. On se rappelle que le Dr Madeuf, à qui j'exprime de nouveau mes remerciements, m'avait confié dans ce but l'encéphale et la moelle de ce criminel; le cerveau a été examiné au point de vue anthropologique par MM. Laborde et

©BIUM

Manouvrier. Ainsi que je l'annonçais dans un article de la *Revue de psychiatrie* de janvier 1899, j'avais prélevé divers fragments des circonvolutions et de la moelle pour mon laboratoire, et j'avais réparti les autres entre MM. Klippel, médecin des hôpitaux, Philippe, chef de laboratoire à la clinique des maladies du système nerveux à la Salpêtrière, Rabaud, chef de laboratoire à la clinique des maladies mentales de l'asile Sainte-Anne, et Lombroso, qui en avait fait la demande.

Voici les résultats de ces diverses recherches :

NOTE DE M. KLIPPEL. — J'ai étudié le cerveau, le cervelet et la moelle de Vacher sur des coupes faites dans mon laboratoire par M. Aynaud.

Ces coupes ont été traitées par les méthodes de coloration les plus habituellement en usage, les unes par celles de Pal et de Nissl ; les autres ont été coloriées par le picrocarmin, la thionine, l'hématoxyline, l'éosine, etc.

Sur les coupes de circonvolutions cérébrales de différentes régions, on reconnaît la présence de cellules cérébrales de formes normales, très nettes dans leurs contours, sans granulations pathologiques. Les espaces lymphatiques péricellulaires ne sont pas élargis. On retrouve jusqu'à la périphérie de l'écorce, immédiatement au-dessous de la pie-mère, des cellules parfaitement normales suivant les caractères et les formes qu'elles ont en cette région. La vascularisation est peu apparente. Il n'y a point de phénomènes de diapédèse au niveau des gaines lymphatiques vasculaires.

Les cellules rondes qui entourent les espaces péricellulaires sont souvent au nombre de trois ou quatre sur les bords de ces espaces. Elles ne paraissent pas altérées.

Avec d'autres méthodes, on peut reconnaître que les fibres tangentielles sont conservées et même abondantes au-dessous de la pie-mère. Si on ne les voit pas partout avec la même netteté, on peut justement invoquer un défaut accidentel de la technique suivie.

Le cervelet a paru également normal dans sa structure. Pour la moelle, je n'ai pu observer que la portion dorsale inférieure. Celle-ci était normale. Les colonnes de Clarke, les cordons postérieurs, les cellules des cornes antérieures, les faisceaux latéraux n'offrent absolument rien qu'on ne puisse rencontrer sur les moelles de sujets normaux.

En résumé, je n'ai pu constater dans le système nerveux central de Vacher aucune lésion pouvant indiquer que le sujet dont il s'agit fût atteint d'une maladie nerveuse organique, démon-

©BIUM

trable par les procédés histologiques dont nous disposons à l'heure actuelle.

NOTE DE M. PHILIPPE. — Mon examen du cerveau de Vacher est très incomplet, parce que certaines séries de coupes ont raté, et d'autres recherches m'ont empêché de les recommencer. Je ne peux guère parler que de l'état des cellules nerveuses dans l'écorce et dans la moelle épinière. Ces cellules m'ont paru généralement normales, même sur les coupes traitées par le Nissl; elles étaient cependant plus chargées de pigment jaune, comme il arrive toujours chez les vieillards ou chez les personnes sénilisées d'une façon précoce. Je signale aussi une proportion considérable de corpuscules amyloïdes, *matériaux de déchet* des centres nerveux. Ces deux constatations : pigmentation des cellules nerveuses (somatochrome) et abondance de corps amyloïdes, démontrent, je crois, une sénilité précoce chez Vacher. Il faut encore signaler que, au niveau du pôle temporal, les couches *paraissent* moins denses et que les cellules y sont très finement vacuolisées.

Pour ma part, je ne saurais déterminer la signification pathologique exacte qu'il faut attribuer à de semblables modifications cellulaires. — *Nous connaissons très mal l'écorce du cerveau humain, après méthode de Nissl;* nous savons seulement que les couches et que les cellules varient beaucoup d'une région à une autre.

Je ne puis donner aucun renseignement motivé sur l'état des gaines myéliniques de la névroglie et des vaisseaux.

NOTE DE M. RABAUD. — Les divers morceaux ont été examinés chacun au Nissl, par le procédé de Weigert (celui de Pal), à l'hématoxyline polychrome, à l'hématéine et l'éosine. Pour ce qui est du Nissl, j'ai obtenu de bonnes préparations et j'ai toujours vu les cellules en bon état, montrant les divers grains chromophiles avec netteté. Je n'ai pas remarqué des noyaux excentriques et je n'ai pas relevé de chromatolyse.

Pour l'écorce cérébrale, il n'y a pas de lésions des fibres blanches, la zone d'Exner-Tucseck me paraît en bon état. A ce point de vue, la décoloration par le procédé de Pal ou celui de Weigert donne des indications concordantes.

Pour la moelle, pas de scléroses cordonales diffuses ou systématisées.

Le cervelet est parfaitement normal.

Le seul point qui m'ait paru anormal dans un cas qui m'est soumis a trait aux méninges, qui sont peut-être épaissies plus qu'il ne convient pour un homme de l'âge de Vacher. Mais cet épaississement des méninges n'est accompagné d'aucun autre signe histologique morbide.

NOTE DE M. LOMBROSO. — Nous avons (moi et Roncoroni)

©BIUM

trouvé en Vacher des anomalies que l'on constate spécialement chez les criminels-nés : absence de la couche granuleuse profonde ; exagération des cellules pyramidales ; présence des cellules nerveuses dans la couche blanche ; passage brusque des petites cellules superficielles aux grandes cellules.

NOTE DE MM. TOULOUSE ET MARCHAND. — *Cerveau.* — Parties examinées : frontale droite, frontale ascendante gauche, lobe occipital droit.

La coloration au picrocarmin et à l'hématoxyline ne révèle aucune lésion.

Par la méthode de Weigert-Pal, on remarque que les fibres tangentielles sont conservées.

Par la méthode de Nissl, on constate que certaines cellules pyramidales ne se présentent pas sous leur aspect normal. On trouve dans quelques-unes une disparition des éléments chromophiles et des vacuoles. Dans ce cas, la cellule semble avoir perdu de sa forme triangulaire, et le noyau est excentrique.

Certains prolongements protoplasmiques ne montent pas directement vers l'écorce et ont une direction en spirale.

Les noyaux névrogliques ne semblent pas proliférés ; on trouve de nombreux corpuscules amyloïdes dans la substance blanche.

Moelle. — L'examen a porté sur les régions cervicale, dorsale et lombaire.

Les méthodes de Weigert-Pal et de Nissl, ainsi que la coloration par l'hématoxyline, ont été employées et n'ont décelé aucune lésion appréciable.

Un point particulier à relever est la quantité énorme de corpuscules amyloïdes que l'on trouve disséminés dans toute la moelle et surtout sur le trajet intra-médullaire des racines postérieures et antérieures.

Cervelet. — Examiné au moyen des méthodes de Nissl et Weigert-Pal. On ne trouve aucune lésion.

Ces examens, un peu différents dans les détails, se rapprochent par une conclusion commune : on n'a pas découvert dans le système nerveux de Vacher de lésions pathologiques caractérisées. Les altérations que M. Lombroso a décrites n'ont pas été observées par les autres examens, et, l'auraient-elles été, il y aurait lieu d'en discuter l'interprétation.

Là-dessus, l'opinion générale ne serait pas conforme à celle de l'anthropologiste italien. Les altérations cellulaires que j'ai relevées avec M. Marchand, et qui ont été aperçues par M. Philippe, n'ont pas de signification

©BIUM

bien précise. Il est donc impossible d'en faire état. Et j'essayerai d'autant moins de le faire que j'ai soutenu une thèse qui n'est pas confirmée par cet examen histologique.

J'avais dit, et je répète encore, que Vacher avait présenté dans ses crimes et dans sa vie les signes d'une aliénation mentale qu'il est d'habitude de reconnaître. « Il faut attendre, écrivais-je, le résultat de ces multiples recherches pour savoir s'il existe d'autres preuves de l'aliénation mentale de Vacher que les preuves cliniques. Mais il faut aussi bien accepter que si ces dernières peuvent être confirmées, elles ne peuvent nullement être diminuées par l'examen anatomique en cours. Tous les jours des aliénés meurent dans les asiles après avoir parcouru les étapes d'une maladie mentale tout aussi et même mieux caractérisée que celle de Vacher, et cependant, les résultats de l'étude micrographique sont négatifs et sans signification. On ne peut donc appliquer à Vacher, considéré comme aliéné, d'autres lois que celles qui régissent les autres aliénés. »

Ces examens histologiques n'apportent donc aucune lumière dans le débat et chacun restera avec son opinion.

Avant de clore de mon côté cette discussion, je voudrais dire combien il serait désirable que les hommes de science, qui ne doivent avoir d'autre passion que la vérité, ne se considérassent pas comme ennemis parce qu'ils sont d'un avis opposé. En critiquant loyalement le diagnostic des distingués experts de Lyon, je n'ai voulu — ai-je besoin de le dire ? — diminuer en rien le mérite de ces savants médecins, pour lesquels je professe la plus grande estime.

En apportant ces documents à la Société médico-psychologique j'ai pensé que mes collègues trouveraient, comme moi, que cet examen histologique d'un cerveau d'assassin, qui a été fait par diverses personnes compétentes, était par cela même un document d'une certaine valeur. Ce protocole, où certains détails n'ont pu trouver d'explications, sera peut-être un jour éclairé par de nouveaux faits. Quoi qu'il en soit, je le verse comme document dans les archives de la Société.

©BIUM

Observation d'acromégalie chez un dément épileptique.

M. FARNARIER communique l'observation suivante recueillie dans le service de M. le Dr Sérieux, à l'asile de Ville-Evrard :

Il s'agit d'un homme de quarante-huit ans, dont la mère est morte de congestion cérébrale. Lui-même n'a d'autre antécédent que des convulsions infantiles.

Depuis la puberté, il est sujet à des crises épileptiques qui ont nécessité son internement presque sans interruptions depuis 1871. Actuellement il est presque dément, et présente le tableau clinique complet de l'acromégalie (hypertrophie du nez, des pommettes et du maxillaire inférieur, de la langue et de la verge. Mains en battoir, pieds très gros. Cyphose cervico-dorsale. Troubles oculaires).

Ce cas est à rapprocher de trois cas d'épilepsie chez des acromégaliques, signalés par Raymond et Souques, par Chalk, et par Marinesco. Mais dans ces cas il s'agissait d'épilepsie partielle, imputable à l'excitation réflexe de la zone psycho-motrice par la tumeur hypophysaire. Chez notre malade au contraire, il s'agit d'épilepsie légitime, ayant débuté dès l'enfance, et dont la cause ne peut être recherchée que dans la dégénérescence mentale coexistante.

Les acromégaliques sont d'ailleurs très fréquemment des dégénérés, ainsi que le prouve l'étude des nombreux documents épars dans la littérature médicale.

A ce point de vue, on peut étudier :

1° Les *antécédents héréditaires* des acromégaliques : l'hérédité similaire a été notée deux fois d'une façon douteuse ; par contre, on trouve fréquemment signalées l'apoplexie, les diverses névroses et psychoses.

2° Les *troubles psychiques* des acromégaliques : les malades sont le plus souvent affaiblis au point de vue intellectuel, apathiques, indifférents ; parfois tristes, portés aux idées de suicide.

3° Les *psychoses* ou *névroses confirmées :* on a signalé l'hystérie (Guinon), les idées systématisées de persécution (Tamburini, Pick, David Blair), la démence (Lyna Thomas, Joffroy), etc.

©BIUM

En résumé, nous admettons que l'hérédité neuro-arthritique ou vésanique offre un terrain favorable au développement de l'acromégalie, — et que celle-ci, à son tour, par les perturbations certaines qu'elle provoque dans le fonctionnement de glandes à sécrétion interne, comme l'hypophyse, réagit sur le système nerveux déséquilibré de l'héréditaire, déterminant ainsi, selon les prédispositions individuelles, l'éclosion d'affections mentales ou nerveuses variées, mais toujours en rapport avec l'état de dégénérescence.

Nous adoptons pleinement les conclusions de Brunet (dans sa thèse toute récente sur « l'état mental des acromégaliques »). Cet auteur estime à 25 p. 100 la proportion d'acromégaliques affectés de troubles psychiques, l'aliénation mentale étant chez eux huit fois plus fréquente que chez les individus normaux. Nous faisons seulement quelques réserves sur la théorie de Brunet, que certains de ces troubles (affaiblissement intellectuel, apathie, indifférence) seraient dus uniquement aux lésions du corps thyroïde. Nous croyons que même dans ces cas, la dégénérescence mentale est en cause, et nous émettons l'hypothèse que la forme de l'hérédité est peut-être la condition qui explique les différences observées dans les troubles psychiques, les cas caractérisés seulement par de l'affaiblissement correspondant à une hérédité purement neuro-arthritique, et les cas avec idées délirantes étant la manifestation de l'hérédité vésanique.

Sur un cas de paralysie générale avec hallucinations.

M. V. Truelle, interne des asiles de la Seine. — Messieurs, j'ai l'honneur de vous soumettre l'observation d'une paralytique générale chez laquelle, en même temps que l'affection cérébrale organique, s'est développé un état vésanique fruste, surtout caractérisé par des hallucinations visuelles et auditives; ces hallucinations furent par elles-mêmes le point de départ d'actes délictueux qui provoquèrent l'internement de la malade à l'admission de Sainte-Anne.

Il s'agit d'une femme de trente-sept ans, sans profes-

©BIUM

sion, entrée le 28 avril 1899 dans le service de notre maître, M. le Dr Magnan.

Julie P... est fille d'un cultivateur sobre, non nerveux, mort accidentellement du charbon. Quant à la mère, qui a succombé à une affection inconnue un an après son mari, elle fut prise, à la mort de celui-ci, d'un accès de mélancolie avec refus de nourriture et idées de suicide ayant nécessité une surveillance très active.

Trois sœurs et deux frères de la malade, qui est la troisième de ces six enfants, seraient sobres et bien portants. Ce sont là les seuls renseignements que nous avons pu obtenir du mari.

Dans les antécédents personnels, nous ne voyons à relever qu'une fièvre typhoïde à l'âge de trois ans et une attaque légère d'influenza en 1890.

Ni dans les anamnestiques, ni dans l'examen physique de la malade, nous n'avons trouvé trace de syphilis.

Vers l'âge de vingt-cinq ans, elle fit la connaissance d'un individu avec lequel elle consentit à rester toute une année, bien que celui-ci vécût à ses dépens, se grisât et la maltraitât à tout propos; finalement, ce monsieur disparut un beau matin, emportant les économies de la malade qu'elle avait eu la naïveté de lui confier.

Mariée il y a quatre ans, elle n'a jamais eu de grossesse, pas plus après qu'avant son mariage.

D'un caractère ordinairement doux, peu expansif, même plutôt triste, Julie P... s'isolait volontiers, parlait peu. Elle a toujours manqué d'initiative, de volonté ferme, et paraît n'avoir jamais brillé d'une intelligence bien remarquable. Ajoutons à cela une certaine tendance émotionnelle, une certaine nervosité, des crises de sanglots non justifiées, des sursauts d'effroi pour les incidents les plus futiles.

Depuis environ deux ans, l'état de santé générale de la malade, jusqu'alors satisfaisant, paraît se troubler légèrement ; Julie P... accuse de temps en temps des étourdissements ; elle se plaint fréquemment de souffrir de la tête, surtout au niveau des tempes et à la région frontale ; elle se sent moins bien portante, moins « d'aplomb ».

Loin de s'améliorer, cet état de dépression, ces troubles, vagues d'abord, vont s'accentuer insensiblement, et, depuis six mois, sont devenus beaucoup plus nets : ce sont des étourdissements, le matin, qui obligent la malade à s'appuyer à son lit pour ne pas tomber, une céphalée qui persiste, rebelle à tous les traitements; ce sont aussi des troubles de la mémoire dont la malade se rend partiellement compte; c'est un état de langueur générale qui la fait négliger son intérieur ; c'est enfin, par

©BIUM

moments, après les étourdissements, comme une difficulté à parler, comme une paralysie de la langue, très passagère d'abord. Disons, incidemment, qu'il n'est survenu aucun trouble dans la menstruation.

En outre, on remarque un changement dans les habitudes de la malade : elle, sobre jusqu'alors, se met à faire quelques excès de boissons, elle prend, chaque jour, une et quelquefois deux bouteilles de vin vieux, elle abuse d'eau de mélisse (un flacon tous les quinze jours environ) qu'elle s'est elle-même ordonnée contre ses étourdissements. Mais c'est surtout depuis un mois que devient manifeste, pour l'entourage, l'affaiblissement des facultés intellectuelles. Julie P... commet, dans les différents actes de la vie, des erreurs grossières ; par exemple, elle date ses lettres de juillet 1885 ; demande des nouvelles de sa belle-sœur, morte il y a quatre ans ; elle oublie le jour ce qu'elle a fait la veille, devient absolument incapable d'aucun travail suivi. Elle qui, jusqu'alors, vivait peu de la vie des autres, s'épanche maintenant auprès de tous les voisins qu'elle rencontre, en histoires plus ou moins incohérentes ; elle est remplie d'un amour infini de l'humanité, veut aller visiter tous les malades de tous les hôpitaux, leur donner de l'argent ; elle veut embrasser tous les locataires de la maison qui, subitement, sont devenus ses meilleurs amis, ses frères presque. Elle se livre enfin à une série d'achats tous plus inutiles les uns que les autres (six paires de gants, quinze morceaux de savon, etc.). Ainsi, dès maintenant, surtout si nous ajoutons à l'état démentiel, à la tendance expansive, les accrocs de la parole devenus évidents pour tout le monde, paraît s'imposer le soupçon de paralysie générale.

Mais, en même temps que l'affection cérébrale, se développait un état vésanique surajouté qui donne à la malade son cachet particulier, et sur lequel nous allons maintenant insister.

Depuis un mois et demi environ, Julie P... dort moins bien ; elle se réveille fréquemment, causant seule à haute voix, parfois très effrayée, manifestement hallucinée. Elle voit des scènes d'assassinat, du sang répandu, des serpents, des loups, des lapins, toutes sortes de bêtes : « Ça trotte, ça mange, dit-elle, ils ne me font pas de mal, au contraire, je suis toujours à les caresser. »

Bientôt, des hallucinations auditives entrent aussi en scène. Elle entend une petite voix d'homme qui lui donne toutes sortes de mauvais conseils et elle aperçoit son interlocuteur : c'est un homme grand, maigre, imberbe, l'individu avec lequel elle a vécu jadis et qui lui a volé son argent ; il lui ordonne de tuer son mari, de s'empoisonner, de se jeter par la fenêtre : « Il faut le faire, il faut le faire, répète-t-il, allons, montez » ; il lui

©BIUM

donne des rendez-vous en des lieux déterminés, lui conseille de quitter son mari, de divorcer, pour vivre avec lui. En même temps apparaissent quelques idées confuses de persécution et une tentative à peine ébauchée d'interprétation. C'est le diable qui la poursuit ; elle s'imagine que des ennemis sont ligués contre elle ; aussi, certains jours, elle s'enferme dans sa chambre, condamnant portes et fenêtres ; ce qui ne l'empêche pas, le lendemain, de faire des protestations d'amitié au premier voisin qu'elle rencontre dans l'escalier.

Jusqu'à ces derniers temps, Julie P... avait résisté aux ordres de son persécuteur, ordres contrebalancés, il est vrai, par d'autres voix : ce sont quatre petits anges « tout nus, avec des ailes », qui prennent ainsi sa défense.

Mais, quelques jours avant son entrée à l'asile, la malade obéit à l'hallucination dans les circonstances suivantes :

Il y a deux ans, Julie P... aurait été frustrée, par une épicière du voisinage, de la minime somme de six sous ; cette histoire, longtemps oubliée, renaît dans la mémoire de la malade avec la force d'une idée obsédante, et voilà maintenant que la même petite voix lui dit : « Il faut te venger, prends des œufs ! » Et quand la malade passe devant l'étalage de l'épicerie, la voix répète : « Allons, prends les œufs, il faut le faire ! » Si bien, qu'il y a huit jours, Julie dérobe assez adroitement trois œufs qu'elle emporte à la maison. Une seconde fois encore, obéissant toujours à son hallucination, elle vole des œufs sans qu'on s'en aperçoive ; mais, une troisième fois, elle est moins heureuse : le commis épicier qui l'a aperçue cachant dans son tablier le produit de son larcin, la poursuit jusque dans l'escalier de sa maison, et là, après une discussion assez violente, après même un commencement de lutte, parvient à lui faire restituer les œufs volés.

Quelques jours plus tard, la malade fut encore prise en flagrant délit de vol ; la voix lui ayant plusieurs fois conseillé de s'emparer d'une nappe à bordures rouges dans un grand magasin du quartier, Julie finit par obéir ; mais, saisie sur le fait, elle est conduite au poste, où son mari est obligé de venir la réclamer le lendemain.

C'est alors que celui-ci se décide à la faire entrer à l'admission de Sainte-Anne.

Là, on constate à l'arrivée une parole traînante, légèrement chantante et nasonnée, avec quelques accrocs caractéristiques, des répétitions de syllabes ; les pupilles sont inégales, la gauche plus grande, les réflexes lumineux et accommodateurs sont conservés, mais paresseux ; les réflexes patellaires exagérés. On note aussi un léger tremblement des doigts, du tremblement fibrillaire de la langue, de petits spasmes dans les muscles péri-

©BIUM

buccaux. La sensibilité tactile, douloureuse et thermique paraît intacte; il n'y a pas de zones d'hyperesthésie ni d'anesthésie. Pas de symptômes de dénutrition.

La mémoire est très défectueuse : nous sommes, d'après la malade, tantôt en juin 1898, tantôt en août 1879; elle a vingt-huit ans, pas davantage, elle est mariée depuis dix ans; le grand événement de l'année prochaine, c'est l'exposition de 1870. Elle s'embrouille dans ses récits, confond les dates, les divers événements de son existence, se répète, se contredit sans cesse. Priée d'écrire son nom et son adresse, elle écrit bien d'abord : « P... Julie, à Paris »; mais le reste « X.., boulevard de la Villette » devient, par une abréviation et une interversion classiques chez ces malades « boubar X... Vilaitte ».

Ce qui également frappe, au premier abord, c'est l'insouciance où vit la malade, son manque évident de jugement, son obtusion partielle du sens moral ; elle raconte son histoire de sa même voix, monotone, un peu chantante, ayant l'air de trouver sa conduite naturelle; elle rit de la bonne plaisanterie qu'elle a faite à l'épicière, du fameux coup de poing qu'elle a administré au commis qui voulait l'arrêter dans l'escalier; elle trouve fort plaisant d'avoir fait manger les œufs volés à son mari sans qu'il s'en doute. Lorsqu'on lui fait remarquer l'étrangeté de sa conduite, qu'on lui demande si elle aurait été contente qu'on vînt ainsi la voler chez elle, elle répond : « Mais non », avec son sourire inaltérable et un peu niais, et c'est tout. « D'ailleurs, explique-t-elle, la voix me l'avait dit. »

On ne note pas, à proprement parler, d'idées ambitieuses; mais la malade vit dans un état d'euphorie très net : elle est bien ici, elle est forte, robuste, elle se porte bien et ne s'inquiète nullement de son sort; d'ailleurs, elle va sortir demain, ou après-demain, ou la semaine prochaine.

Après quelques jours d'agitation assez intense, avec tendance à des actes violents, agitation sans but précis, mais entêtée, par explosions soudaines, criant qu'elle veut s'en aller, que son mari l'attend, souriant et causant d'autre chose l'instant d'après, la malade reste ensuite pendant tout son séjour à l'asile, ordinairement calme, satisfaite et insouciante. Pendant la première quinzaine, elle ne cherche nullement à s'occuper, se promène au hasard, dans les salles, dans le jardin, sans souci de sa toilette, ou frisée avec des morceaux de papier, qu'elle garde toute la journée dans ses cheveux; puis, elle essaie de se rendre utile, aide aux soins du ménage, mais sans aucune initiative, capable tout au plus d'obéir à un ordre donné.

Soumise au régime abstinent exclusif, elle n'a plus présenté d'hallucinations visuelles; les premiers jours seulement, elle a

©BIUM

continué d'entendre la petite voix qui lui disait à côté d'elle : « Il faut aller chez vous, il ne faut pas rester ici, allez-vous-en ! » Et ces troubles sensoriels paraissent ne pas avoir été sans influence sur l'agitation du début. Actuellement, la malade s'inquiète fort peu de ses hallucinations, n'en parle que lorsqu'on la provoque, et ne se donne pas la peine d'expliquer comment elle a pu ainsi entendre une voix alors qu'elle n'apercevait personne qui lui causât; elle accepte l'hallucination, insoucieuse, et sans doute incapable du moindre effort d'explication.

Un fait, dans cette observation, nous a paru intéressant à relever : la présence des hallucinations.

Sans doute, ce n'est pas une chose tellement exceptionnelle que la présence d'hallucinations avec ou sans idées de persécution, au cours de la paralysie générale. Les différents auteurs, sur ce point, sont assez d'accord; ils le sont aussi sur celui de savoir à quel moment de la maladie apparaissent ces troubles : évidemment alors que la désintégration organique et fonctionnelle des centres nerveux est imparfaite et permet encore d'une part la reviviscence des images, la mise en jeu des centres psycho-moteurs ; d'autre part, les associations nécessaires à l'éclosion des interprétations qui vont conduire le malade aux idées de persécution ; donc à la période de début ou pendant les rémissions.

Mais, où le désaccord commence, c'est lorsqu'il s'agit d'affirmer la nature et surtout l'origine de ces troubles hallucinatoires et délirants.

Font-ils, comme le voulait Ball, partie intégrante de l'encéphalite? Doit-on, avec lui, reconnaître que « les hallucinations de l'ouïe dans la paralysie générale sont bien liées à la maladie elle-même, et non à des complications étrangères » (1)? Ou bien, plutôt, ne devons-nous pas nous rapprocher un peu de cette opinion jadis émise par Baillarger : « Quand il y a délire, c'est une maladie nouvelle qui se surajoute à la démence paralytique? »

Sans aller jusqu'à distinguer avec cet auteur deux affections distinctes selon qu'il y a ou non délire, sans mettre

(1) Ball. *Leçons sur les maladies mentales*, Paris, 1890.

©BIUM

en opposition directe ce qu'il appelait la *folie congestive* ou *paralytique* avec la *démence paralytique*, il est très rationnel pourtant d'admettre que les délires — et nous entendons plus spécialement ici, pour ne pas élargir outre mesure la discussion, les formes délirantes non habituelles dans la paralysie générale — que les délires ne sont, comme nous le disions au début de ces remarques, que des phénomènes surajoutés à la démence, qui, elle, constitue au contraire la caractéristique mentale de la paralysie générale.

Dès lors, ce n'est pas dans la lésion cérébrale organique, interstitielle ou parenchymateuse, qu'il faudra rechercher l'origine de ces troubles.

Dans une étude fort savante sur les paralysies générales, M. Klippel (1) a indiqué de ces faits une interprétation pathogénique très séduisante; jamais il ne nous viendrait à l'esprit d'avoir l'audace de ne pas l'accepter entièrement, si nous ne nous sentions appuyé par l'opinion de savants les plus autorisés. D'après M. Klippel, en effet, la démence est l'expression des lésions cellulaires caractéristiques de la paralysie générale — dégénérescence et destruction des corps cellulaires, disparition des épines, atrophie des organes de terminaison et des panaches protoplasmiques. — Quant aux délires que l'auteur range sous deux grands chefs : expansion et dépression, ils ne sont que le reflet de l'état cénesthétique, c'est-à-dire des troubles de l'innervation vaso-motrice, ressortissant à la lésion des centres vaso-moteurs correspondants. Mais si on peut effectivement expliquer ainsi la gaieté où la tristesse de certains paralytiques, voire leurs idées de force invincible ou leurs préoccupations hypocondriaques, ils devient, semble-t-il, déjà plus difficile de faire rentrer dans cette interprétation les délires ambitieux touffus, les projets de réforme sociale, de bonheur universel, comme aussi les idées de culpabilité, de ruine morale, etc. Que dire alors des délires à base d'hallucinations, des délires plus ou moins systématisés de persécution?

(1) Klippel. Les paralysies générales progressives, *L'Œuvre médico-chirurgicale*. n° 11. Paris, 1898.

©BIUM

Dans ces cas, il paraît nécessaire de faire intervenir un nouveau facteur, celui de la prédisposition psychique, de la dégénérescence mentale préexistante. On ne voit pas, en effet, comment on pourrait rattacher à la seule encéphalite chronique diffuse ces manifestations d'ordre vésanique. Avec notre maître, M. Magnan, nous admettrons donc ceci : « Lorsqu'à l'occasion d'une lésion matérielle des centres nerveux — la paralysie générale dans le cas actuel — un délire systématisé éclate spontanément, sans jalon directeur qui le précède, dira-t-on qu'il est sorti de toutes pièces de la désagrégation commençante du mécanisme mental? Non ; un élément plus profond préexiste, d'où sort directement la psychose : un état mental primitivement défectueux, c'est-à-dire une prédisposition vésanique. »

Que voyons-nous, en effet, dans l'observation que nous venons d'avoir l'honneur de lire devant vous? Une paralytique générale, mais aussi la fille d'une mélancolique, mais aussi une femme de caractère mou, indécis, sans volonté, d'humeur sombre, d'une intelligence peu développée, d'une émotivité exagérée. Cette femme, au début de sa maladie cérébrale, se met à faire quelques excès de boissons et, aussitôt, elle a des hallucinations visuelles, nocturnes, de la zoopsie. Sans doute, le poison alcoolique fut absorbé à doses relativement minimes ; mais il venait agir sur un cerveau doublement atteint et par l'encéphalite et par la prédisposition. Dès lors qu'arrive-t-il? Aux hallucinations de la vue succèdent et se mêlent celles de l'ouïe ; Julie, en qualité de prédisposée, n'a pas seulement les visions terrifiantes spécifiques, elle a surtout des hallucinations visuelles de nature dégénérative ; elle entend des voix : voix mauvaises et bonnes conseillères. Finalement, sous l'empire de ces voix, elle commet des vols, actes démentiels, si l'on veut, mais régis par cette idée d'un dommage anciennement causé, vrai ou faux, à venger.

Ne trouve-t-on pas dans la prédisposition psychique, aidée de l'appoint éthylique, une explication suffisante pour la genèse de ces hallucinations visuelles et auditives?

Est-ce à dire que sans la paralysie générale les faits

©BIUM

se seraient passés identiquement de même? Certes non.

Mais pour nous, le rôle de l'encéphalite a été, ici, surtout un rôle démentiel, et plutôt répressif du délire. L'affaiblissement psychique de la malade ne lui a pas permis d'échafauder un système délirant complexe, de même qu'il ne lui a pas permis un contrôle suffisant de ses actes et l'a ainsi entraînée à ces vols évidemment mesquins et malhabiles autant que malhonnêtes.

Nous croyons donc qu'il faut quelque chose de plus que la paralysie générale pour l'éclosion de ces troubles délirants particuliers.

Sur 859 paralytiques généraux avérés, nous avons de parti pris laissé de côté les cas légèrement douteux, entrés dans le service de l'admission pendant les années 1895, 1898 et les six premiers mois de cette année, nous avons trouvé signalées 59 fois des idées de persécution, et 29 fois des idées mélancoliques, isolées ou associées à des idées de satisfaction ou à des préoccupations hypocondriaques ; les cas d'hypocondrie pure ou combinée à des idées de satisfaction ne figurent pas dans cette statistique.

33 fois parmi les 59 cas d'idées de persécution, nous avons eu des renseignements ; et nous trouvons :

14 fois l'alcoolisme chez le malade ;

7 fois l'alcoolisme combiné à l'hérédité ;

10 fois l'hérédité seule ;

Dans 2 cas seulement nous n'avons pu trouver ni alcoolisme ni hérédité.

Disons encore, pour mieux fixer les conditions de nos recherches que par hérédité nous entendons hérédité alcoolique, vésanique ou névropathique (hystérie, épilepsie ou déséquilibration mentale nettement marquée) des ascendants ou collatéraux directs (père, mère, frères et sœurs).

Parmi les 29 observations de mélancoliques, 14 seulement étaient accompagnées de renseignements, et ces 14 cas se répartissent comme suit :

3 cas d'alcoolisme chez le malade combiné à l'hérédité ;

7 cas d'hérédité seule ;

4 cas où nous n'avons trouvé ni alcoolisme ni hérédité.

©BIUM

Soit, pour les idées de persécution, 17 cas d'hérédité sur 33 et, pour les idées mélancoliques, 10 cas d'hérédité sur 14. Ce qui fait, en réunissant ces deux séries de faits, un pourcentage de 61, 47 p. 100 d'hérédité chez les paralytiques généraux à idées mélancoliques ou de persécution.

Notre collègue et ami le Dr Ameline a, indépendamment de toute forme délirante, recherché la fréquence de l'hérédité chez la même série de malades. Il a bien voulu nous communiquer ses résultats, nous l'en remercions vivement. Abstraction faite toujours des cas non absolument confirmés de paralysie générale, il trouve sur 150 cas avec renseignements 60 cas (40 p. 100) d'hérédité chez les ascendants et collatéraux directs. Encore ce chiffre déjà notablement inférieur aux nôtres est-il comparativement trop élevé, car il comprend quelques cas d'hérédité purement cérébrale (hémorragies, ramollissements, tumeurs, lésions méningées, etc.) non comptés dans notre hérédité. Quoi qu'il en soit, si des 60 héréditaires du Dr Ameline nous retranchons les 27 que nous avons trouvés pour les seuls paralytiques persécutés ou mélancoliques, il ne reste plus que 33 paralytiques à idées délirantes banales (satisfaction ou hypocondrie) sur 150, chez qui on trouve des antécédents héréditaires, soit 22 p. 100. Nous sommes donc bien loin, on le voit, de nos 61, 47 p. 100.

Ajoutons encore, comme contre-partie, que sur les 31 paralytiques avec renseignements, de la même série, qui ne présentaient aucun délire, nous ne trouvons qu'un seul cas d'hérédité (mère ayant des crises épileptiques et atteinte de néphrite chronique); encore le malade était-il depuis 4 ans paralytique général, et très dément. Nous laissons de côté un autre cas où le père était mort hémiplégique.

Sans vouloir attacher aux statistiques une valeur absolue qu'elles ne méritent pas, on conviendra néanmoins que ces faits font suffisamment ressortir la grande fréquence de l'hérédité dans les cas de paralysie générale compliquée d'idées délirantes mélancoliques ou de persécution, qui ne font pas habituellement partie de la symptomatologie de cette affection.

N'est-ce pas là, une fois de plus, la confirmation de

©BIUM

cette loi générale posée par M. Magnan : « La vigueur du délire est conditionnée par l'état de la lésion ; mais son existence l'est par une prédisposition antérieure » ?

La séance est levée à 6 h. 1/4.

RENÉ SEMELAIGNE.

©BIUM

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ALLEMANDS

Neurologisches Centralblatt.

Année 1896.

I. — *Une forme peu connue de névralgie professionnelle;* par le Dr Bernhardt (numéro de janvier). — Remak est le seu auteur qui, sous la rubrique « névroses professionnelles », ait mentionné des faits analogues à ceux que l'auteur a observés. Il s'agit d'une douleur des muscles extenseurs de l'avant-bras, qui s'étend jusqu'aux extenseurs de la main. Cette douleur se manifeste lorsque le malade fait des mouvements volontaires, ou est tout au moins exagérée par ces mouvements, dans les cas où elle existe aussi à l'état de repos.

L'auteur a observé 30 cas, 27 chez des hommes et 3 seulement chez des femmes. A part une jeune violoniste, tous les malades avaient plus de trente ans, et étaient presque tous des ouvriers exposés à déployer une grande force avec les bras. Le siège était de préférence à droite; cinq fois seulement à gauche, et cela chez des ouvriers qui avaient subi des contusions au bras gauche. Il faut, d'après l'auteur, chercher la cause de l'affection dans la compression exercée sur le périoste de l'épicondyle par les muscles extenseurs, qui s'insèrent soit à l'épicondyle soit aux membranes qui l'entourent. Cependant l'affection pourrait aussi naître *à frigore* (rhumatismale). Le pronostic est favorable : il n'y a ordinairement ni inflammation, ni élévation de la température. Le repos, les compresses froides, les badigeonnages à la teinture d'iode, l'électricité, ont, au bout de quelques semaines, raison de la maladie.

II. — *Appréciation médico-légale des délits sexuels;* par le Dr Hoche (numéro de janvier). — Durant les années 1892 et 1893, il arriva souvent que des femmes se promenant seules dans les rues de Strasbourg, furent accostées par un individu qui, écartant prestement les pans d'un large manteau, exhibait

©BIUM

ses parties sexuelles, qu'il éclairait même parfois au moyen d'allumettes-flammes de bengale. Souvent aussi, les domestiques des maisons bourgeoises appelées de bon matin à la porte par un coup de sonnette, se trouvaient en face de ce singulier exhibitionniste. Celui-ci fut arrêté dans une de ces expéditions matinales, et reconnu pour un jeune docteur en voie de passer son « Staats Examen ». Mis en observation à la clinique des maladies mentales, le prévenu fut déclaré responsable, et condamné pour scandale public (article 183 du C. p.) à un an de prison. — Il avait déjà été poursuivi et, paraît-il, acquitté, pour des faits analogues, dans une autre université. Il n'alléguait ni ne simulait l'inconscience au moment des délits, et se contentait d'invoquer l'excuse d'une impulsion irrésistible à des actes qu'il savait être délictueux. Sans tare héréditaire directe, l'inculpé ne présentait pas de symptômes d'épilepsie ni d'une affection mentale quelconque. Il avait eu beaucoup de maîtresses, souvent même plusieurs simultanément, et ne pouvait être considéré comme atteint d'inversion sexuelle; il s'est, du reste, marié en sortant de prison. L'auteur croit qu'il a été amené à ces délits d'exhibition par les excès génésiques, excès qui auraient créé le besoin de chercher des satisfactions génésiques nouvelles dans ces manœuvres anormales, et il est amené, à cette occasion, à s'occuper de la tendance à provoquer un mouvement en faveur de l'abolition de l'article 175 du code allemand, article qui punit de la prison les actes contre nature entre hommes ou commis sur des animaux. Le chef de ce mouvement dans la littérature médicale, est Krafft-Ebing, qui croit que cet article frappe plus souvent des malades que des criminels. Or, l'auteur estime qu'aucun fait scientifique nouveau ne milite en faveur de l'abolition de l'article 175. Les délits visés par cet article, et qui ont pour auteurs des maniaques, des épileptiques, des faibles d'esprit, échappent à la pénalité, grâce à l'art. 51 du Code pénal. Quant à l'inversion sexuelle proprement dite, l'auteur estime qu'elle est loin d'être aussi fréquente que le pense Krafft-Ebing, qui a eu tort de présumer la fréquence de cette anomalie par le succès de librairie qu'a eu sa *Psychopathia sexualis*. Rares sont, d'après l'auteur, les contra-sexuels vrais ou faux qui n'ont pas lu le livre de Krafft-Ebing, et cette lecture il la croit apte à augmenter le nombre des prétendus invertis. L'onanisme réciproque entre personnes du même sexe, et autres démonstrations se rattachant à la vie sexuelle, ne sont pas une preuve d'inversion;

©BIUM

l'auteur donne comme argument la fréquence de ces manifestations dans les collèges, parmi des élèves qui, à leur sortie de l'école, sont et restent des normaux au point de vue sexuel. On ne saurait donc soutenir que les actes en question ne s'observent que sur le terrain de la pathologie.

D'autre part, en admettant même que l'inversion sexuelle soit plus fréquente qu'on ne suppose, il n'y aurait pas lieu pour cela de changer la législation. On ne saurait prétendre qu'une impulsion est irrésistible parce que quelqu'un n'y a pas résisté. Dans la vie génésique normale, l'entraînement peut aussi exister à un degré qui influe d'une manière prépondérante sur toute la vie de l'individu; celui-ci trouve, dans le travail et la bonne conduite, le moyen d'opposer une digue à l'entraînement passionnel. Ne serait-il pas logique de demander aux invertis de se débrouiller de manière à pouvoir vivre avec leur maladie, si maladie il y a? La lutte contre l'entraînement maladif leur sera d'autant plus facile que les auteurs s'accordent à leur prêter une intelligence généralement supérieure et des sentiments très élevés.

Quant aux invertis chez lesquels on constatera des troubles psychiques comme cause de leur entraînement à des actes contre nature, ils échapperont toujours à la répression, grâce à l'article 51 du Code pénal.

III. — *Section de la partie inférieure de la moelle chez les chiens;* par les Dr Gad et Flatau (numéro de février). — Les auteurs ont pratiqué la section de la moelle à la région cervicale ou à la partie supérieure de la région dorsale sur de jeunes chiens; les chiens adultes ne survivent pas longtemps à un pareil traumatisme. Sous la moelle mise à nu, ils poussent un fil dont la constriction produit un écrasement complet de la moelle sans que la dure-mère soit entamée.

Plusieurs semaines plus tard, les tissus examinés au niveau de la ligature, ne présentent plus que du tissu conjonctif, toutes traces de substance nerveuse ont disparu.

Selon que la section fut faite à un niveau plus ou moins élevé, la mobilité de la tête et des membres antérieurs restait plus ou moins intacte, permettant aux chiens de se déplacer en traînant l'arrière-train paralysé après eux.

La sensibilité de l'arrière-train était complètement éteinte, et l'anesthésie, facile à délimiter, s'étendait plus ou moins en avant, selon que la section de la moelle était plus ou moins haut. L'irritation des parties paralysées ne donnait lieu qu'à

©BIUM

des mouvements réflexes. — Les auteurs ont étudié ces mouvements, et parmi eux surtout le réflexe patellaire, qui a pris une importance prépondérante dans la neuropathologie moderne. En effet, à consulter les observations de Kadner, Weiss, Kahler et Pick, Thorburn, Francotte, Babinsky, Wagner, etc., ainsi que les travaux de Bastian, on serait tenté d'admettre que les lésions de la partie supérieure de la moelle dorsale et de la partie inférieure de la moelle cervicale chez l'homme, entraînent la suppression du réflexe patellaire. Cette opinion a du reste été combattue récemment par Bruns. — Des observations faites par les auteurs, il résulte que les chiens dont la moelle a été sectionnée à la partie supérieure de la région dorsale ou inférieure de la région cervicale, ne présentent pas le phénomène de la disparition du réflexe patellaire; celui-ci, il est vrai, est sensiblement affaibli dans ces conditions, quelquefois même, malgré toutes les précautions prises pour le rechercher, on ne le constate pas; mais, même dans ces cas, on le retrouve dans des expériences ultérieures. Les auteurs ont, en effet, constaté que l'intensité du réflexe, ou sa facilité à se produire, varient d'un moment à l'autre sous des influences diverses, telles que bain, miction, alimentation, etc. Ils ont constaté que chez des chiens à moelle sectionnée à la région dorso-lombaire, le réflexe patellaire était fortement augmenté, contrairement à ce qu'on observe après la section de la moelle cervicale ou dorsale supérieure. Ils ont aussi étendu leurs recherches à des réflexes plus compliqués, rythmiques et coordonnés, tels que le réflexe des mouvements combinés pour gratter la peau, et dans la sphère génito-urinaire, les réflexes qui amènent l'érection ou des mouvements simulant le coït.

IV. — *Cas extraordinaire de lésion de la partie cervicale du grand sympathique;* par le Dr Jacobsohn (numéro de mars). — A la suite du curetage d'un abcès ganglionnaire chez un enfant de dix-huit mois, on observe, du côté opéré, du rétrécissement de la pupille et de la fente palpébrale, de la pâleur et de l'abaissement de la température de la face, avec anidrosis et enophthalmie, et affaissement général de la face. Ces symptômes prouvent que le sympathique a été lésé pendant l'opération.

Or, jusqu'à présent, l'atrophie de la face du côté correspondant à une lésion du sympathique avait été considérée comme un symptôme tardif par les auteurs, et notamment par Nicati qui assignait aux lésions consécutives à la paralysie du sympathique trois périodes : la première avec rougeur et élévation de

©BIUM

la température de la moitié correspondante de la face, la deuxième avec teinte rosée allant en diminuant jusqu'à la pâleur caractéristique de la troisième période. Or, l'auteur a vu apparaître les phénomènes de pâleur et d'atrophie immédiatement après l'opération, et il se demande s'il n'en a pas été de même pour les cas de Nicati, attendu que ceux-ci n'ont été observés que longtemps après la lésion.

Faut-il voir dans les faits observés par l'auteur et dans les faits analogues qu'on avait peut-être considérés à tort comme des symptômes tardifs, des conséquences de la paralysie du sympathique, ou s'agit-il au contraire de phénomènes d'excitation? Les symptômes en quelque sorte contradictoires signalés par l'auteur n'ont pas été observés après la section franche du sympathique soit sur les animaux, soit sur l'homme. L'auteur suppose donc que l'écrasement, la déchirure du sympathique, peut produire, parallèlement à des phénomènes de paralysie, des phénomènes d'excitation partielle, lesquels peuvent plus tard dominer la scène en raison de l'excitation produite par la formation du tissu cicatriciel. Si, au contraire, on veut expliquer par la paralysie aussi bien les symptômes de dilatation que ceux de constriction vasculaire qu'on observe à la suite des lésions du sympathique, il faut admettre que ce nerf renferme des fibres affectées à la dilatation, et d'autres affectées à la constriction des vaisseaux et que dans les cas comme celui qui est rapporté ici, les premières de ces fibres ont seules été paralysées par le traumatisme opératoire.

V. — *Contribution à la symptomatologie et à la pathologie des des lésions syphilitiques des artères et du tissu cérébral* ; par le Dr Alelekoff, de Moscou (n° de mars). — Après la monographie de Heubner rapportant cinq cas de syphilis cérébrale, l'auteur croit que son observation ne sera pas sans intérêt, d'autant plus qu'elle confirme les idées de Heubner en ce qui concerne l'anatomie pathologique de cette affection. Il s'agit d'un militaire de vingt et un ans, qui, après avoir été atteint d'un chancre induré en mars 1894, a succombé en octobre, après des accidents cérébraux tels que hallucinations terrifiantes de la vue et de l'ouïe, embarras de la parole, tremblement fibrillaire des muscles, excitation maniaque, affaiblissement intellectuel, crises épileptiformes répétées.

L'autopsie révéla l'existence de plusieurs petits foyers de ramollissement, et des altérations artérielles. L'artère cérébrale moyenne restait béante à la section, montrait des parois

©BIUM

épaisses et la lumière du canal obstruée comme par un thrombus; mais l'examen microscopique, fait après un séjour de huit mois dans le liquide de Muller, montra que ce thrombus n'était autre chose que la tunique interne en état d'hyperplasie. Il est impossible de suivre ici l'auteur dans tous les développements relatifs aux lésions vasculaires constatées à l'examen microscopique, il suffira de dire que ces constatations l'ont amené à se rallier à l'opinion de Heubner qui s'exprime ainsi : « L'irritation par le virus syphilitique s'exerce spécialement sur l'endothélium qui est le premier atteint. » Les lésions observées par l'auteur se montrent également plus accentuées dans la tunique interne, c'est elle qui est le plus atteinte, tandis que la tunique moyenne reste le plus souvent intacte. S'il en était autrement, si la lésion commençait par la tunique moyenne, l'auteur estime qu'en constatant les lésions de la tunique interne, il aurait dû constater l'existence d'un processus régénératif dans la tunique moyenne. Il ajoute que la membrane musculaire et la membrane fenêtrée opposent une barrière à la diffusion du virus, ce qui explique que souvent, au milieu de tissus complètement détruits, on trouve des artères intactes. Il faut donc, avec Heubner, chercher le début des lésions vasculaires dans l'endothélium. La constatation d'une tunique moyenne ou adventice infiltrée, en l'absence d'altérations de la tunique interne, tiendrait à ce que celles-ci, en raison de l'imperfection des moyens d'investigation, nous échapperaient.

VI. — *Mensuration de la rapidité de l'association chez les aliénés et spécialement dans la folie circulaire*; par le professeur Ziehen (n° d'avril). — L'auteur insiste sur l'importance qu'il y a à mesurer chez les aliénés la durée des phénomènes d'association. Il croit que sans installation d'un laboratoire spécial, avec un appareil assez simple, d'un prix de 300 francs à peu près, tous les aliénistes pourraient opérer avec une précision suffisante. Cet appareil consiste sommairement en un mouvement d'horlogerie donnant les centièmes de seconde, ce qui est suffisant; les aiguilles sont mises en mouvement au moment de l'expérience, par un système de déclic.

L'auteur expose minutieusement les précautions à prendre pour réduire au minimum les causes d'erreur, résultat qu'il obtient en variant et en multipliant les épreuves, et en établissant ainsi la vitesse moyenne avec laquelle se produit l'association chez le sujet observé, et ensuite la durée moyenne des

©BIUM

écarts en plus et en moins comparativement à la moyenne d'abord établie. Pour obtenir ces différentes données, il s'est livré à trois espèces d'épreuves. D'abord il avertit le malade qu'il va lui dire un nombre compris entre 1 et 12, et que, dès que ce nombre sera prononcé, le malade devra nommer aussitôt le nombre qui le précède ou celui qui le suit. Dans une autre série ce n'est plus le premier chiffre qui suit celui donné par l'expérimentateur, mais le deuxième de la série, que le malade devra prononcer; enfin, dans une troisième série, le malade, interpellé devra énumérer soit les nombres pairs soit les nombres impairs compris entre 0 et 12. C'est en mesurant le temps écoulé entre l'interpellation et la réponse, que l'auteur obtint la mesure de la vitesse de l'association des idées. Par ce procédé, il a constaté et numériquement évalué un ralentissement de l'association dans les périodes de dépression, et au contraire une augmentation de la vitesse d'association dans les périodes d'exaltation. Dans la deuxième série, quand le malade au lieu de prononcer le nombre suivant immédiatement celui qui lui est indiqué, doit prononcer le nombre précédent, ou celui qui ne suit pas immédiatement; quand, par exemple, à l'appel de 9, il doit répondre par 8 ou 11, les écarts enregistrés pour ce travail plus compliqué étaient plus longs, aussi bien pendant l'exaltation que pendant la dépression. Les écarts diminuaient au contraire quand on faisait répéter plusieurs fois de suite les nombres pairs ou impairs de la série 0 à 12, le travail d'intellectuel au début, devenant par la répétition, simplement mécanique. L'auteur en conclut que dans l'excitation maniaque l'augmentation de vitesse des phénomènes d'association est réelle, qu'elle est un phénomène psychique, et non comme le soutient Kraepelin, un phénomène moteur consistant en une faculté plus grande d'élocution qui en imposerait pour une accélération du travail psychique.

Avec la théorie de Kraepelin, on devrait avoir avec le travail presque mécanique de l'énumération des nombres pairs ou impairs, des écarts de durée plus grands dans les périodes d'excitation et de dépression, et c'est le contraire qui arrive. Les essais de l'auteur ont porté sur une femme alcoolique, ayant de rares crises d'épilepsie et présentant alternativement des accès de mélancolie et de manie : il estime que des recherches faites chez des circulaires, ou chez des aliénés déprimés ou exaltés atteints d'autres psychoses, ne manqueraient pas d'intérêt. Il croit qu'on trouverait des différences

©BIUM

typiques de la vitesse d'association, selon qu'on expérimenterait par exemple sur un maniaque ou sur un dément paralytique agité. Le procédé aurait donc une importance pour le diagnostic, comme il en a une pour la thérapeutique, car l'auteur a constaté les effets de l'opium et de l'alcool sur la durée des phénomènes d'association; en outre, il a étudié les différences de la vitesse d'association comparativement chez les enfants sains et les enfants arriérés, et se réserve de revenir sur ce sujet.

VII. — *Analgésie du nerf cubital (Biernaki) et du sciatique poplité externe, comme symptôme de tabes;* par le Dr Sarbo (numéro d'avril). — En 1894, Biernaki signala l'analgésie du cubital comme symptôme de tabes. Orchonscki a contesté depuis la valeur de ce signe, et Cramer, Göbel, Baedecker, Falkenberg et Hess ont fait des recherches à ce sujet. Le premier a constaté la fréquence de ce symptôme chez les paralytiques généraux; Göbel prétend qu'il manque chez les paralytiques du sexe féminin; enfin, Baedecker et Falkenberg ont observé l'analgésie du cubital chez les aliénés non paralytiques, et ont établi qu'elle est plus fréquente chez les paralytiques à lésions des cordons postérieurs. Quant à Hess, il signale la fréquence de l'analgésie du cubital chez les paralytiques du sexe masculin; mais pour établir la valeur diagnostique de ce signe, il importe de rechercher quelle est la cause de cette analgésie chez les non-paralytiques. Or, d'après Hess, l'analgésie cubitale s'observe chez les épileptiques (hommes) dans la proportion de 8,69 p. 100; chez les femmes épileptiques, elle ne s'observe pas. Enfin, chez douze épileptiques, Hess a vu l'analgésie du cubital subsister six à douze heures après les crises, pour disparaître ensuite. Chez les sujets sains, la réaction douloureuse à la pression est de règle pour le cubital, comme, du reste, pour les autres nerfs.

L'auteur, considérant que, de même que le cubital, le nerf sciatique poplité externe est placé de manière à pouvoir être facilement comprimé, a fait des recherches sur ce nerf, estimant que, étant situé aux membres inférieurs qui d'ordinaire, en cas de tabes, sont les premiers atteints, ce nerf devait plus que le cubital être frappé d'analgésie. Il a expérimenté sur un certain nombre de malades atteints d'hémiplégie, de sclérose multiple, de syringomyélie, d'hystérie, d'atrophie musculaire, de maladie de Little, etc., et a constaté que, dans tous ces cas, la sensibilité du cubital et celle du sciatique poplité externe était conser-

©BIUM

vée. Au contraire, quinze tabétiques ont donné les résultats suivants : analgésie cubitale double, onze fois ; analgésie du sciatique poplité externe double, six fois ; unilatérale, cinq fois. Deux cas présentaient seulement de la diminution de la sensibilité, mais l'intégrité de la sensibilité du cubital et du sciatique poplité externe n'a été constatée que chez un seul des quinze tabétiques. Dix de ceux-ci étaient des hommes, et présentaient tous l'analgésie bilatérale complète. Les analgésies partielles existaient chez les femmes.

Biernaki rattache ces analgésies à des lésions médullaires ; mais, le fait constaté par l'auteur, comme par Göbel et Hess, que le phénomène est moins accentué chez les femmes, semble indiquer que l'état cérébral entre aussi en ligne de compte, et qu'il ne faut pas perdre de vue la plus grande irritabilité de la femme.

Au reste, l'analgésie passagère à la suite de crises d'épilepsie, prouve qu'il y a également un facteur cortical.

En ce qui concerne la plus grande fréquence de l'analgésie du sciatique poplité externe dans le tabes, l'auteur n'a pas trouvé dans ses recherches la confirmation de cette présomption, Il estime qu'il y a encore à approfondir ce côté de la question, et aussi à rechercher à quelle époque l'analgésie apparaît, afin de fixer sa valeur comme signe de tabes.

VIII. — *Notice sur le ruban de Reil ;* par le professeur Flechsig (numéro de mai). — L'auteur signale quelques inexactitudes dans le travail publié par lui sous le titre de *Gehirn und Seele* (Encéphale et âme) », et il annonce la publication prochaine d'un nouveau travail sous le titre de *Die Leitungsbahnen der Kœrperfühlsphäre des menschlichen Gehirns* dans le compte rendu de la Société royale des sciences de Saxe, travail auquel il renvoie ceux que la question intéresse, et dans lequel, se basant sur de nouvelles recherches, il montrera que toutes les descriptions des rapports du ruban de Reil avec les ganglions cérébraux sont incomplètes. Si, comme l'auteur, et après lui Hösel, l'a établi, les rapports du ruban de Reil avec la circonvolution centrale postérieure sont universellement admis, on ignore si c'est directement ou indirectement que ces centres sont reliés entre eux. L'auteur estime que la vérité est entre les deux hypothèses, et qu'une partie du ruban de Reil finit dans le thalamus après avoir traversé le centre médian seulement dans la partie postérieure du noyau latéral. Les cellules ganglionnaires de cette région des couches optiques sont

©BIUM

incontestablement en rapport avec la circonvolution centrale postérieure ; car elles sont frappées de dégénérescence à la suite de lésion de cette circonvolution. Mais, d'autre part, par des observations faites sur le fœtus, l'auteur établit, mieux qu'on ne l'a fait jusqu'à présent, qu'une partie du ruban de Reil va directement à la capsule interne en passant par le thalamus. Les figures qui illustreront son travail mettront ce fait en évidence.

IX. — *Un cas de maladie de Morvan;* par le Dr Max Bielschowsky (numéro de mai). — La maladie décrite par Morvan en 1883 sous le nom de « parésie analgésique à panaris des extrémités supérieures, ou paréso-analgésie des extrémités supérieures », a une place bien déterminée parmi les affections névropathiques.

L'auteur rapporte le cas suivant : une femme de quarante ans a vu, il y a six ans, des engelures profondes se développer sans douleur à la face palmaire du médius gauche. L'année suivante apparurent, toujours sans douleur, au deuxième, troisième et quatrième doigts de la main gauche, des panaris qui entraînèrent la perte des phalangettes. La peau de la main et du bras droit devint insensible, et il y eut du gonflement de l'articulation radio-carpienne gauche. Depuis neuf mois, des symptômes analogues se produisirent à la main droite, et depuis deux ans, la malade constate de la faiblesse des deux bras et une attitude défectueuse par suite de l'inclinaison de l'épaule gauche ; enfin, il y a deux mois, se produisit un gonflement des deux articulations scapulo-humérales, sans réaction douloureuse. L'examen du système nerveux révéla des symptômes qui peuvent se classer ainsi : 1° troubles de la motilité avec atrophie et parésie des muscles des épaules ; 2° troubles de la sensibilité affectant la forme d'anesthésie partielle pour la douleur et la température, et localisés à la partie supérieure du tronc et aux membres supérieurs ; 3° troubles trophiques caractérisés surtout par le relâchement de la peau de la main, par des mutilations profondes des doigts et des altérations particulières de trois articulations, altérations rappelant les arthropathies tabétiques. Cette triade de symptômes montre qu'il s'agit d'une syringomyélie cervicale intéressant aussi la partie supérieure de la moelle dorsale, et la prédominance des troubles trophiques indique cette forme de syringomyélie décrite comme une entité morbide spéciale sous le nom de maladie de Morvan, maladie qui, comme l'ont démontré

©BIUM

Roth et Bernhardt, n'est qu'une forme particulière de la syringomyélie.

Pour le diagnostic différentiel, il fallait envisager l'hypothèse d'une lèpre anesthésique : mais, dans l'espèce, il ne saurait être question de lèpre, parce que, dit l'auteur, la malade n'a jamais été exposée au contage de cette affection, et que, d'autre part, on n'a observé aucune anomalie de pigmentation, aucune altération des troncs nerveux. Enfin, la dissociation marquée des troubles de la sensibilité et leur localisation aux extrémités supérieures, militent également contre l'hypothèse de la lèpre, d'autant plus que la recherche du bacille de la lèpre a toujours donné des résultats négatifs.

X. — *Moral insanity;* par le Dr Naecke (numéro de juin). — L'auteur se plaint de l'anarchie qui règne dans la nomenclature psychiatrique, et insiste sur la nécessité d'une classification internationale. Il voudrait des catégories bien déterminées et proteste contre la multiplicité des subdivisions. C'est ainsi qu'il se range du parti de ceux qui suppriment la folie des querulants pour la faire passer dans une autre catégorie, et voudrait aussi voir disparaître la rubrique « moral insanity ».

En Allemagne, Binswanger, Mendel, Baer, Meynert et l'auteur lui-même tendent à considérer la « moral insanity » non comme une entité morbide, mais comme une variété de la débilité mentale. Les doctrines de Lombroso ont donné à cette question un nouvel intérêt, et l'ont fait trancher dans des sens différents. Tilling et Marro considèrent la « moral insanity » comme une entité morbide qui aurait pour caractère, selon Tilling, une lésion du caractère consistant, d'une part, dans l'affaiblissement des facultés d'arrêt, d'autre part, dans l'augmentation des facultés de décharge. Quant à Marro, considérant qu'il y a des cas où la perversion morale est le symptôme principal qu'on observe chez des gens dont l'intelligence paraît d'ailleurs intacte, et qu'elle constitue en fait une « alterazione mentale », il veut conserver pour ces cas la qualification de « moral insanity », d'accord en cela avec la plupart des auteurs français et italiens, et avec un petit nombre d'auteurs allemands. L'auteur fait remarquer qu'en envisageant l'imbécillité, on trouve une grande fréquence de défectuosités morales, et que, d'autre part, à ne considérer que le développement intellectuel, on trouve en haut de l'échelle des individus d'une intelligence en apparence du moins intacte, et qui néanmoins présentent aussi des défectuosités, des perversions morales, et ce sont ces derniers

©BIUM

qui constitueraient la classe des imbéciles moraux, parce que, chez eux, c'est la dépravation qui domine le tableau. Mais, dans cet ordre d'idées, il faut remarquer, dit l'auteur, combien il est difficile de fixer le degré de l'intelligence, tout critérium sûr faisant défaut; car, en dehors de l'imbécillité indiscutable que nous observons dans les asiles et que l'auteur appelle l'imbécillité pathologique, il existe une imbécillité qu'il qualifie de physiologique et qui se confond communément avec ce qu'on appelle le médiocrité intellectuelle. Or, de même que l'intelligence, le sens éthique peut varier sur une vaste échelle, tout en restant physiologique.

L'on peut voir dans le monde des égoïstes endurcis, se conduisant d'ailleurs correctement, occupant de hautes fonctions et jouissant peut-être d'une intelligence réellement intacte. C'est là l'imbécillité morale physiologique, l'imbécillité morale pathologique ne commençant pratiquement qu'avec les manifestations impulsives nuisibles au malade lui-même ou à son entourage.

Mais une difficulté plus grande que celle de la fixation de la limite de l'état physiologique ou pathologique de l'intelligence et du sens moral, provient de l'impossibilité où l'on se trouve souvent de démêler le facteur individuel d'avec le facteur social. Que dans une famille connue, honorable, il se trouve parmi des enfants bien doués un mauvais sujet réfractaire à toute éducation, l'action du facteur individuel est évidente. Il n'en est plus de même dans les milieux inférieurs, dans les milieux de criminels.

Comment dans ces milieux faire la part du facteur individuel et du facteur social? Quand la perversion existe dès le premier âge, avant que l'action du milieu n'ait pu agir, le facteur individuel se dégage; il en est de même quand il y a des tares héréditaires et des signes somatiques de dégénérescence; mais, en dehors de ces cas, il est impossible de trouver dans les bas-fonds sociaux des cas probants de « moral insanity ». Cela explique les contradictions de Baer et de Lombroso, quand Baer, qui connaît à fond les criminels d'Europe, prétend que dans les prisons le nombre des imbéciles moraux est bien inférieur à celui des individus simplement immoraux, alors que Lombroso et son école admettent parmi les criminels une proportion prépondérante de fous moraux. La contradiction résulte de ce que l'un donnait plus d'importance au facteur social, et l'autre au facteur individuel. L'auteur estime que c'est le facteur individuel qui est prédominant. De même, dit-il, que tout

©BIUM

homme peut devenir aliéné parce qu'il est rare que dans son ascendance il n'ait pas une tare héréditaire, de même il y a au fond de chaque homme un noyau de viciosité qui peut, sous certaines conditions favorables, produire des fruits. Il est certain que, chez le criminel passionnel, le facteur individuel est plus marqué que chez l'homme normal ; il se laissera, pour cette raison, plus facilement entraîner au crime. Cela est encore plus vrai pour le criminel d'habitude, chez lequel le facteur individuel et le facteur social agissent dans le même sens ; néanmoins le criminel d'habitude n'est pas pour cela un criminel-né, car il conserve une partie de son libre arbitre et reste responsable à un degré dont la mesure est donnée par le facteur individuel, à moins qu'il ne soit atteint d'imbécillité ou de quelque psychose. La dénomination de criminel-né (à laquelle il conviendrait d'ailleurs de renoncer pour éviter les équivoques) ne pourrait donc s'appliquer qu'à celui dont l'imbécillité serait réelle, et celui-ci serait irresponsable.

Mais le nombre des fous moraux dans ce sens restreint est si minime, d'après l'auteur, qu'il vaudrait mieux renoncer à la qualification de « moral insanity ». Tous les cas désignés ainsi pourraient être répartis en trois catégories : 1° celle de l'imbécillité, dans laquelle on peut comprendre les cas d'imbécillité physiologique qui fournissent le gros des récidivistes ; 2° celle de la folie originaire (originære Verrücktheit), ou mieux des paranoïdes ; 3° celle de l'imbécillité morale dans le sens le plus restreint, catégorie qui fournit un nombre de cas assez peu élevé et ayant tous rapport à des individus plus ou moins dégénérés. L'auteur ajoute que, dans les deux premières catégories, il s'agit bien aussi de dégénérés ; mais la première a en plus de la troisième, la débilité mentale, et la seconde a, en plus les idées rudimentaires délirantes. Les deux premières catégories ne renferment que de vrais aliénés, la troisième comprend des individus qui sont sur la frontière de la folie et qui appartiennent à la classe des dégénérés non seulement par la fréquence des signes somatiques, mais aussi par la fréquence (l'auteur ne dit pas la constance) des « syndromes » dans le sens que Magnan donne à ce terme.

Dans la pratique, il faut, d'après l'auteur, placer dans les asiles d'aliénés les individus des deux premières catégories, à l'exception des imbéciles physiologiques formant le gros des récidivistes et qui sont responsables dans une certaine mesure donnée par l'appréciation du facteur individuel. Quant à ceux

©BIUM

de la troisième catégorie, ils peuvent être laissés en liberté, s'ils ne font que causer des dégâts que leurs ressources leur permettent de réparer, et s'ils ne sont pas dangereux pour la société; dans le cas contraire, et si leurs actes sont criminels, le placement dans un établissement spécial, asile ou autre établissement, s'impose; mais cet établissement ne devra pas être une prison, attendu qu'il s'agit d'un individu irresponsable, quoique dans le sens restreint il ne soit pas un malade d'esprit, un aliéné.

XI. — *Phénomènes observés chez les pendus qui sont ramenés à la vie;* par le Dr Brackmann (numéro de juin). — Après les publications faites sur ce sujet par Wagner, Butakow, Seydel, E. Régis, Lührmann, Bædeker et Wollenberg, l'auteur rapporte une observation personnelle. Il a vu un homme de trente et un ans, après une tentative de suicide par pendaison, être ramené à la vie par la respiration artificielle, et présenter, avec le retour des mouvements respiratoires, des convulsions générales qui durèrent plus d'une heure. Cet homme n'eut pas, dans la suite, d'autres accidents convulsifs, et son état mental ne fut pas influencé par cette tentative de suicide. Il s'agissait d'un débile mental en état de dépression mélancolique.

L'auteur fait remarquer que, comme l'a constaté Wagner, les convulsions n'arrivent pas immédiatement après l'enlèvement du lien constricteur, mais seulement au moment du rétablissement de la respiration. Wagner attribue les convulsions aux altérations produites dans le cerveau par la compression des carotides, tandis que Möbius les attribue à l'hystérie traumatique.

XII. — *Vomissements réflexes;* par le Dr Graupner (numéro de juillet). — Le vomissement réflexe est produit par une excitation périphérique qui agit sur certains centres réflexes du bulbe; il est aussi le résultat d'une action nocive directe sur le centre du vomissement dans la moelle allongée : c'est là ce qui arrive dans les affections cérébrales et médullaires, et aussi dans l'hystérie, la neurasthénie, la maladie de Basedow. Parmi les vomissements de la première catégorie sont fréquents ceux qui sont dus aux affections du tube digestif et des organes abdominaux (coliques néphrétiques, déplacements de l'utérus, grossesse); les vomissements provoqués par une affection des voies respiratoires sont plus rares. L'auteur a observé un cas où ces causes bien connues en clinique peuvent être écartées, et où le vomissement était provoqué par l'irritation de différents organes des sens, et aussi par le besoin d'uriner. Il s'agit

©BIUM

d'un avoué appartenant à une famille de névropathes, et qui, après avoir fait ses études et son service militaire sans de trop grandes difficultés, eut à l'âge de trente ans, après avoir fumé avec excès, des envies de vomir provoquées par les circonstances les plus variées. L'enchifrènement même léger du nez, l'étroitesse du col de la chemise, le passage au soleil ou dans une chambre chauffée, le besoin de la miction ou de la défécation, la présence de buée ou de poussières sur les verres de ses lunettes, étaient autant de causes de vomissement.

Le pouls était accéléré (90), et montait à 120 ou 130 au moindre effort. La respiration, également accélérée, atteignait le chiffre de 32 à la minute; la pression sanguine montait à 140 et 150 millimètres. L'auteur voit là une excitabilité exagérée du centre du vomissement ou plutôt de la région du noyau du nerf vague; car les troubles respiratoires et circulatoires prouvent la participation de ce nerf.

Il s'agit vraisemblablement d'une intoxication par la nicotine, dont les effets sur la circulation sont bien connus, tandis que son action sur la respiration et le centre du vomissement l'est moins.

Les rares cas de névroses réflexes analogues à celui-ci, qui sont connus dans la littérature, sont généralement attribués à l'hystérie ou à la neurasthénie; c'est ainsi que Erb cite un cas de convulsions respiratoires survenant à la suite de toute excitation subite, visuelle ou auditive. Dehio, de son côté, cite un cas de hoquet qui pouvait être provoqué par l'irritation de n'importe quelle partie de la surface du corps.

XIII. — *Encore la question de la « moral insanity »;* par le Dr Nœcke (numéro d'août). — L'auteur revient sur cette question déjà traitée par lui dans le numéro de juin, en raison du travail publié depuis par le Dr Bleuler, qui identifie le criminel-né avec l'imbécile moral.

D'après Bleuler, le « pauvre Lombroso » aurait été mal compris en ce qui concerne le type criminel. Ce type, il aurait voulu le caractériser simplement par une accumulation plus grande de signes de dégénérescence chez le criminel que chez l'homme normal, comme en ferait foi une déclaration de Lombroso au Congrès de Rome. L'auteur objecte que cette déclaration, qui d'ailleurs ne figure pas au compte rendu, est en contradiction avec les idées émises par Lombroso dans son *Uomo delinquente*. Il reste donc acquis que d'après Lombroso le criminel-né est un type concret, aussi bien caractérisé que le type

©BIUM

mongol ou nègre. Ce « typo criminale », beaucoup de savants ne l'ont trouvé que rarement chez les criminels d'habitude, alors que Lombroso veut que ceux-ci le présentent tous, et que tous il les identifie avec le criminel-né et le fou moral. Bleuler, qui dit avec raison que le type criminel de Lombroso n'est pas, en ce qui concerne les anomalies physiques, mieux distingué du type de l'homme normal que ne l'est en général l'état de santé de l'état de maladie, admet cependant qu'une classe de criminels peut être bien délimitée : celle des criminels uniquement caractérisés par la privation de sens moral (*rei nati* de Lombroso), classe connue depuis longtemps par les psychiatres sous le nom de fous ou imbéciles moraux. Il en conclut que l'existence de la « moral insanity » ne saurait être mise en doute. L'auteur n'est pas de cet avis, il rappelle à ce sujet que le critérium permettant d'exclure toute autre maladie nous manque, et que dans un travail récent Neisser a montré combien est changeante d'un auteur à l'autre la compréhension de l'imbécillité. Comme pour marquer la limite précise où commence l'imbécillité, nous manquons aussi de critérium pour fixer le point où commence la dégénérescence morale.

L'auteur admet que la « moral insanity » peut exister chez des individus intellectuellement presque normaux, moyens ou même supérieurs; mais il croit que ces cas, pour lesquels il voudrait réserver la dénomination de « criminel-né », sont très rares, aussi bien dans les prisons qu'au dehors. Il sait qu'il ne manque pas de ces mauvais sujets qu'autrefois on évacuait volontiers sur l'Amérique ; mais ce sont d'après lui des débiles mentaux, des pervertis à prédominance de facteur exogène. Quant au nombre des fous moraux proprement dits, il serait tellement minime qu'il n'y a pas de raison de conserver l'étiquette de « moral insanity ». En présence d'un cas de ce genre devant les tribunaux, l'expert n'aurait qu'a constater que l'inculpé n'avait pas son libre arbitre, l'étiquette important peu aux juges.

Récemment, Flechsig (*Gehirn und Seele.* Leipzig, 1896) a attiré l'attention sur des cas qui en apparence relèvent de la folie morale. Il s'agit dans l'espèce de défaillances des fonctions cérébrales pouvant amener des actes immoraux ou dangereux chez des individus ne présentant ni débilité mentale ni imbécillité morale, ou bien encore d'états tels qu'une excitation même légère d'un nerf hyperesthésié paralyse l'énergie dans les centres corticaux et annule la faculté de contrôle ou d'arrêt. Ce

©BIUM

sont des phénomènes réflexes qui ont leur origine dans la sphère de la sensibilité générale. Ces malades ne sont pas des fous moraux, ils sont irresponsables au moment de l'action : ce sont des dégénérés supérieurs avec de vrais « syndromes », et qui, en partie du moins, se rapprochent beaucoup des « originaires ».

Par sa découverte des centres de sensibilité et d'association, Flechsig a ouvert là une voie nouvelle. Désormais il faudra chez les vrais fous moraux et chez les criminels rechercher les lésions tangibles de ces centres, et ce n'est qu'après les avoir constatées qu'on pourra déclarer qu'il y a état pathologique.

Peut-être pourra-t-on découvrir les lésions qui donnent si souvent les traits de la « moral insanity » à la paralysie générale, à la manie, à l'hystérie, à l'épilepsie. D'autre part, cette sphère de sensibilité qui peut être atteinte isolément, a des voies d'association nombreuses avec les centres d'idéation, et c'est peut-être là ce qui explique pourquoi l'intelligence est si souvent atteinte dans les cas de défectuosités morales.

Ce qu'on est convenu d'appeler « moral insanity » est, comme le montrent Bleuler et Flechsig, presque toujours un état congénital dû à l'empoisonnement du germe (alcoolisme ou syphilis des parents, etc.).

En ce qui concerne le traitement, Bleuler pousse aux dernières limites les conséquences de sa théorie. Chez tout criminel, dit-il, c'est le facteur endogène qu'il faut prendre en considération. Placé dans les mêmes conditions, un homme normal ne devient pas criminel ; le criminel est donc un être pathologique que par conséquent on ne saurait punir, et en face duquel on n'a que le droit de se défendre.

On peut les séquestrer dans des établissements spéciaux, mais on devra les traiter comme des malades et non chercher à les punir. Au reste, ajoute Bleuler, vouloir proportionner la peine à la faute est en théorie un non-sens et en pratique une impossibilité.

D'accord avec Bleuler pour admettre que chez tout criminel d'habitude le facteur endogène a plus d'importance que le milieu, et que même chez le criminel passionnel le facteur endogène est plus marqué que chez l'homme normal, l'auteur ne voudrait cependant accorder à ce facteur un caractère pathologique que chez certains récidivistes ; il ne voudrait pas accorder le bénéfice de la maladie aux criminels en général, ni

©BIUM

aux criminels d'habitude : il exclurait ceux-ci de l'asile d'aliénés pour les raisons suivantes :

1° Parce qu'en tout individu il y a un certain facteur endogène l'orientant vers le crime ou la folie ;

2° Parce qu'il faudrait d'abord établir à quel moment ce facteur commence à relever de la pathologie ;

3° Parce que, pour arriver à cette délimitation, il faudrait pouvoir isoler d'une manière complète par l'analyse clinique le facteur endogène d'avec le facteur exogène ;

4° Parce que, avec une intensité moyenne du facteur endogène, persiste la faculté de rester un criminel latent et de ne pas devenir un criminel effectif.

XIV. — *Les intoxications chroniques par le trional;* par le Dr Gierlich (numéro de septembre). — L'auteur estime que les hypnotiques lancés depuis cinq ans, à grand renfort de grosse caisse, ne sont pas toujours inoffensifs. Schultze, en 1894, a rapporté le premier cas d'intoxication chronique par le trional; quatre autres cas ont été publiés depuis avec prédominance de symptômes gastro-intestinaux, et Heckel en rapporte un cas avec manifestations morbides du côté du système nerveux central. L'auteur a observé un cas analogue chez un brasseur quelque peu morphinomane, qui à la suite d'insomnies absorba du trional. Il en prit 84 grammes en cinquante-six jours, et présenta à la suite de cette médication de l'incertitude de la démarche, du tremblement de la langue, des mains et des pieds, des mouvements fibrillaires des muscles de la face, de l'embarras de la parole et des troubles de l'écriture rappelant ceux de la paralysie générale, ainsi qu'une sensation de pression et de chaleur à la tête, sans troubles des réflexes. Au point de vue psychique, on observa de la dépression, des gémissements continuels sur le mauvais état de la santé, des accès de colère avec violence, de la perte de la mémoire et du sens d'orientation, le tout sans illusions, ni hallucinations, ni idées délirantes.

Ce tableau clinique fit prendre le malade pour un paralytique général, malgré ses plaintes sur sa santé physique qui concordaient peu avec l'état d'euphorie habituel aux paralytiques.

Avec la suppression du trional tous ces symptômes s'amendèrent et disparurent complètement en trois semaines. La dose de 1 gr. 50 de trional peut donc produire chez des sujets prédisposés des troubles graves du système nerveux central et ne doit pas être continuée longtemps. Il faut ou diminuer la

©BIUM

dose ou ne l'administrer que d'une manière discontinue, afin de permettre l'élimination.

XV. — *Du phénomène du genou et autres phénomènes analogues dans les affections nerveuses;* par le Dr Bechterew (numéro de septembre). — En tirant la rotule en bas et en la maintenant dans cette position, on obtient une extension du tendon du quadriceps (biceps fémoral), et par suite une série de contractions de ce muscle, et des mouvements cloniques de la rotule. C'est le clonus ou phénomène de la rotule dont parle le Dr Cenas dans la *Loire médicale* du 15 septembre 1895, et qu'il croit avoir signalé le premier. Le Dr Cenas devrait à une lacune de la connaissance de la littérature spéciale l'illusion d'avoir découvert un phénomène qui est depuis longtemps du domaine scientifique, et qui a été signalé depuis plusieurs années par l'auteur à ses élèves de Kasan et de Saint-Pétersbourg, et mentionné par lui dans une publication sur « l'acinesia algera » en 1894, et d'ailleurs déjà décrit par Gowers en 1881. Cette question de priorité tranchée, l'auteur reconnaît que les faits signalés par le Dr Cenas méritent de retenir l'attention; ils ont en effet amené ce confrère aux conclusions suivantes : le clonus de la rotule dépend des muscles innervés par le nerf crural, et le clonus du pied dépend des muscles innervés par le nerf sciatique. Or, l'émergence de ce dernier se faisant en un point de la moelle inférieur à celui de l'émergence du crural, le clonus rotulien doit précéder le clonus du pied dans les dégénérescences descendantes, et le suivre, au contraire, dans les dégénérescences ascendantes. Pour la même raison le clonus rotulien doit faire défaut dans la paralysie alcoolique si celle-ci est une névrite périphérique, et doit exister au contraire si l'affection a une localisation médullaire. A propos de la valeur diagnostique du symptôme, l'auteur relate les faits constatés en clinique par lui; il reconnaît, avec Cenas, qu'à l'état de santé le clonus n'existe pas, et que sa présence permet d'écarter l'hypothèse de la simulation. Il admet que, de même que le clonus du pied, le clonus de la rotule indique le plus souvent une lésion organique du système nerveux. Il semble que toute lésion située au-dessus de l'émergence du nerf crural doive provoquer à la fois le clonus de la rotule et celui du pied; mais l'auteur a constaté que cela n'arrive pas toujours, probablement en raison des différences de degré de la lésion aux racines des nerfs qui innervent les muscles de la cuisse (crural) et de la jambe (sciatique). Les conclusions du Dr Cenas relativement à la succession des

©BIUM

phénomènes selon que la dégénérescence est ascendante ou descendante sont, par conséquent, à admettre sous réserves. L'auteur a vu, dans la dégénérescence descendante, le clonus du pied précéder celui de la rotule; il a même vu ce dernier faire complètement défaut, ou apparaître seulement après la disparition du premier.

En second lieu l'auteur estime que le clonus de la rotule peut exister aussi sans lésion organique, comme symptôme d'un trouble fonctionnel (hystérie, névrose traumatique, etc.); dans ce dernier cas le clonus est toujours bilatéral, et l'unilatéralité resterait un signe de lésion organique.

Des phénomènes analogues au clonus du pied et de la rotule ont été observés par l'auteur sur des groupes de muscles isolés, tels que les péroniers, les adducteurs de la cuisse et même les fessiers, ainsi que sur des groupes musculaires des membres supérieurs, et son expérience clinique lui fait poser les conclusions suivantes :

1° Ces formes rares de clonus des muscles des membres supérieurs ou inférieurs dénotent une augmentation de la sensibilité réflexe du système nerveux, comme le prouve du reste l'augmentation des réflexes tendineux qui les accompagnent constamment;

2° Elles ne s'observent pas dans les maladies fonctionnelles et dénotent toujours une lésion organique du système nerveux central.

XVI. — *Mort à la suite d'intoxication chronique par le sulfonal (hématoporphyrinurie);* par le Dr Richard Schulz (numéro d'octobre). — L'auteur publie un cas essentiel d'intoxication chronique par le sulfonal ; ce serait le vingt et unième livré à la presse par différents cliniciens. Dans ces conditions, le signe révélateur de l'intoxication est important à connaître et ce signe serait l'hématoporphyrinurie. L'intoxication aiguë n'est généralement pas accompagnée d'hématoporphyrinurie; l'intoxication chronique évolue avec les symptômes suivants : constipation, fortes coliques, éructations, vomissements verts, soif, odeur d'acétone de l'haleine, céphalée, ascensions thermiques passagères, troubles de la marche, ataxie, crampes, ptosis, paresthésies, anesthésies, diminution ou disparition des réflexes, urine exempte d'albumine, mais renfermant des globules rouges altérés, des cylindres épithéliaux, parfois de l'indican, des matières colorantes de la bile, de la mucine avec hématoporphyrinurie. C'est ce dernier symptôme qui avertit du danger. On l'a

©BIUM

provoqué expérimentalement en administrant du sulfonal aux animaux. L'autopsie révéla dans ce cas des hémorragies de la muqueuse stomacale. On admet que le sang séjournant longtemps dans le tube digestif, condition qui est favorisée par la constipation, se transforme en hématoporphyrine qui, éliminée par l'urine, lui donne une couleur de vin rouge foncé. C'est l'analyse spectrale qui révèle le mieux la présence de ce produit dans l'urine.

La malade dont l'auteur rapporte l'observation a été traitée dans un sanatorium pour des troubles variés du tube digestif avec constipation ; le tableau clinique était celui de l'hystérie. Après avoir pris en un mois 16 grammes de sulfonal, la malade fut placée dans le service de l'auteur pour troubles nerveux, et n'a plus absorbé qu'une fois 1 gramme de sulfonal, néanmoins elle présenta les symptômes de l'intoxication par cette substance énumérés ci-dessus, et y succomba.

L'autopsie ne put avoir lieu. — L'auteur se demande comment une quantité relativement minime de sulfonal a pu produire une intoxication mortelle. Il croit avec Morro qu'il s'agit d'une idiosyncrasie ; il fait remarquer que sur les vingt et un cas mortels publiés, vingt concernent des femmes. Il estime qu'il faut tenir compte de l'état général de la nutrition, et du ralentissement de l'élimination causé par la constipation. Comme conclusion pratique, il conseille d'être très réservé en donnant du sulfonal aux femmes, surtout quand il y a constipation; et il insiste sur la nécessité de surveiller les urines au point de vue spécial de l'hématoporphyrinurie.

XVII. — *Pathologie de la sclérose multiple;* par le Dr A. Strümpell (numéro de novembre). — Quoique séduit *a priori* par la théorie de Marie, qui admet l'origine infectieuse de la sclérose multiple, l'auteur a dû reconnaître le mal fondé de cette opinion. Quarante cas observés par lui ne présentaient qu'exceptionnellement des rapports avec une maladie infectieuse, et ce rapport a fait défaut complètement dans vingt-quatre cas de la clinique d'Erlanger. Pour des raisons de même ordre, l'auteur rejette l'origine toxique (plomb, alcool) de la sclérose multiple et se refuse à la considérer comme une affection primaire du système vasculaire. Il estime que le facteur étiologique principal est endogène, et non exogène, et qu'il consiste en vices de structure congénitaux. Cette opinion est corroborée par les cas de sclérose multiple évoluant avec hydromyélie et explique plusieurs particularités, telles que l'appari-

©BIUM

tion généralement précoce de la maladie, l'extension tardive des lésions aux cylindre-axes, la répartition irrégulière des foyers scléreux. Toutes ces circonstances plaident en faveur d'une inflammation partant de la névroglie, c'est-à-dire d'une gliose multiple dont la cause directe est congénitale ; ce qui n'empêche pas que, de même que pour d'autres affections, un facteur exogène (maladie aiguë, traumatisme) puisse devenir une cause indirecte. En ce qui concerne les symptômes, l'auteur insiste seulement sur les troubles moteurs, qui, d'après lui, ne diffèrent guère de ceux qu'on décrit généralement sous le nom de troubles ataxiques, et que depuis Charcot on appelle à tort « tremblement intentionnel ». Il signale aussi l'absence du réflexe abdominal, qui dans la sclérose multiple manque dans la proportion de 67 p. 100, alors que chez l'homme sain cette proportion est de 13,5 p. 100.

XVIII. — *Contribution à l'étiologie des troubles sensitifs de Bernhardt à la partie supérieure de la cuisse ;* par le Dr Luzenberger (numéro de novembre). — Après les cas de paresthésies dans le domaine du nerf musculo-cutané externe décrits par Bernhardt, Naecke et Freud ont publié des auto-observations de la même maladie. L'auteur a également observé sur lui-même ces symptômes dans les conditions suivantes : il y a cinq ans, contusion de la partie supérieure de la cuisse gauche en heurtant la table ; il y a trois semaines, amygdalite folliculaire, et, à la suite de celle-ci, symptômes de la maladie de Bernhardt à la région contusionnée cinq ans auparavant. Ces symptômes consistaient en sensations anormales pendant le repos, comme si un pansement était appliqué sur la région ; le frottement du drap ou du pantalon causait une sensation de pincement de la peau, le contact de la main était douloureux, et les mouvements de la marche gênés. La sensibilité était conservée sous toutes ses formes, mais exagérée du côté malade. Il s'agissait, d'après l'auteur, d'une névrite infectieuse à laquelle la contusion antérieure avait préparé le terrain en diminuant la force de résistance du nerf musculo-cutané interne. En effet, presque tous les cas relatés ont été observés chez des hommes, ceux-ci étant plus exposés aux traumatismes. Bernhardt cite un cas consécutif au typhus. La localisation d'une névrite infectieuse dans le domaine du musculo-cutané s'explique, d'après l'auteur, par ce fait que ce nerf est par sa situation anatomique plus exposé aux traumatismes.

XIX. — *Sensations et « cosensations » pathologiques chez*

©BIUM

les aliénés ; par le Dr Bechterew (numéro de décembre). — Depuis Müller, on entend par cosensations ou sensations associées, un phénomène que présentent aussi les personnes saines, et qui consiste en ce qu'une sensation localisée dans une sphère donnée de la sensibilité est accompagnée d'une autre sensation dans une sphère de la sensibilité éloignée de la première, et qui n'a été soumise à aucune excitation. Exemple : le chatouillement éprouvé dans le nez lorsqu'une vive lumière impressionne la rétine, etc.

Il est à remarquer qu'à l'état physiologique, ces cosensations ne se produisent que lorsque l'excitation est portée à un certain degré d'intensité, ce qui explique la transmission de l'excitation des éléments impressionnés à d'autres éléments sensitifs voisins. Dans les affections nerveuses, par suite d'altérations de l'excitabilité ou de la conductibilité nerveuse, on voit des sensations d'ordinaire agréables devenir pénibles ou même douloureuses, et l'on constate aussi des cosensations pathologiques, phénomènes qui s'expliquent par la facilité de la transmission de l'excitation d'un centre à un autre.

Or, ces sensations et cosensations existent dans les maladies mentales, mais ont été peu étudiées. L'auteur estime que l'étude en est d'autant plus intéressante qu'elles peuvent exercer une influence sur l'évolution de la maladie mentale, modifier la manière d'être du malade et même donner lieu à certaines idées délirantes, tout comme les hallucinations. Il rapporte deux observations, l'une de folie hallucinatoire chronique, dans laquelle l'attitude du malade a été modifiée par les cosensations, sans que celles-ci donnassent lieu à des idées délirantes. Le malade ne pouvait fixer son regard sur celui de l'interlocuteur sans éprouver dans la verge une sensation analogue à celle qui précède le besoin d'uriner et sans que les traits de l'interlocuteur persistassent devant ses yeux pendant un certain temps. En conséquenee, le malade au lieu de regarder l'interlocuteur, se détournait en quelque sorte et fixait le sol. La seconde observation concerne une femme de vingt-neuf ans avec idées de persécution, hallucinations de la vue, de l'ouïe et de l'odorat et sujette à des « cosensations » de la sphère auditive, tactile et visuelle. Comme exemple, citons seulement la sensation auditive douloureuse provoquée chez cette malade par l'audition de certains mots, les malaises que lui faisait éprouver l'aspect de telle ou telle infirmière, ou l'action de frotter une allumette. Ces cosensations n'ont pas peu contribué au développement de

©BIUM

certaines idées de persécution à l'égard de l'entourage, en faisant croire à la malade que telle ou telle personne exerçait sur elle une influence nuisible.

Une pareille genèse des idées délirantes ne serait pas rare chez les aliénés, d'après Bechterew ; aussi estime-t-il qu'il y a lieu d'étudier ces phénomènes. Il croit que la cause de ces manifestations réside, non dans les troubles de conductibilité ou de sensibilité comme dans les maladies nerveuses, mais dans l'irritabilité anormale et exagérée des centres psychiques consécutive à des troubles trophiques et circulatoires.

Dr Al. Adam.

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE

A Paranoïa. Ensaio pathogenico sobre os delirios systematisados (*La Paranoïa. Essai de pathogénie des délires systématisés*); par le Dr Julio de Mattos, 1 vol., in-12. Lisbonne, 1898.

Ce petit volume, qui est une véritable monographie sur la question, est divisé en deux parties que nous allons successivement analyser.

La première partie est consacrée à l'historique des délires systématisés, qui peut être divisé en trois périodes.

I. — Arétée et Cœlius Aurelianus parlent des persécutés, cela n'est pas douteux; mais les délires systématisés sont confondus avec la mélancolie jusqu'au jour où Esquirol décrit des monomanies expansives distinctes de la lypémanie. — C'est le premier pas dans la voie qui a conduit la psychiatrie française à la conception du délire de persécution de Lasègue.

II. — Avec Lasègue, le délire de persécution s'affirme comme une entité morbide, une maladie mentale évoluant par phases, dont aucune n'est de la mélancolie franche. De plus, il ne constitue pas seulement l'exagération d'une tendance nouvelle, mais un élément pathologique nouveau. — Morel pense que beaucoup de persécutés sont d'abord hypocondriaques avant de devenir ambitieux. Foville interprète le passage des idées de persécution aux idées de grandeur et déclare qu'il résulte d'un raisonnement logique : le persécuté exagère sa personnalité pour la mettre en rapport avec l'intensité des persécutions. Disons, en passant, que cette manière d'interpréter les faits cliniques, adoptée, depuis, par la plupart des auteurs, n'est pas à l'abri de toute critique et se trouve fréquemment en désaccord avec les faits eux-mêmes. Si l'on suit avec soin l'évolution d'un persécuté, on constate que l'idée délirante mégalomaniaque naît d'abord, que le malade l'explique ensuite et l'associe aux idées de persécution. — Legrand du Saulle reproduit les idées et quelquefois aussi les expressions de Lasègue en prétendant faire œuvre originale.

Griesinger soutient que les délires systématisés sont toujours

©BIUM

secondaires aux psychonévroses. Son opinion est un article de foi pendant vingt ans, en Allemagne. Snell et Sander, les premiers, viennent y affirmer qu'il existe des délires systématisés primitifs. Griesinger lui-même en convient. Il s'opère une réaction contre la notion des délires systématisés secondaires dont l'existence est même niée par Koch et Pelman.

En France, Falret décrit les persécutés persécuteurs, qu'il divise en deux catégories. Cette division repose sur des différences dans l'étiologie, la symptomatologie et l'évolution.

III. — Le délire de persécution, le délire hypocondriaque, le délire des grandeurs, sont encore considérés comme de véritables monomanies distinctes les unes des autres. Avec M. Magnan, s'effectue une synthèse qui réunit quelques-unes de ces formes mentales qui sont les manifestations successives d'une même maladie. Un persécuté peut être successivement hypocondriaque, persécuté et enfin mégalomane. Entre les persécutés vrais, les délirants chroniques, comme les appelle Magnan, et les persécutés dégénérés, il existe un fossé profond. Ces derniers diffèrent des premiers par le terrain, les symptômes de la maladie, son évolution, son pronostic. Cette opinion ne peut être et n'a pas été d'ailleurs, même en France, acceptée sans réserves.

En Allemagne, on ne parvient pas à une conception très nette des délires systématisés. Les délires primitifs, les délires systématisés secondaires, les délires systématisés aigus sont envisagés différemment par les auteurs, qui leur donnent des noms différents. Confusion des idées, confusion et multiplicité des termes, voilà ce qui caractérise la psychiatrie allemande aux prises avec les délires systématisés. Sur la question de la paranoïa aiguë, l'accord est particulièrement difficile à établir. Existe-t-il une paranoïa aiguë? En quoi diffère-t-elle des psychonévroses avec conceptions délirantes systématisées épisodiques? Est-elle susceptible de verser dans la paranoïa chronique? Ces questions sont posées par les auteurs allemands, qui n'apportent pas des réponses satisfaisantes.

En Italie, la psychiatrie intervient tardivement dans la question. Elle se fait remarquer rapidement par l'originalité des arguments jetés dans la discussion. — Buccola, Tanzi et Riva, Tonnini consacrent à l'étude des délires systématisés des travaux importants. Pour Tanzi et Riva, la paranoïa est une psychose fonctionnelle à base dégénérative caractérisée par un dérangement des facultés intellectuelles qui n'implique pas une

©BIUM

décadence grave ni un désordre général, qui s'accompagne presque toujours d'hallucinations et d'idées délirantes plus ou moins coordonnées, mais indépendant de quelque cause occasionnelle appréciable, de quelque condition émotive morbide.

Le délire systématisé est le symptôme de prédilection, le symptôme habituel de la paranoïa. Il n'en est pas un symptôme nécessaire. Elle peut exister sans lui. Car il y a une constitution paranoïenne, manifestation de dégénérescence atavique. Les délires systématisés secondaires ne méritent pas d'être désignés par le terme paranoïa puisqu'ils se développent, non sur une constitution spéciale, mais secondairement à une psychonévrose. — Telle est aussi l'opinion d'Amadei, de Tamburini, de Morselli.

Tonnini décrit une paranoïa secondaire qui ne diffère de la paranoïa primitive que par son mode d'apparition. Les conditions nécessaires à l'éclosion d'une paranoïa primitive se réalisent progressivement dans l'ascendance d'un sujet. Celui qui devient paranoïen secondaire réalise lui-même ces conditions, dont une des plus importantes est la psychonévrose sous toutes ses formes. Tonnini en conclut que la paranoïa secondaire est un trait d'union entre les psychonévroses et la dégénérescence.

En Angleterre, en Amérique et en Russie, les auteurs n'ont pas émis sur la question des délires systématisés secondaires des opinions vraiment dignes d'être mentionnées.

Quant à la seconde partie, intitulée : *Etude critique sur la Paranoïa*, nous la résumons ainsi qu'il suit :

M. Julio de Mattos accepte la doctrine anthropologique de la paranoïa. Elle explique tous les faits et synthétise les opinions qui, dans toutes les doctrines, s'imposent comme vraies. Les travaux italiens, bien compris, devraient clore le débat sur une question qui est encore l'objet de vives controverses en Allemagne et en France.

Le délire chronique de Magnan survient chez des sujets primitivement normaux. Il présente quatre périodes : incubation, persécution, mégalomanie, démence. Tous les délires systématisés qui, par leur étiologie, leur marche, s'écartent de ces règles, dénoncent une dégénérescence psychique et doivent rentrer dans la catégorie des délires des dégénérés.

La notion du délire chronique, telle qu'elle est établie par Magnan, ne repose pas sur des bases indiscutables. Il n'est pas admis par les aliénistes allemands et italiens que les persécutés soient des sujets indemnes de tares dégénératives. Krafft-

©BIUM

Ebing affirme au contraire que ces tares existent toujours et Tanzi et Riva soutiennent qu'il existe, primitivement à tout délire systématisé de persécution, une constitution paranoïenne.

En France même, Séglas a observé le délire chronique chez des sujets porteurs de tares de dégénérescence. Tous les persécutés ne deviennent pas des mégalomanes. Il n'est pas certain que les délirants chroniques arrivent toujours à la démence. La doctrine des délires polymorphes des dégénérés de Magnan n'est pas moins contestable.

La *Verrücktheit aiguë* comprend les délires systématisés remarquables par la rapidité de leur évolution, leur curabilité, la prédominance des hallucinations et les conceptions délirantes plus ou moins systématisées qui surviennent à titre épisodique, au cours d'une psychonévrose. Celles-ci, de l'avis de Mendel et de Schüle, ne se différencient pas suffisamment de la manie et de la mélancolie. Il n'en est pas de même des premiers. Certaines formes de paranoïa semblent présenter une phase aiguë. Les choses peuvent se passer ainsi dans la confusion mentale et sans doute aussi dans certaines formes de psychonévrose. Mais il s'agit alors de paranoïa ou de *Verrücktheit secondaire*.

La *Verrücktheit secondaire* diffère de la paranoïa en ce qu'elle succède à une psychonévrose. L'auteur pense qu'elle ne résulte pas seulement de la coopération d'un accès psychonévrotique avec une prédisposition vésanique légère. La paranoïa ou constitution paranoïenne préexiste à la psychonévrose même, qui ne fait que la mettre en évidence.

La doctrine et de Foville sur la genèse des idées de grandeur dans la paranoïa est contestée par l'auteur, qui n'admet pas que leur apparition puisse être le fruit du raisonnement. Nous partageons cette manière de voir, ainsi que nous l'avons dit à l'historique. C'est l'idée qui fait naître le raisonnement et non pas celui-ci qui enfante celle-là. Les auto-observations le prouvent.

Pour Foville et Magnan, l'hallucination est primitive dans le délire chronique. Le délire survient secondairement et pour l'interpréter. Opinion erronée, dit l'auteur. En réalité, l'observation clinique démontre que des délires franchement systématisés peuvent évoluer sans l'intervention d'hallucinations. Sans doute, il y a des délires basés sur des hallucinations. On les a même désignés sous le nom de délires hallucinatoires sensoriels (*Wahnsinn*).

©BIUM

L'hallucination, à elle seule, ne peut créer le délire. Il faut qu'un cerveau soit devenu incapable, par le fait de la maladie, de corriger les erreurs des sens. Le délire ne commence que lorsque cette correction ne se fait plus. Or, d'après l'école de Sainte-Anne, le délire survient chez des sujets normaux, par conséquent capables de corriger des erreurs sensorielles. Hallucinations et interprétations délirantes seraient tout au moins contemporaines dans leur apparition. Il faut reconnaître qu'il y a là un argument sérieux contre la primitivité des hallucinations dans la folie chronique.

L'obsession est un délire systématisé avorté; celui-ci est une obsession progressive. Ainsi peut se résumer l'opinion de l'auteur sur les obsessions dans leurs rapports avec les délires paranoïens.

On n'est pas d'accord sur la manière de comprendre la dégénérescence. Falret la considère comme toujours héréditaire. Cotard et Bouchereau prétendent qu'elle peut s'acquérir. Mendel affirme que pour être dégénéré il faut être porteur de stigmates physiques très apparents. Pour Magnan, les paranoïens ne sont pas des dégénérés, au lieu qu'ils le sont toujours pour Krafft-Ebing.

Il est certain qu'on éprouve le besoin de s'entendre sur une question aussi importante. L'auteur croit que cette entente peut se réaliser sur le terrain anthropologique.

Envisagée au point de vue anthropologique, *la dégénérescence ne peut signifier que l'infériorité d'un individu par rapport à un type normal.* Morel, se laissant influencer par un préjugé théologique, pensait que le premier homme fut un type normal condamné pour sa faute originelle à des conditions dégradantes de lutte avec la nature. Il est plus logique d'admettre que ce type normal est un idéal vers lequel nous évoluons. Cette évolution se fait par à-coups. Les régressions constituent la dégénérescence. Une des formes de cette dégénérescence atavique est la constitution paranoïenne de Tanzi et Riva. Donc la paranoïa est une dégénérescence.

Dans cette importante monographie, tout est intéressant. L'historique y est fouillé. Les diverses conceptions de la paranoïa y sont soumises à une critique judicieuse. On y rencontre des idées originales exposées sous une forme claire et séduisante.

ANGLADE.

©BIUM

Introduction à la médecine de l'esprit; par le Dr Maurice de Fleury, ancien interne des hôpitaux. 1 vol. in-8°, Paris, Félix Alcan, 1897.

Voici un livre dont le succès est fait; en deux années, il est arrivé à sa troisième édition, ce qui est rare pour un ouvrage de médecine. Nous en félicitons bien volontiers l'auteur qui, par l'étendue des connaissances, la clarté d'exposition, l'élégance du style, occupe un des rangs les plus distingués parmi nos publicistes scientifiques. Son ouvrage s'adresse surtout au grand public; mais les médecins qui aiment à revoir, exposées clairement et en un beau langage, les théories qu'ils ont entendues sur les bancs de l'école, le liront avec plaisir et profit; ils y trouveront même quelques idées nouvelles et d'ingénieuses applications thérapeutiques, ainsi que le prouvera la rapide analyse que nous allons en donner.

L'œuvre se divise en deux parties intitulées : la première, *Quelques idées de médecins;* la seconde, *Une morale médicale.* Dans la première, après avoir exposé dans ses grandes lignes les résultats obtenus par les recherches de Charcot et son école sur les phénomènes protéiformes de l'hystérie et de l'hypnotisme, et les explications qu'ils fournissent d'un grand nombre de phénomènes longtemps considérés comme extraordinaires, pour ne pas dire extra-scientifiques, l'auteur aborde avec beaucoup de franchise la délicate question des rapports de la médecine et de la justice, en ce qui concerne la responsabilité. Il n'a pas de peine à démontrer combien les idées des médecins sur ce difficile problème s'éloignent de plus en plus de celles généralement admises par les magistrats et les législateurs. Sans doute la route que ceux-ci auront encore à parcourir pour arriver aux notions fournies par la méthode scientifique d'observation, est longue; mais que de chemin déjà parcouru depuis l'époque, déjà lointaine, où le Premier Président Troplong affirmait « que la médecine légale n'avait ajouté aucun progrès sérieux aux doctrines reçues dans la jurisprudence, et qu'elle ne devait en rien les modifier » !

Le chapitre suivant est consacré à la question des médecins et de la littérature, chapitre un peu composite, car il commence par une enquête sur les effets du tabac sur la santé des gens de lettres, et se termine par une dissertation sur les rapports du génie et de la folie, ou, si l'on préfère, de la supériorité intellectuelle et de la névropathie.

©BIUM

Tout n'a peut-être pas encore été dit sur ces deux points intéressants — intéressants à des degrés différents, bien entendu. Les effets du tabac sur la santé des gens de lettres et, par suite, sur leur activité cérébrale, ressortissent de l'hygiène, et en particulier de l'hygiène individuelle. Pour cet excitant, comme pour tous les autres, il me semble qu'est applicable surtout l'adage latin : *In medio stat virtus*, qui, traduit librement, signifie dans le cas particulier : Usez, mais n'abusez pas. En ce qui concerne la question des rapports du génie et de la folie, qui a déjà fait couler des flots d'encre, il faut avouer que les exagérations de certains de ses défenseurs et leur documentation superficielle lui ont donné le coup de grâce. M. le Dr Regnard, dans la série d'articles récemment publiés dans les *Annales* et qui ont été très remarqués, a repris la question et a démontré ce qu'elle avait de paradoxal ; grâce à sa vaste et sûre érudition, il n'a pas eu grande peine à démontrer combien étaient fragiles ou mal interprétées les preuves apportées jusqu'ici en faveur de la thèse qui est allée en s'exagérant et même en se déformant depuis les premiers travaux de Lelut et de Moreau (de Tours), jusqu'à ceux tout récents de Lombroso (1).

Les deux derniers chapitres de la première partie sont consacrés à des questions intéressantes de psychologie ; elles y sont traitées au point de vue médical, c'est-à-dire scientifique. Pour M. Maurice de Fleury comme pour la majorité des médecins, c'est la meilleure. « La science psychologique, depuis qu'elle est entre les mains des physiologistes et des cliniciens, a réalisé, dit-il avec raison, des progrès et conquis une précision dont on ne se doutait guère il y a seulement trente ans. » Aussi émet-il le vœu que nos Facultés de médecine soient dotées d'une chaire de psychologie physiologique, « où nos étudiants pourraient apprendre, non seulement à mieux connaître les fonctions du cerveau, mais à penser, à concevoir des idées générales, à élever leur moralité et leur intelligence en même temps ». Il ajoute même — et les *Annales*, dont M. Jules Soury est un des plus brillants et des plus dévoués collaborateure, donnent leur entière approbation à l'expression de ce désir : « Quel est le ministre ingénieux qui nous donnera cette réforme, qui placera à la Salpêtrière, entre la chaire de neurologie et la chaire des maladies mentales, la chaire de psycholo-

(1) Les articles de M. Regnard viennent d'être réunis en un volume publié chez l'éditeur Octave Doin.

©BIUM

gie médicale qu'un maître comme M. Jules Soury tiendrait avec un magnifique éclat? »

La seconde partie de l'*Introduction à la médecine de l'esprit*, comprend une série d'essais de thérapeutique morale. L'auteur y parle successivement du traitement de la paresse, de la tristesse, de la colère, de la médecine des passions et, en particulier, de l'amour ; il y ébauche en quelque sorte une morale médicale, basée sur l'observation et l'expérience, et qui présenterait par suite un plus grand caractère de certitude, de généralité et même d'universalité que celles enseignées par les religions. Il y a là des pages excellentes, suggestives, qui sont d'un philosophe, d'un moraliste. Le médecin praticien trouvera, dans ces chapitres, d'excellents préceptes, d'une application fréquente, dont se trouveront bien les nombreux névrosés de sa clientèle.

En terminant cette analyse, trop rapide à mon gré, M. Maurice de Fleury me permettra une légère critique. La lecture de son livre laisse cette impression, que la « médecine de l'esprit » ne daterait que du dernier tiers de ce siècle, depuis les travaux de Charcot et de son école. Certes, le célèbre médecin de la Salpêtrière fut un très grand esprit, un novateur en neuropathologie et un admirable chef d'école ; mais on ne porte nullement atteinte à son illustre mémoire en affirmant que la plupart des questions abordées dans l'ouvrage de notre auteur, ont été déjà traitées, fouillées, sinon complètement résolues, par les médecins aliénistes : la responsabilité atténuée ou non, la psychologie physiologique, la médecine des passions, etc. Sans remonter plus haut, qu'on parcoure les *Annales*, depuis leur fondation en 1843, ainsi que les autres publications spéciales, qu'on dépouille les comptes rendus de la Société médico-psychologique de Paris, et l'on sera étonné de la richesse des documents accumulés depuis plus d'un demi-siècle sur la science de l'homme, sur la médecine de l'esprit. M. Maurice de Fleury, qui rend si pleine justice à ses maîtres, ne m'en voudra pas de lui rappeler ces richesses que nous ont léguées nos prédécesseurs en médecine mentale, qui, eux aussi, ont « semé plus d'une parole utile à l'élargissement, à l'émancipation de la pensée humaine ».

ANT. RITTI.

©BIUM

Les états intellectuels dans la mélancolie; par le Dr Georges Dumas, ancien élève de l'École normale supérieure. 1 vol. in-12 de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine.* Paris, Félix Alcan, 1895.

L'auteur, en analysant avec soin des faits de mélancolie avec conscience et de mélancolie dépressive, s'est appliqué à étudier les lois des associations d'idées chez les mélancoliques. Son travail, très intéressant à bien des égards, se divise en deux parties. La première est consacrée aux rapports des états intellectuels et de l'état affectif; l'auteur nous démontre, après Griesinger, que dans les formes mélancoliques, l'état primitif et permanent, c'est la dépression, les états intellectuels, les idées délirantes étant secondaires. « Le délire, a très bien dit Griesinger, a le caractère de tentatives que fait le malade pour s'expliquer son état. » Il peut arriver toutefois — et le cas est fréquent — que la mélancolie ait une origine intellectuelle : elle se déclare et se maintient à la suite d'un événement douloureux, d'un malheur domestique, d'une idée fixe. Mais si la cause est différente, le phénomène produit, le processus est le même : la mélancolie installée appelle des idées tristes.

L'auteur étudie ensuite l'aboulie chez les mélancoliques. « Le sentiment de ne pas vouloir, dit Schüle, de ne pouvoir se décider est le second symptôme principal de la mélancolie ; il forme avec la dépression douloureuse, l'essence même de la maladie.» Dans la plupart des cas, les malades veulent bien, les projets sont toujours nettement conçus ; mais l'acte ne s'accomplit pas. C'est la volonté active et motrice qui est atteinte ; en un mot, il y a inhibition.

Quant aux impulsions morbides, si fréquentes chez les mélancoliques, ce sont des actes automatiques qui s'accomplissent d'autant mieux que l'aboulie est plus prononcée. « Tout phénomène, dit à ce propos M. Dumas (p. 50), qui n'est pas purement automatique est ralenti ou supprimé; en revanche, les associations automatiques sont plus fortes et les impulsions se produisent... » Telles sont ces tentatives de suicide, subites et non méditées, qui ne sont pas rares chez les mélancoliques.

Il nous est impossible de suivre l'auteur dans ses délicates analyses psychologiques sur la volonté chez les mélancoliques, et sur l'application qu'il en fait au cas si curieux et si intéressant d'Hamlet. Un mot cependant sur ce qu'il appelle le ralentissement psychique et l'invasion du moi. Chez le mélancolique

©BIUM

il existe une sorte de diminution de l'activité psychique, une lenteur de la perception extérieure ; de là, une pauvreté intellectuelle, une raréfaction de l'esprit, et même la monotonie. « Il ne s'agit pas, dit Schüle, d'une absence d'idées, mais bien plutôt d'une stagnation ou d'un mouvement hélicoïde d'un même groupe d'idées qui finissent par percer peu à peu, suivant l'expression de certains malades. »

Par quoi sont produits ces états émotifs et intellectuels, c'est ce qui fait le sujet dans la seconde partie du travail. M. Dumas se range à l'avis de Lange, pour qui « ce sont les états somatiques qui sont primitifs dans toute émotion, et la tristesse, par exemple, n'est que la répercussion dans le cerveau, ou, si l'on veut, dans la conscience, des mouvements organiques qui l'accompagnent ». Partant de ce point de vue, il étudie successivement les rapports des états intellectuels et de l'état organique dans la mélancolie, puis dans l'aboulie et le ralentissement psychique.

Toute cette patiente et délicate analyse psychologique se résume dans les trois conclusions suivantes :

« 1° La mélancolie n'existe pas comme entité mentale, elle se résout, d'une part, en phénomènes sensitifs, de l'autre, en phénomènes d'arrêt ;

« 2° La mélancolie peut avoir une origine intellectuelle ou une origine organique ; mais, dans les deux cas, les phénomènes moteurs précèdent l'état sensitif ou cénesthésie, et la mélancolie n'est jamais que la conscience de l'état du corps ;

« 3° La synthèse est la loi des états intellectuels (idées et images) qui s'associent à la cénesthésie et cette synthèse est logique. »

M. Dumas est un disciple de M. Th. Ribot, professeur au Collège de France. Comme son maître, il croit que la psychologie expérimentale a beaucoup à apprendre de l'étude des maladies mentales. Il ne s'en tiendra pas à l'essai que nous venons d'analyser rapidement et qui mérite d'être lu par tous les médecins aliénistes, désireux de connaître le mécanisme des phénomènes psychiques qu'ils observent.

ANT. RITTI.

©BIUM

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— La truffatrice internazionale. Perizia medico-legale sulle condizioni mentali della signora Sib. B., nata S. (La voleuse internationale. Rapport médico-légal sur l'état mental de la femme Sib. B., née S.); par le prof. Leonardo Bianchi. 24 pages in-8°. Extrait de la *Rivista mensile di psichiatria forense*, etc. Naples, 1898.

— Communication préalable sur l'agent pathogène de la rage ; par le professeur E. Puscariu. 12 pages in-8°, avec planche. Jassy, 1899.

— Il nervosismo di questa fine di secolo. Conferenza letta li 15 gennaio 1899 nel Circolo filologico di Napoli (Le nervosisme de cette fin de siècle. Conférence faite le 15 janvier 1899 au cercle philologique de Naples); par Leonardo Bianchi. 30 pages in-8°. Naples, 1899.

— L'instabilité mentale. Essai sur les données de la psychopathologie; par G.-L. Duprat, docteur ès lettres. 1 vol. in-8° (310 pages) de la *Bibliothèque philosophique contemporaine.* Paris, Félix Alcan, 1899.

— Su le idee fisse. Lezione (Leçons sur les idées fixes); par le professeur L. Bianchi. 35 pages in-8°. Extrait de la *Clinica moderna.* Firenze, 1899.

— Einleitung in die vergleichende Gehirnphysiologie und vergleichende Psychologie mit besonderer Berückrichtigung der wirbellosen Thiere (Introduction à la physiologie comparée du cerveau et à la psychologie comparée avec étude spéciale des animaux invertébrés); par le Dr Jacques Loeb, directeur de l'Institut physiologique de Chicago. 207 pages in-8° avec 39 figures. Leipzig. Johann Ambrosius Barth, 1899.

— Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France. 9e session tenue à Angers du 1er au 6 août 1898. Comptes rendus publiés par le Dr A. Petrucci, secrétaire général. 1 vol. in-8° de 651 pages, Angers, 1899.

— Consideraçõs sobre as polynevrites encaradas à luz da moderna concepção do sytema nervoso (Considérations sur les polynévrites envisagées à la lumière de la conception moderne du système nerveux); par le Dr A. de Conto Maia. 93 pages in-8°. Thèse de Bahia, 1898.

— Essai sur les symptômes et le diagnostic de la maladie de Bayle (paralysie générale des aliénés); par le Dr Henri Lalande. 69 pages, in-8°, thèse de Paris, 1899.

— Folie, alienation mentale et criminalité; par le Dr G. Audiffrent. 29 pages, in-8°, s. l. n. d.

— Un cas de maladie d'Aran-Duchenne à marche anormale;

©BIUM

par les Drs E. Noguès et J. Sirol. 8 pages, in-8°, Toulouse, 1899.

— Délires systématisés secondaires; par le Dr D. Anglade. Rapport présenté au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de Marseille. Avril 1899. 140 pages, in-8°. Marseille, 1899.

— Les contractures et la portion spinale du faisceau pyramidal (le syndrome paréto-spasmodique et le cordon latéral). Leçons cliniques du professeur Grasset, recueillies et publiées par le Dr Gibert. 106 pages, in-8°. Extrait du *Nouveau Montpellier Médical*. T. VIII, 1899.

— Ueber Analyse der Unterschiedsempfindlichkeit. Experimentelle Beiträge (Sur l'analyse de la sensibilité à la différence. Contributions expérimentales); par Lillie J. Martin et G. E. Müller. 223 pages, in-8°. Leipzig, Johann Ambrosius Bartz, 1899.

— Un cas fruste de tabes combiné; par les Drs E. Noguès et J. Sirol. 12 pages, in-8°. Extrait des *Archives médicales de Toulouse*, numéro du 15 février 1899.

— Du degré de métamorphose des globules blancs du sang dans quelques affections du système nerveux central; par W. V. Krumbmiller. 35 pages, in-4°. Extrait des *Archives des sciences biologiques*, janvier 1899, s. l.

— Aliénés méconnus et condamnés; par le Dr Th. Taty, Rapport présenté au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de Marseille. Avril 1899, 47 pages in-8°. Marseille, 1899.

— Lèpre et aliénation; par le professeur Paul Kovalevsky, de Saint-Pétersbourg. 7 pages in-8°. Extrait de la *Revue neurologique*, s. d.

— A case of syringomyelia with inusual symptoms. Autopsy; microscopical examination (Un cas de syringomyélie avec symptômes inusités. Autopsie; examen microscopique); par les Drs William Norton Bullard et John Jenks Thomas. 10 pages in-8° avec planches. Extrait de *The American Journal of the medical sciences*, Mars 1899.

— Du cérébro-typhus sans dothiénentérie (les typho-psychoses); par le Dr Emile Audemard. 106 p. in-8°. Thèse de Lyon, 1898.

— Maladie de Thomsen à forme fruste avec atrophie musculaire; par les Drs E. Noguès et J. Sirol. 7 p. in-8° avec planches. Extrait de la *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*. Paris, s. d.

©BIUM

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Arrêté du 30 septembre 1899. — M. Guillot (Maurice), sous-chef de bureau au ministère de l'intérieur, chef du cabinet de M. le Conseiller d'Etat, secrétaire général du ministère de l'intérieur, est nommé directeur de l'asile clinique (Sainte-Anne), à Paris, en remplacement de M. le Dr Taule, admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à la retraite, et nommé directeur honoraire.

NÉCROLOGIE

Paul Janet. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de Paul Janet, professeur honoraire de la Faculté des lettres de l'Université de Paris, membre de l'Institut (Académie des sciences morales et politiques), décédé à Paris le 4 octobre 1899, dans sa soixante-dix-septième année.

Né à Paris le 30 avril 1823, M. Paul Janet fut admis à l'Ecole normale en 1841. Il enseigna successivement la philosophie au lycée de Bourges, à la Faculté des lettres de Strasbourg, puis au lycée Louis-le-Grand, et fut enfin appelé à la chaire d'histoire de la philosophie à la Sorbonne, qu'il occupa jusqu'à l'heure de sa retraite.

Avec Paul Janet disparaît le dernier survivant de l'école de Victor Cousin, dont il avait adopté le spiritualisme éclectique; mais, malgré son incontestable talent de professeur et d'écrivain, les doctrines qu'il professait n'avaient plus de prise sur les générations nouvelles ; et si son enseignement rencontrait encore des auditeurs, si ses écrits avaient encore des lecteurs, on peut dire qu'ils ne faisaient plus de disciples.

Paul Janet était membre de la Société médico-psychologique depuis le 25 janvier 1858 ; il venait augmenter le petit groupe de philosophes qui s'était agrégé à cette compagnie dès le jour de sa fondation, et qui prit une part active à ses travaux, tant que les discussions restèrent dans les généralités. C'est ainsi que Paul Janet se montra dialecticien habile lorsque la Société aborda la question de vitalisme, celle de la responsabilité partielle. Partisan du libre arbitre absolu, il se trouva aux prises avec des adversaires obstinés qui, comme Dally, étaient de résolus déterministes.

©BIUM

Paul Janet fut élu président de la Société médico-psychologique pour 1867. C'est en cette qualité qu'il fut appelé à diriger les débats du premier Congrès aliéniste international qui se tint à Paris du 10 au 14 août de la même année. Il prononça, à cette occasion, un discours, qui est un véritable plaidoyer *pro domo sua*, en faveur de la psychologie philosophique. Certes, il ne dénie pas les droits de la psychologie médicale à l'existence; elle peut même, selon lui, « vivre en bon accord » avec l'autre; mais il ne semble pas entrevoir les services qu'elle est destinée à rendre à cette dernière; encore moins soupçonne-t-il que cette psychologie médicale peut fournir les documents les plus curieux, les plus démonstratifs, aux recherches de la psychologie proprement dite, sans épithète, ou, si l'on préfère, de la physiologie psychique.

Depuis 1870, Paul Janet est rarement venu aux séances de la Société. D'ailleurs, le groupe des philosophes s'est, en quelque sorte, éliminé de lui-même; il n'y avait plus à l'ordre du jour de ces grandes questions générales qui pussent les intéresser; un courant nouveau mais fatal s'était produit; la clinique, l'assistance ou la médecine légale des aliénés avaient fini par prévaloir sur les généralités : la médecine mentale l'emportait définitivement sur la psychologie philosophique, celle fondée sur l'observation intérieure.

Tous ceux qui ont approché Paul Janet conserveront de lui le souvenir d'un homme excellent, d'un travailleur consciencieux et infatigable; il laisse une œuvre très compacte, dont une partie, celle relative à l'histoire des doctrines philosophiques et morales, lui survivra. — A. R.

L'OPEN-DOOR A BUENOS-AYRES

Le 21 mai 1899, a été posée la première pierre d'un asile à portes ouvertes ou colonie nationale d'aliénés à Lujan, province de Buenos-Ayres. Le président de la république Argentine, M. le lieutenant général M. J.-A. Roca, qui présidait cette cérémonie, ouvrit la séance par une courte allocution où il glorifie les vertus du nouveau mode d'assistance des aliénés. « Le système de la cure en plein air, dit-il entre autres, sans enceintes ni hautes murailles qui rappellent la prison, sous l'action directe de la nature, toujours vivifiante, même pour ceux qui n'ont pas perdu la raison; la cure, en pleine jouissance de la liberté et dans l'exercice salutaire des travaux champêtres, c'est le dernier mot de la science comme traitement de toutes les affections mentales. »

Dans le discours prononcé ensuite par M. le Dr D. Cabred, président de la « Commission fondatrice du nouvel asile des

©BIUM

portes ouvertes », notre distingué collègue, après avoir tracé à grands traits les diverses phases traversées par le projet émis par lui avant d'arriver à l'exécution, fait le procès des asiles fermés et exalte le système que doit inaugurer la « colonie nationale » dont il est l'inspirateur et le fondateur. Il nous promet que « le chiffre des guérisons et des améliorations sera bien plus grand que celui que l'on obtient aujourd'hui dans nos asiles fermés ; le bien-être physique et moral dont l'aliéné jouira sera également plus considérable, et l'on aura ainsi atténué, dans la mesure du possible, le sombre pronostic de ces malades ». « J'en accepte l'augure, et j'ose l'espérer », dirai-je avec le poète. Et si M. Cabred arrive, par ce moyen, à diminuer le nombre des chroniques qui, comme les persécutés, les déments précoces, voire même les paralytiques, finissent avec le temps, et quoi qu'on fasse, par encombrer les asiles d'aliénés, il aura rendu un grand service à l'humanité.

Le nouvel établissement de Buenos-Ayres se composera de deux parties principales : l'asile central et la colonie proprement dite.

« L'asile central sera pour les malades qui ont besoin d'une surveillance continuelle, d'un isolement passager ou d'un traitement médical spécial ; mesures dont l'application aura lieu dans des villas qui ont, chacune suivant sa destination, des dispositions entièrement appropriées.

« La colonie, destinée à l'assistance de la plupart des aliénés, servira à l'application la plus simple des principes de l'*Open-door* et du travail agricole, sans exclure d'autres occupations qui en sont le complément et qui permettent d'utiliser les différentes aptitudes des malades... »

Pour commémorer cette cérémonie, une médaille de bronze a été frappée, que M. Cabred a libéralement distribuée à ses collègues des deux mondes. Sur l'un de ses côtés, on voit un des pavillons de la colonie avec ces mots : *Colonia nacional de alienados. Open-door. Republica Argentina;* sur l'autre, on lit : *Piedra fondamental. Mayo* 21 *de* 1899. *Ley*, n° 3548. *Lujan* (*B.-Ayres*).

Il n'y a plus qu'à féliciter notre savant collègue de son heureuse initiative, à souhaiter qu'il mène rapidement son œuvre à bonne fin et qu'il obtienne de ce nouvel instrument de traitement des aliénés tous les merveilleux résultats qu'il en attend.

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ (*suite*)

68. *Une panique au Jardin des Plantes.* — Le quartier du Jardin-des-Plantes est un quartier ouvrier et populeux. Les habitants vont peu à la mer ou en villégiature. Aussi, tandis

©BIUM

que le Luxembourg et les Tuileries surtout perdent, l'été, une partie de leurs promeneurs accoutumés, le Jardin des plantes regorge de tout temps d'une foule nombreuse et compacte. Hier, par le beau temps, vers 4 ou 5 heures, la partie du jardin qui borne du côté du couchant la ménagerie, vers la rue Cuvier, était pleine de promeneurs, de mamans assises en rond et bavardant, et de grappes d'enfants qui jouaient. On juge l'effet que fit sur ce monde l'apparition subite d'un grand diable, les cheveux au vent, les yeux hors de la tête, l'écume aux lèvres, et qui courait en hurlant et en brandissant un coutelas.

Ce fut une panique inénarrable.

Les mamans criaient, fuyaient dans tous les sens, en entraînant avec elles les enfants épouvantés. A ces cris, un garde du jardin accourut. Courageusement, il commença la lutte avec le forcené, put le saisir aux poignets et le désarma. Mais l'autre se débattait toujours furieusement, ruait, cherchait à mordre. Il fallut appeler des gardiens de la paix, qui traînèrent l'homme jusqu'au commissariat de police du quartier Saint-Victor. Là, à des lettres trouvées dans le veston, on sut qu'on avait affaire à M. André B..., maître tonnelier.

Le commissaire l'a fait immédiatement diriger sur l'infirmerie spéciale du Dépôt. (Le *Temps*, numéro du samedi 16 septembre 1899.)

69. *Par la fenêtre.* — Sous ce titre, le *Petit Parisien* (numéro du lundi 18 septembre 1899) publie le fait divers suivant :

Depuis quelque temps, une octogénaire, M^me^ Louis Vavasseur, demeurant 135 *bis*, rue Ordener, donnait des signes évidents de dérangement d'esprit, et étant donné son grand âge, les facultés de la malheureuse femme s'altéraient d'une façon inquiétante.

Hier, vers midi et demi, la pauvre vieille se trouvait seule dans son logement situé au septième étage, quand tout à coup elle fut prise d'un accès de fièvre chaude.

Elle ouvrit une fenêtre donnant sur la rue, escalada la barre d'appui et se précipita dans le vide.

Le corps de l'infortunée vint tout d'abord s'abîmer sur la marquise d'un marchand de vins, puis il retomba sur le sol, où il resta inerte.

La mort fut instantanée.

Des passants remontèrent aussitôt le cadavre au domicile de la défunte.

M. Carpin, commissaire de police du quartier de Clignancourt, a procédé aux constatations d'usage.

70. *Excentricités d'un aliéné.*— M. le commissaire du quai de l'Horloge vient de faire diriger sur l'infirmerie spéciale du Dé-

©BIUM

pôt un nommé Jules Dussange, âgé de trente-trois ans, demeurant 108, rue de Rambuteau, atteint d'aliénation mentale.

Dussange ameutait fréquemment la foule sur son passage par ses cris et ses gestes, le malheureux se disait cousin de M. Loubet. Il opposa à ceux qui voulaient l'arrêter une vive résistance.

« Vous allez me faire manquer mon train, je dois partir pour Rambouillet ce soir; mon cousin, depuis qu'il est arrivé aux honneurs, ne reconnaît plus les siens, il me doit 300 francs, il faudra bien qu'il me les donne. »

Pour le calmer, on lui fit croire qu'on allait le conduire à Rambouillet, retrouver son présidentiel débiteur. (Le *Petit Bleu*, numéro du mardi 19 septembre 1899.)

71. *Suicide.* — On écrit de Montereau au *Petit Parisien* (numéro du mercredi 20 septembre 1899) :

Une femme Salomé Speich, âgée de soixante-trois ans, s'est suicidée en se jetant dans l'Yonne.

Cette malheureuse ne jouissait pas de toutes ses facultés.

72. *Tentative d'incendie et de suicide.* — Une ancienne domestique, Marguerite Valet, âgée de cinquante-huit ans, demeurant rue du Bois, à Levallois-Perret, a tenté, hier, dans un accès de folie, de mettre le feu à son mobilier et à ses vêtements, qu'elle avait, au préalable, enduits d'essence.

C'est la sœur de la malheureuse qui, survenant à temps, a pu l'empêcher de mettre son projet à exécution.

La pauvre insensée a été envoyée à l'infirmerie spéciale du Dépôt. (Le *Petit Journal*, numéro du jeudi 21 septembre 1899.)

73. *Suicide après tentative d'homicide.* — On lit dans le *Petit Bleu* (numéro du samedi 23 septembre 1899) :

Un sieur Viaud, habitant à Saint-André-de-Cubzac, qui depuis quelque temps ne jouissait pas de la plénitude de ses facultés mentales, s'est précipité sans motif sur sa femme et l'a violemment frappée à la tête de deux coups de ciseaux.

A la vue du sang, Viaud s'enfuit et, pris de remords, alla se pendre dans son atelier, situé rue d'Avezac.

On a retrouvé son cadavre vers 6 heures.

Pendant ce temps, ses deux fils, que les cris de leur mère avaient attirés, s'empressèrent de donner à cette dernière les premiers soins et firent appeler, en toute hâte, M. le Dr Dantagnan, maire, qui pansa la blessée.

M. le Dr Dantagnan a également procédé aux constatations légales relativement au suicide du mari.

74. *Suicide.* — On télégraphie de Compiègne au *Petit Parisien* (numéro du vendredi 22 septembre 1899) :

Le nommé Jean Duval, âgé de soixante-huit ans, cultivateur, demeurant à Armancourt, a été trouvé pendu hier soir dans

©BIUM

son grenier. Le vieillard donnait depuis quelque temps des signes non équivoques de dérangement cérébral.

75. *L'empailleur monomane.* — On lit dans les *Droits de l'Homme* (numéro du dimanche 24 septembre 1899) :

Après trente années passées devant un comptoir, à aligner des chiffres, M. Louis Panneau avait obtenu de son patron, M. D..., négociant, quai de Gesvres, une petite pension qui lui assurait le vivre et le couvert. M. Panneau occupa ses loisirs à des travaux d'empailleur. Tous les chats, les chiens et les oiseaux de son quartier y passèrent.

Hier, M. Panneau se présentait chez son ancien patron, et le remerciait profondément de tout ce qu'il avait fait pour lui. « Depuis deux ans, ajoutait-il, j'ai acquis une certaine habileté comme empailleur, et je voudrais vous exprimer ma reconnaissance en vous empaillant. »

Un peu interloqué, M. D... refusa à se prêter à l'opération, atténuant la valeur de ses bienfaits, présentant l'impossibilité, pour la journée, de sacrifier aux sentiments de reconnaissance de son ancien employé.

— Ce sera l'affaire de quelques instants, insistait Panneau; j'ai ma trousse.

Et armé d'un scalpel, Panneau se jeta sur M. D... et se mit en devoir de lui ouvrir l'abdomen. Les cris de M. D... attirèrent l'attention des employés, qui s'emparèrent du malheureux fou. L'empailleur monomane a été envoyé à l'infirmerie spéciale.

76. *Un évadé.* — On lit dans le *Figaro* (numéro du dimanche 24 septembre 1899) :

M^me^ Veyret, concierge, rue Debelleyme, s'apprêtait, avant-hier soir, vers dix heures, à éteindre le gaz dans l'escalier, lorsqu'un individu entra dans sa loge et lui demanda, sur un ton impératif, à quel étage demeurait M. Pascal.

— Il n'y a pas dans la maison de locataire portant ce nom, répondit M^me^ Veyret.

— Vous mentez! répliqua l'individu.

Et avant que la pauvre femme ait pu se prémunir contre l'agression à laquelle elle était loin de s'attendre, l'homme se rua sur elle et chercha à l'étrangler.

Par bonheur, ses cris furent entendus et on put l'arracher aux mains du forcené, dont on ne réussit à se rendre maître qu'avec beaucoup de peine.

Des gardiens de la paix l'ont conduit chez M. Trobert, commissaire de police. Grâce aux papiers dont cet individu était porteur, le magistrat apprit qu'il se nommait Gaston Durand et qu'il s'était tout récemment évadé d'un asile d'aliénés du département de Seine-et-Oise.

©BIUM

Ce fou dangereux a été dirigé sur l'infirmerie spéciale du Dépôt.

77. *Incendie et tentative d'homicide.* — On écrit de Clichy au *Petit Parisien* (numéro du vendredi 29 septembre 1899) :

Une scène affreuse s'est déroulée hier soir, à 9 heures, dans la rue Cousin, n° 113.

Pris d'un accès de folie furieuse, un journalier, Gabriel Delail, âgé de quarante-huit ans, déjà interné huit fois, arrosait de pétrole les meubles et le parquet de sa chambre et, avec des allumettes, allumait le tout.

Sa femme, arrivant sur ces entrefaites, appela au secours, mais Delail, la saisissant aux cheveux, la renversa et, armé d'un énorme couteau de cuisine, allait infailliblement la tuer quand les voisins accoururent.

Une lutte terrible, au cours de laquelle plusieurs des courageux sauveteurs ont été atteints, s'engagea, et ne prit fin qu'à l'arrivée des agents qui, après avoir éteint le commencement d'incendie, s'emparèrent à grand'peine du malheureux forcené.

Le fou a été dirigé sur l'infirmerie spéciale du Dépôt.

78. *Un forcené dans une gare.* — Les voyageurs qui arrivaient hier soir à la gare Montparnasse par le train de 9 h. 1/2 ont été les témoins d'un incident dramatique qui aurait pu avoir des suites graves. Certains d'entre eux avaient appelé l'attention des employés sur les faits et gestes d'un voyageur de 1re classe, très bien mis, ganté de frais, décoré, qui avait donné des preuves, durant le trajet, d'une surexcitation anormale. Ce voyageur, lorsque le train fut en gare, était resté assis à sa place et s'était refusé à descendre. Les employés gagnèrent le compartiment indiqué. Là ils trouvèrent, en effet, un monsieur qui répondait au signalement donné et qui semblait trouver un plaisir infini à déchiqueter, avec un long couteau à virole, le drap des fauteuils. Ils lui firent observer que les règlements n'autorisaient pas cet amusement et le prièrent de les suivre chez le chef de gare, ne lui cachant pas, au reste, qu'il était passible, selon toute apparence, d'un bon procès-verbal. Mais ce dernier mot ne fut pas du goût du voyageur.

— Ah! vous voulez que je descende? Eh bien, attendez.

Et ne voilà-t-il pas qu'il se jette hors du wagon, qu'il se précipite sur les employés de la gare, le couteau dressé! On juge si les voyageurs attardés se mirent à fuir et les femmes à crier; mais l'émoi fut à son comble quand on vit le forcené sortir un revolver, le brandir furieusement, et surtout quand on entendit une détonation. Personne n'avait été touché. Mais il devenait urgent d'intervenir. De courageux employés engagèrent la lutte, purent réussir à désarmer l'homme et le conduisirent, non sans de grandes difficultés, au bureau du commissaire spécial.

©BIUM

On n'a rien trouvé sur le malheureux qui pût mettre sur la trace de son identité. C'est un homme d'une quarantaine d'années, vêtu, nous l'avons dit, très correctement. M. Bordère, commissaire de police, l'a fait diriger sur l'infirmerie spéciale du Dépôt et a prescrit une enquête. (Le *Temps*, numéro du samedi 30 septembre 1899.)

79. *Tentative d'effraction dans un consulat.*— Hier soir, une femme d'environ quarante ans se présentait au consulat allemand de Dunkerque, qui était fermé. Elle se mit alors à en briser les vitres et à frapper à coups de manche de parapluie l'écusson situé à l'extérieur.

La police arrêta la mégère. On apprit alors qu'elle s'appelle Hélène Seudleng et qu'elle est née à Dantzig. L'incohérence de ses propos fait supposer qu'elle ne jouit pas de la plénitude de ses facultés mentales.

Il résulte des renseignements fournis par le consulat allemand que cette femme a menacé, à diverses reprises, de causer le scandale qui a motivé son incarcération. (Le *Temps*, numéro du samedi 30 septembre 1899.)

80. *Le drame de la rue Fresnel.* — Ce matin, vers 9 heures, un incendie éclatait 3, rue Fresnel, dans une maison tenue par un Belge, M. Théodore Vandorme. C'est dans un appartement du premier étage que du dehors on avait aperçu le feu, et c'est d'abord sur ce point que les pompiers dirigèrent leurs efforts. Mais ils reconnurent bientôt que le foyer de l'incendie était au second étage, dans un appartement où couchait d'ordinaire M. Vandorme et où se faisait, depuis un moment, un tapage infernal.

On essaya d'enfoncer la porte de cet appartement. Mais M. Vandorme, qui s'y trouvait effectivement, s'était barricadé. On l'entendait tout briser, tables, chaises ou glaces. Un moment, lorsque les sapeurs eurent donné, dans la porte, leur premier coup de hache, le silence se fit à l'intérieur, puis tout à coup Vandorme parut à la fenêtre, la poitrine et la figure rouges de sang. Il tenait à pleins bras une armoire à glace qu'il précipita dans la rue, où elle se brisa en mille miettes; des chaises suivirent, puis un fauteuil en feu; enfin, Vandorme, enjambant le balcon, parut vouloir se jeter lui-même dans le vide.

Heureusement, pendant ce temps, les pompiers avaient pu enfoncer la porte; ils saisirent Vandorme par derrière, et après une courte lutte se rendirent maîtres de lui. Le malheureux, qui était devenu fou subitement, s'était, après avoir incendié son appartement, ouvert les veines des bras et la poitrine à coups de couteau. On l'a transporté, dans un état grave, à l'hôpital Beaujon.

Quant à l'incendie, il a été éteint peu après; les dégâts maté-

©BIUM

riels sont assez importants, mais aucun des locataires n'a été blessé. (Le *Temps*, numéro du jeudi 5 octobre 1899.)

81. *Drame de la folie.* — Hier soir, vers dix heures, les gens qui passaient devant le n° 9 de la rue Saint-Denis entendirent des coups de feu, puis virent s'élancer dans la rue une femme que poursuivait un garçon d'hôtel criant : « Arrêtez-la ! A l'assassin ! »

La femme fut arrêtée par la foule, jetée à terre et piétinée. Elle aurait été assommée sans l'intervention d'un ancien inspecteur de la sûreté qui parvint à calmer les fureurs de la foule. Les gardiens de la paix arrivèrent plus tard et on remit entre leurs mains, la malheureuse qui fut conduite au poste de la rue des Prouvaires. Interrogée par M. Bureau, commissaire de police, elle refusa de répondre. Toutefois, on sait son nom : elle s'appelle Marie Boudon. De l'enquête faite sur place par le commissaire se dégagent les faits suivants : il y a une dizaine d'années, Marie Coutan, aujourd'hui âgée de trente ans, avait épousé le fils de M^me^ veuve Boudon, propriétaire d'un hôtel meublé, 9, rue Saint-Denis.

Le jeune ménage, installé 59, rue Lhomond, vécut pendant longtemps fort uni, la bru entretenant de bonnes relations avec sa belle-mère. Une affaire de famille vint troubler cet accord, et l'humeur de Marie Boudon changea soudain ; elle se mit à haïr sa belle-mère. Evidemment sa raison avait chaviré ; on surveilla la jeune femme. Cependant, hier, elle échappa à cette surveillance, sortit et se rendit chez M^me^ Boudon mère, 9, rue Saint-Denis.

Celle-ci était dans le bureau de son hôtel, en train d'écrire, assise devant un secrétaire, lorsque sa bru entra brusquement et se mit à l'injurier avec violence ; puis, avant que la veuve eût le temps de répondre, sa belle-fille tira de sa poche un revolver et fit feu à deux reprises.

M^me^ veuve Boudon, glissant de la chaise sur laquelle elle était assise, s'affaissa sur le parquet.

Elle ne tarda pas à rendre le dernier soupir, une balle avait traversé un poumon.

Marie Boudon a été envoyée au Dépôt. (Le *Temps*, n° du lundi 9 août 1899.)

82. *Homicide et suicide.* — On lit dans le *Temps* (numéro du lundi 19 octobre 1899) :

M^me^ Bussi, qui habite rue de la Véga avec ses deux fillettes, l'une nommée Lucie et âgée de huit ans, la seconde nommée Alice-Eugénie et âgée de trois mois, était depuis quelque temps en proie au délire de la persécution. Elle se croyait en butte à toutes sortes de machinations de la part d'ennemis imaginaires. Le mari, ouvrier peintre, occupé actuellement à la

©BIUM

Rochelle, n'étant point là pour la rassurer, la malheureuse a perdu tout à fait la tête : elle s'est asphyxiée hier avec ses deux enfants, après avoir écrit au procureur de la République une lettre dans laquelle elle lui faisait connaître sa funeste résolution. Des voisins, inquiets de l'absence de M^me^ Bussi, pénétrèrent hier soir dans son domicile et la trouvèrent étendue sur son lit, ayant à ses côtés ses deux enfants qui étaient revêtus de leurs vêtements du dimanche. Ni elle ni les fillettes ne donnaient signe de vie. Les voisins prévinrent aussitôt le commissaire de police du quartier, qui informa à son tour le malheureux mari.

83. *Le fou de la gare de Lyon.* — Un fou, ayant réussi ce matin à se glisser sur les chantiers de construction de la nouvelle gare de Lyon, grimpa jusqu'au sommet du plus haut des échafaudages, et, de là, se mit à faire pleuvoir sur les ouvriers et sur les passants tout ce qui lui tomba sous la main : briques, boulons, poutrelles en bois, etc.

Des ouvriers du chantier tentèrent de s'approcher de lui pour le forcer à descendre ; mais il les menaça d'une énorme tige de fer qu'il tenait de la main droite.

On eut alors recours aux pompiers. Ceux-ci, en dépit des menaces du fou, se hissèrent sur l'échafaudage ; mais il leur fallut engager une véritable lutte avec le forcené qui se cramponnait aux poutres et qu'on dut lier avec des cordes pour le descendre sur le chantier.

Le malheureux, qui se nomme Eugène Lefèvre, a été envoyé à l'infirmerie du Dépôt. (Le *Temps*, numéro du mercredi 25 octobre 1899.)

RÉSUMÉ. — Durant l'année qui va du 1^er^ novembre 1898 au 31 août 1899, nous avons recueilli dans les journaux 83 cas d'aliénés en liberté, ayant commis, les uns de simples excentricités ou des actes délictueux, le plus grand nombre, au contraire, des homicides, des tentatives d'homicide, des menaces de mort, des incendies, etc. ; les suicides forment la majorité.

Voici la statistique que nous en avons dressée :

Suicides	22
Tentatives d'homicide, agressions violentes, menaces de mort	16
Homicides et suicides	14
Excentricités et actes délictueux . . .	13
Homicides	10
Incendies.	6
Incendies et suicides.	2
Total :	83

Ainsi, sur 82 cas, il y a eu 24 homicides, dont 13 ont été

©BIUM

suivis du suicide de l'aliéné après la perpétration du meurtre. Nous ne parlons que pour mémoire des 8 incendies, ainsi que des nombreuses agressions violentes, menaces de mort et simples tentatives d'homicide; ce qui nous paraît plus important, c'est de compter le nombre de victimes occasionnées par ces 83 cas d'aliénés en liberté : il y a eu :

Suicidés	31
Morts	22
Blessés grièvement	20
Total :	73

Ainsi, dans l'espace d'un an, nous trouvons — et notre statistique ne peut avoir la prétention d'être complète — 22 personnes qui ont été tuées et 20 personnes qui ont été grièvement blessées par les aliénés en liberté; enfin, 31 aliénés se sont suicidés, dont un grand nombre après avoir tué, soit leur femme ou leur mari, leurs enfants, etc.

La plupart de ces crimes et de ces délits ont été commis par des aliénés, les uns malades depuis longtemps, et qu'on s'obstinait à ne pas vouloir séquestrer; un grand nombre qui avaient déjà été traités dans les asiles ou qui en étaient sortis prématurément; quelques-uns s'en étaient évadés.

Autant qu'on en peut juger d'après les récits des journaux, la majorité de ces aliénés étaient atteints, ou de délire alcoolique, ou de délire de persécution, ou de mélancolie. Ce sont, en effet, les formes de folie dans lesquelles se rencontrent le plus fréquemment l'homicide et le suicide, et souvent ces deux actes réunis.

Nous n'ajouterons aucun commentaire, cette statistique nous semblant assez éloquente par elle-même. A. R.

TRIBUNAUX

La dernière d'un inventeur. — M. Jean-Baptiste Lefort, âgé de soixante ans, est un inventeur, un savant très calme tant qu'il ne s'agit pas de son invention; mais il est très irritable dès qu'on le met sur certain sujet. Il comparaissait hier devant la 11e chambre correctionnelle sous la prévention de bris de clôture.

Voici les faits exposés par l'administrateur du *New-York Herald* :

M. Lefort vint un jour nous trouver et nous apporter un manuscrit, « le fruit de ses veilles », disait-il, où il démontrait un fait très intéressant et tout nouveau, à savoir que la terre est « vivante ». Nous prîmes le manuscrit, et depuis, chaque jour, M. Lefort passait au journal, nous pressant de le publier. En-

©BIUM

nuyé de son insistance, je lui payai son article 80 francs, dont j'ai le reçu, pour qu'il nous laissât tranquilles; mais point. M. Lefort devenait de plus en plus pressant; enfin, le 6 septembre dernier, dans la nuit, M. Lefort vint tirer des coups de revolver dans notre devanture et brisa une glace de 350 francs.

Le président (au prévenu). — Pourquoi avez-vous fait cela?

R. — C'était pour attirer l'attention sur moi et ma merveilleuse découverte scientifique.

Le tribunal a condamné le savant irritable à 50 francs d'amende. (Le *Temps*, numéro du samedi 30 septembre 1899.)

Un ancien magistrat meurtrier de son beau-père. — M. Cren, qui a comparu le vendredi 29 septembre 1899 devant la cour d'assises de la Seine pour tentative de meurtre, est un ancien conseiller à la cour d'Alger qui dut démissionner à la suite d'un accès de folie. Il est accusé d'avoir voulu tuer son beau-père, M. Fabre, commandant en retraite de l'infanterie de marine. Un jeudi, le 8 décembre 1898, il le frappa de trois coups de canne à épée. M. Fabre a pu survivre à ses blessures, dont l'une était particulièrement grave. M. Cren, que défend Me Lagasse, ne serait qu'incomplètement responsable.

Au surplus, voici les faits tels que les présente l'acte d'accusation : « Cren est le fils d'un colonel d'infanterie de marine qui fut gouverneur des îles Saint-Pierre et Miquelon. Il a épousé, le 14 mai 1887, Mlle Fabre, fille d'un commandant d'infanterie de marine. Les deux familles s'étaient connues aux colonies.

« L'accusé est né à Saint-Pierre (Martinique), le 17 février 1854. Après avoir fait de brillantes études à la Faculté de Rennes, il entra dans la magistrature le 17 février 1878, comme substitut, à Corte (Corse). Il occupa successivement divers postes et, le 4 janvier 1897, il a été nommé conseiller à la cour d'appel d'Alger.

« Trois mois plus tard, il se présentait en costume de chasse chez le premier président de cette cour, disant qu'il venait le prendre pour chasser avec le président de la République qui l'attendait sur son yacht.

« A la suite de cet incident, il fut mis en congé illimité et demanda sa mise à la retraite. Malheureusement, il lui manquait soixante-seize jours pour avoir vingt ans de service.

« Depuis longtemps, la mésintelligence régnait entre Cren et M. Fabre, son beau-père.

« Cren, d'ailleurs, se livrait à la boisson, ce qui provoquait chez lui un état de surexcitation extraordinaire. Sa femme, personne irréprochable, mère de six enfants, a été l'objet plusieurs fois de ses brutalités. Il l'a même menacée de lui planter un couteau entre les deux épaules, et elle déclare que, plusieurs fois, il lui a appliqué sur la tempe le canon d'un revolver.

©BIUM

« Dès le début du mariage eut lieu entre Cren et son beau-père une scène violente, à la suite de laquelle celui-ci refusa de servir la pension de 3.000 francs constituée en dot, et écrivit à sa fille des lettres contenant des injures et des menaces à l'adresse de son gendre.

« L'accusé engagea contre M. Fabre une procédure en interdiction et, le 22 mars 1889, il se rendit à Paris pour lui réclamer le payement de la pension. Alors eut lieu au domicile de M. Fabre une nouvelle scène de violence.

« Ensuite, les époux Cren, poursuivant non seulement le payement de la rente de 3.000 francs, mais aussi la dot de 30.000 francs que Mme Fabre, décédée, était censé avoir apportée à son mari, frappèrent d'opposition les valeurs que M. Fabre possédait.

« Cette procédure exaspéra ce dernier, qui, en octobre 1893, fit passer toute sa fortune sur la tête de sa nièce, Mme Sudérée, ne gardant pour lui qu'une rente viagère.

« Au commencement d'octobre 1897, les époux Cren étaient venus à Paris ; mais l'attitude de l'accusé et les menaces de mort qu'il ne cessait de proférer le firent considérer comme dangereux pour la sécurité publique. Le 13 janvier 1897, il fut interné à l'asile Sainte-Anne et transféré quelques jours après à Ville-Evrard. Le 25 mai 1898, il s'évadait de cet établissement.

« Sa femme et ses enfants habitaient, depuis le mois d'avril, 11, rue Brochant. M. Fabre payait le loyer de sa fille, à condition qu'elle ne reçût pas son mari. Pendant ce temps, Cren vivait de secours et aussi de la vente ou de l'engagement au Mont-de-Piété des dernières épaves de sa fortune. Il voyait sa femme et ses enfants furtivement dans la rue.

« En décembre dernier, M. Fabre introduisit contre son gendre une instance en interdiction, qui fut d'ailleurs bientôt abandonnée.

« Le jeudi 8 décembre 1898, Mme Cren sortit vers midi avec trois de ses enfants. Environ une demi-heure plus tard, Cren arriva, ayant l'air égaré, et entra dans l'appartement malgré la résistance de la bonne. Il chercha des livres et des armes, voulant, disait-il, les mettre en gage. Il s'empara d'une canne à épée.

« La bonne étant sortie, il partit à son tour et se promena fiévreusement dans le square voisin et dans la rue. M. Fabre venait tous les jours vers cinq heures voir sa fille, et l'accusé n'ignorait pas cette habitude. Lorsque M. Fabre se présenta chez Mme Cren, il fut informé des faits et gestes de son gendre.

« Vers cinq heures et demie, il descendit de l'appartement. Cren s'avança vers lui en s'écriant : « C'est moi votre gendre !

©BIUM

Misérable, vous avez voulu me faire interdire ! » Au même instant il tira de son parapluie la canne à épée qu'il avait trouvée chez sa femme et en porta trois coups à M. Fabre.

« La première blessure, qui a été reçue au-dessus et à gauche de l'ombilic, paraît avoir une profondeur de 6 centimètres. Elle était susceptible de provoquer une péritonite mortelle. Elle n'a pas eu, heureusement, cette suite, et M. Fabre a été guéri après avoir gardé la chambre pendant vingt-sept jours. L'accusé, qui avait pris la fuite, s'est constitué prisonnier au parquet de Bruxelles le 20 décembre 1898.

« Il se défend d'avoir agi avec préméditation et soutient que sa rencontre avec son beau-père a été fortuite. Il déclare qu'en frappant celui-ci il a cru faire un acte de justice.

« Il a été soumis à l'examen de trois médecins qui ont formulé leurs conclusions dans les termes suivants :

« 1° L'examen mental de M. Cren ne dénote pas chez lui l'existence d'une maladie mentale caractérisée et permanente. Rien non plus n'autorise à dire que M. Cren a commis l'acte dont il est inculpé sous le coup d'un délire transitoire ;

« 2° En revanche, il existe manifestement chez lui des phénomènes d'un fond de déséquilibration mentale, susceptible de s'exaspérer à l'occasion même jusqu'au délire sous l'influence d'un excitant quelconque, l'alcool en particulier ;

« 3° Dans les circonstances actuelles, ces considérations sont insuffisantes pour assimiler M. Cren à un aliéné véritable, ayant agi sans discernement sous le coup de son délire ; mais elles doivent cependant entrer pour une part dans l'appréciation médico-légale de son acte.

« En conséquence, etc... »

Après des débats intéressants qu'il nous est impossible de reproduire ici, et une vigoureuse plaidoirie de Me Lagasse, M. Cren a été acquitté.

FAITS DIVERS

Récompenses pour actes de courage et de dévouement. — Le *Journal officiel* du mardi 3 octobre 1899 contient une longue liste de récompenses accordées par le ministère de l'Intérieur pour actes de courage et de dévouement accomplis pendant le mois d'août 1899 ; nous y relevons les noms suivants :

Médaille d'argent de 1re classe. — M. Chaine (Auguste), chef de gare à Salon (Bouches-du-Rhône) ; 1895-1899 (déjà titulaire de la médaille d'argent de 2e classe) : s'est distingué de nouveau dans plusieurs circonstances, notamment en maîtrisant un aliéné dangereux.

Mention honorable. — M. Deshais (Cyrille-Louis), agent

©BIUM

de police au Havre; 16 août 1899 : a maîtrisé un homme atteint de folie alcoolique qui, armé d'un couteau, en menaçait les passants.

Médaille d'argent de 2e classe. — M. Larose (Victor-Charles), maréchal des logis à la compagnie de gendarmerie de la Mayenne; Gorron, 25 novembre 1896-18 juillet 1899 : a abattu un chien atteint d'hydrophobie et a été grièvement blessé en arrêtant un fou furieux.

Un drame dans un hospice. — La nuit dernière, à 3 heures du matin, dans l'hospice des Petites Sœurs des pauvres de Tunis, un pensionnaire, nommé Xavier Gontard, âgé de soixante-douze ans, ancien employé à la Compagnie du gaz de Paris, pris d'un accès de folie furieuse, a tué, avec une barre de fer, son voisin de dortoir, Pierre Giudi. Il a blessé deux autres hospitalisés, François Lelof, soixante-dix ans, et Michel Paciunto, aveugle; puis s'est jeté par la fenêtre et s'est tué net. (Le *Temps*, numéro de mercredi 4 octobre 1899.)

PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE, ANNÉE 1900.

Prix Aubanel. — 2.400 francs. — Question : *Facteurs étiologiques de la paralysie générale.*

Prix Esquirol. — Ce prix continué par la Société médico-psychologique, d'une valeur de 200 francs, plus les œuvres de Baillarger, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

Les mémoires manuscrits pour les prix à décerner en 1900 devront être déposés le 31 décembre 1899, chez M. le Dr Ant. Ritti, médecin de la Maison nationale de Charenton, secrétaire général de la Société médico-psychologique. Ces mémoires devront être inédits et pourront être signés; ceux qui ne seront pas signés devront être accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresses des auteurs.

NOUVEAUX JOURNAUX DE MÉDECINE MENTALE

L'année 1899 a vu naître deux nouveaux journaux de médecine mentale : l'un en France, l'autre en Allemagne. Nous leur devons un salut de bienvenue et des souhaits de longévité.

Le premier, fondé par notre savant collègue, M. le Dr Paul Sollier, a pour titre : L'*Intermédiaire des neurologistes et des aliénistes*, et est écrit en trois langues : le français, l'allemand et l'anglais. Cet organe a pour but « de créer un lien entre les neurologistes et les aliénistes de tous les pays et de leur per-

©BIUM

mettre d'échanger des idées, des renseignements sur une foule de points, comme on le fait verbalement, avec tant d'avantages, dans les conversations sans prétention qu'on a avec ses confrères dans les sociétés scientifiques, les laboratoires, les congrès... » Les numéros déjà parus prouvent l'utilité de ce nouvel organe ; il est destiné à rendre de réels services et, pour cette raison, mérite de trouver place sur la table de tous nos confrères qui s'intéressent aux progrès de notre spécialité (1).

Quant au nouveau périodique allemand, c'est une publication hebdomadaire intitulée : *Psychiatrische Wochenschrift*. Elle est rédigée par le Dr J. Bresler, de Fribourg-en-Silésie, sous la direction des Drs Alt, Anton, Guttstadt et Mendel. Nous aurons l'occasion de revenir sur les travaux intéressants qu'elle contient et qui concernent toutes les questions théoriques et pratiques relatives à la médecine mentale. Il y a là une tentative sérieuse, et qui mérite de réussir, pour renseigner rapidement les médecins aliénistes sur tout ce qui intéresse leurs études et leurs intérêts matériels.

ENSEIGNEMENT

ECOLE PRATIQUE DES HAUTES-ÉTUDES (Nouvelle Sorbonne). — Histoire des doctrines de psychologie physiologique. — M. JULES SOURY, directeur d'études, traitera à partir du 6 novembre, à cinq heures, des *Centres d'association de l'écorce cérébrale*, et le vendredi, à la même heure, de la *Structure* et des *Fonctions du système nerveux central*.

---

(1) Le numéro des *Annales* était sous presse lorsque nous avons appris, avec regret, que l'*Intermédiaire des neurologistes et des aliénistes* cessait de paraître. Ce n'est heureusement qu'une suspension ; sous peu, ce recueil reprendra sa publication, après s'être complètement transformé.

©BIUM

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE Xe VOLUME DE LA HUITIÈME SÉRIE

PREMIÈRE PARTIE

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS

I. — Pathologie.

PAGES

De la démence précoce des jeunes gens. Contribution à l'étude de l'hébéphrénie ; par le Dr J. Christian. . . . . 5 et 177
Des fractures spontanées pendant les accès épileptiques ; par M. le Dr R. Charon. 24
Pachyméningite hémorragique ayant simulé une paralysie générale ; par le Dr V. Bourdin. 34
Sur les névrites périphériques des aliénés ; par le Dr D. Anglade. 189
Prostitution et dégénérescence ; par le Dr Emile Laurent. 353

II. — Médecine légale.

Assassinat d'un médecin par un individu déséquilibré ; par le Dr Georges Wehrlin 46
Des degrés de la responsabilité ; par le Dr Hospital. 205
La responsabilité civile des aliénés ; par le Dr A. Giraud. 782

III. — Établissements d'aliénés.

L'asile de Pontareuse pour la guérison des buveurs ; par le Dr Chatelain. 64

IV. — Législation.

L'article 1384 du Code civil et la responsabilité des directeurs-médecins d'asiles d'aliénés ; par Samuel Garnier. 399

V. — Revue critique.

Le traitement chirurgical de l'épilepsie ; par le Dr A. Cullerre. . 77
De l'intervention chirurgicale chez les aliénés au point de vue médico-légal ; par le Dr Marcel Briand. 237

©BIUM

DEUXIÈME PARTIE

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

I. — Société médico-psychologique.

PAGES

Séance solennelle du 29 *mai* 1899. — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Chagnon, Alder Blumer, Pilcz. — Rapport de la Commission du prix Moreau (de Tours) : M. Boissier. — Rapport de la Commission du prix Belhomme : M. Paul Sollier. — Etude clinique des obsessions et impulsions morbides : Mlle Robinovitch. — La myoclonie dans l'épilepsie : M. Maurice Dide. 248

Séance du 26 *juin* 1899. — Mort de M. Biffi : M. J. Voisin. — Correspondance et présentation d'ouvrages : M. Anglade. — Présentation de pièces anatomiques : M. Doutrebente. — Rapport de M. Semelaigne sur la candidature de M. Alder Blumer ; élection. — Un cas d'exhibitionnisme ; présentation du malade : M. Magnan. — Paralysie générale juvénile et épilepsie : MM. Toulouse et Marchand, Arnaud, Doutrebente. 274

Séance du 31 *juillet* 1899. — Correspondance et présentation d'ouvrages : Mlle Robinovitch, MM. Alder Blumer, Télémaque A. Mitaftsis, Fritz Sano, Ph. Tissié, Villeneuve et Chagnon, Massalongo. — Rapport de M. Blin sur la candidature de M. Anglade ; élection. — Démence épileptique paralytique et spasmodique à l'époque de la puberté : MM. Jules Voisin et Legros, Toulouse. Christian. — Histologie du myélencéphale de Vacher : M. Toulouse. — Observation d'acromégalie chez un dément épileptique : M. Farnarier. — Sur un cas de paralysie générale avec hallucinations : M. V. Truelle 416

II. — Revue des journaux de médecine.

SOCIÉTÉS SAVANTES (1897).

(Anal. par le Dr CULLERRE.)

Névromes généralisés. 292
Simili-rages chez les chiens. 293
Stigmate permanent de l'épilepsie. 293
Paralysies au cours du traitement antirabique. . . . 294, 295 et 296
Les localisations cérébrales. 296

JOURNAUX FRANÇAIS (1896)

(Anal. par le Dr CULLERRE.)

Cas d'idiotie myxœdémateuse traités par l'ingestion thyroïdienne. 297
Ataxie locomotrice et folie simulées. 297
Hallucinations unilatérales. 297
Changements du système nerveux central dans la polynévrite. . . 298
Etude anatomo-pathologique de l'œdème bleu. 298
Lois fondamentales de la dégénérescence des neurones. 298
Incontinence d'urine et son traitement par la suggestion. 299
Hallucinations succédant à des obsessions et à des idées fixes. . . 300

©BIUM

PAGES

Groupement des fibres endogènes de la moelle dans les cordons postérieurs.. 300
Troubles moteurs précédant l'articulation de la parole chez un dégénéré. 301
Alopécie localisée dans un cas d'hystéro-neurasthénie traumatique. 301
Hérédité et étiologie des névroses.. 301
Chorée variable des dégénérés. 302
Trouble mental dans le goitre exophtalmique. 303
Perte de connaissance dans les attaques d'hystérie. 304
Un fait d'anarchisme. 305
Traitement de l'anorexie hystérique par les injections hypodermiques de morphine. 305
Sclérose cérébrale hypertrophique compliquée de méningite. . . . 306
Les polynévrites. 306
Evolution générale du tabes. 307
Urémie à forme nerveuse.. 308
Attaques apoplectiformes et épileptiformes chez les paralytiques généraux. 309
Réflexe tendineux du genou dans la syphilis. 309
Inculpé auto-accusateur. 310
Asiles de buveurs.. 310
Traumatisme cranien suivi de troubles cérébraux. 311
Indications et opportunité de l'internement des aliénés suivant la forme d'aliénation mentale. 311
Somnolence et narcolepsie hépatiques. 312
Délire au cours des affections hépatiques. 312
Troubles nerveux d'origine hépatique. 312
Nystagmus et trépidation épileptoïde comme signes d'anesthésie chirurgicale.. 313

JOURNAUX ANGLAIS (1896).

(Anal. par le Dr PONS.)

Folie de la conduite. 86
Symptômes mentaux dans le cours des maladies physiques.. . . . 89
Troubles mentaux dans la maladie de Graves.. 90
Etats mentaux liés aux maladies cérébrales chez les individus sains d'esprit. 91
Rapports du diabète et de la folie.. 92
Traitement chirurgical de l'idiotie... 93
Récents projets de loi relatifs aux buveurs d'habitude et autres délinquants. 96
Emploi et limite du restreint mécanique dans le traitement des aliénés. 98
Note sur trois cas de gangrène spontanée. 99
Types de folie traumatique.. 99
Repos et exercice dans le traitement des maladies mentales et nerveuses.. 101
Etude de 44 cas de fièvre chez des aliénés. 102
Travail systématique et entraînement des aliénés.. 102
Aliénation mentale dans les prisons d'Angleterre.. 103
Pseudo-paralysie générale. 104
Accroissement de la folie et système du traitement extérieur. . . 107
Cas de folie dégénérative du développement avec inversion sexuelle; mélancolie consécutive à l'ablation des testicules; tentatives de meurtre et de suicide. 108
Torquato Tasso et ses biographes.. 109

©BIUM

PAGES
Statistique sur la folie héréditaire à l'asile du comté d'Essex.. . 113
Certaines conditions du système circulatoire chez les aliénés.. . . 115
Cas de tumeur du cerveau.. 117
Guérison de stupeur mentale après six ans. 118
Guérison d'un cas de folie diabétique immédiatement après la disparition du sucre. 119
Des obsessions au triple point de vue psychologique, clinique et médico-légal.. 120
Signification des doctrines de Weismann en aliénation mentale. . 124
Cause et signification de l'accroissement de la paralysie générale en Angleterre et dans le pays de Galles.. 126
Hôpital de traitement dans les asiles d'aliénés. 314
Asile du Caire et folie de haschish. 316
Cas de manie récurrente. 317

JOURNAUX ALLEMANDS (1896).

(Anal. par le Dr Al. ADAM.)

Forme peu connue de névralgie professionnelle 472
Appréciation médico-légale des délits sexuels 472
Section de la partie inférieure de la moelle chez les chiens. . . . 474
Cas extraordinaire de lésion de la partie cervicale du grand sympathique 475
Pathologie des lésions syphilitiques des artères et du tissu cérébral 476
Mensuration de la rapidité de l'association chez les aliénés et spécialement dans la folie circulaire 477
Analgésie du nerf cubital et du sciatique poplité externe comme symptôme de tabes. 479
Notice sur le ruban de Reil 480
Un cas de maladie de Morvan. 481
Moral insanity. . . . . 482 et 486
Phénomènes observés chez les pendus ramenés à la vie. 485
Vomissements réflexes 485
Intoxications chroniques par le trional. 489
Phénomène du genou et autres phénomènes analogues dans les affections nerveuses 490
Mort à la suite d'intoxication chronique par le sulfonal 491
Pathologie de la sclérose multiple. 492
Etiologie des troubles sensitifs de Bernhardt à la partie supérieure de la cuisse 493
Sensations et cosensations pathologiques chez les aliénés. 493

III. — Bibliographie.

Le système nerveux de l'homme et des vertébrés. Etude sur le plan structural et la composition histologique des centres nerveux ; par le professeur S. Ramon y Cajal (Anal. par J. Soury). 128
Revue des thèses soutenues devant la Faculté de médecine de Lyon pendant l'année 1898 ; par le Dr Th. Taty.. 138
Contribution à l'étude du cancer secondaire du cerveau ; par le Dr de Grenier (Anal. par le Dr Rayneau). 144
Contribution à l'étude de la microcéphalie pure ; par le professeur Paul Funaioli (Anal. par J. Soury).. 147
Le traitement du délire aigu par le lavage de l'estomac. Contribution clinique à l'étude du délire aigu ; par le Dr Antonio Marro (Anal. par le Dr G. Gombault). 149

©BIUM

PAGES

Trente-neuvième rapport annuel de la commission des aliénés pour l'Ecosse, 1897 (Anal. par le Dr Cullerre). 151
Troubles psychiques consécutifs aux opérations pratiquées sur l'appareil génital de la femme par Mme Margoliès (Anal. par le Dr Ph. Chaslin). 152
Neuvième et dixième rapports annuels des administrateurs de *Saint-Lawrence state hospital* pour les années 1895 et 1896 (Anal. par le Dr Cullerre). 153
Premier rapport annuel des directeurs de *Manhattan state hospital*, pour l'année 1896 (Anal. par le Dr Cullerre.). 154
Névroses et idées fixes; par les Drs Raymond et P. Janet (Anal. par le Dr Arnaud). 319
De l'emploi de la sonde dans l'alimentation des aliénés sitiophobes; par le Dr Mariani (Anal. par le Dr Gombault). 325
Des psychoses dans leurs rapports avec les affections des reins; par le Dr Guélou (Anal. par le Dr Rayneau). 329
La paranoia. Essai de pathogénie des délires systématisés; par le Dr Julio de Mattos (Anal. par le Dr Anglade). 496
Introduction à la médecine de l'esprit; par le Dr Maurice de Fleury (Anal. par le Dr Ant. Ritti) 501
Les états intellectuels dans la mélancolie; par le Dr Georges Dumas (Anal. par le Dr Ant. Ritti). 504

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE. . . . . 155, 331 et 506

ASSOCIATION MUTUELLE DES MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE. Assemblée générale du 29 mai 1899. 332

IV. — Variétés.

Séance solennelle et banquet de la Société médico-psychologique. — Le crime et la folie dans la littérature. — Anarchisme et maladie mentale. — Les aliénés en liberté (*suite*). — Tribunaux.— Faits divers. 160
Nominations et promotions : MM. Roques de Furzac, Manheimer. — Nécrologie : Ed. Dauby. — Œuvre de patronage pour les aliénés indigents des asiles publics de la Seine. — Les aliénés en liberté (*suite*). — Faits divers. — Société de neurologie. . . . 342
Nominations et promotions : MM. Guillot, Taule. — Nécrologie : Paul Janet. — L'Open-door à Buenos-Ayres. — Les aliénés en liberté (*suite*). — Tribunaux. — Faits divers. — Prix de la Société médico-psychologique pour l'année 1900. — Nouveaux journaux de médecine mentale. — Enseignement : M. Jules Soury. 508

Table des matières du tome X de la 8e série 523

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.

Paris. — L. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.