Bibliothèque numérique

medic@

Annales médico-psychologiques

n° 11. - Paris: Masson, 1900.
Cote : 90152, 1900, n° 11

BIUM

(c) Bibliothèque interuniversitaire de médecine (Paris)
Adresse permanente : http://www.bium.univ-paris5.fr/histmed/medica/cote?90152x1900x11

©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.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS BIBLIOTHÈQUE

HUITIÈME SÉRIE — TOME ONZIÈME

CINQUANTE-HUITIÈME ANNÉE

90152

PARIS

MASSON ET Cie, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

1900

©BIUM

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Pathologie

ESSAI

SUR LA

PATHOGÉNIE DU DÉLIRE

DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Par le Dr LALANDE

Ancien interne de la Maison nationale de Charenton.

Le délire de la paralysie générale, étudié depuis Bayle par des aliénistes si nombreux et si éminents, semble aujourd'hui bien connu. Toutefois, si les faits sont bien établis, leur pathogénie reste encore enveloppée d'obscurité et, jusqu'à présent, nulle réponse n'a été faite à la question suivante : Par quel mécanisme se produit le délire de la paralysie générale? C'est à ce problème que nous voulons essayer de donner une solution. Si la théorie que nous allons émettre paraît insuffisante, qu'on veuille bien ne la considérer que comme une ten-

©BIUM

tative destinée à attirer l'attention sur une des parties les plus intéressantes de la psychologie pathologique : l'application de la pathologie générale aux maladies mentales.

Pour rechercher l'origine du délire de la paralysie générale, il est indispensable de préciser les caractères communs à toutes les formes que peut affecter la maladie. Aussi, jugeons-nous utile de les exposer le plus brièvement possible.

Ce qui frappe le plus l'aliéniste qui interroge un de ces malades, c'est assurément l'exagération extrême qui se manifeste dans tous ses propos. Qu'elles soient expansives ou dépressives, ambitieuses ou hypocondriaques, les idées délirantes, lorsque les troubles intellectuels sont d'une grande intensité, atteignent souvent les bornes extrêmes auxquelles puisse parvenir l'imagination et parfois même, s'affranchissant de toute limite, arrivent à la forme infinie de leur expression. C'est ainsi que les paralytiques généraux chiffrent leur fortune par des millions et des milliards, ou se disent possesseurs de tout ; leur puissance est si colossale, qu'elle égale celle de Dieu, et qu'il leur arrive de s'identifier à Dieu lui-même ; leurs souffrances sont intenses et nombreuses, à ce point qu'on ne saurait souffrir davantage, et qu'ils ressentent des milliers et des millions de maux ; leur faiblesse, leur déchéance, tellement profondes, qu'ils affirment leur non-existence, leur mort, leur néant. Assurément, peu de malades parviennent ainsi à l'infini de l'idée qu'ils expriment, et la plupart sont beaucoup plus modérés dans leurs exagérations ; mais, en les observant, l'on se convainc bien vite que tous sont à quelque étape d'une progression dont le but est un infini quelconque, soit de l'expansion ou de l'amoindrissement, soit de la richesse ou de la pauvreté, soit de la force ou de la faiblesse, en un mot,

©BIUM

de tous les attributs imaginables. Aussi, au mot d'exagération, préférons-nous, pour dénommer ce caractère essentiel, l'appellation de « tendance à l'infini ».

Dans une remarquable étude, M. Falret a reconnu aux idées délirantes quatre autres caractères : la multiplicité, la mobilité, l'absence de motif et la contradiction. La démonstration en a été trop parfaite pour que nous essayions de l'entreprendre de nouveau. Nous ne les signalons que pour les retenir et tâcher de les expliquer plus loin.

Un autre trait du délire, bien certainement remarqué par les aliénistes, mais que nous n'avons pas vu signalé isolément, consiste dans la perte progressive des notions élémentaires de l'espace et du temps.

Pour l'homme sain d'esprit, l'espace étant le contenant des êtres, les objets sont localisés par l'affirmation des rapports de situation qui existent entre eux ; pour le paralytique général, la connaissance de ces rapports est de plus en plus vague et imprécise. Ceux-ci ignorent le lieu d'existence de leurs châteaux merveilleux ; si on le leur demande avec insistance, peut-être répondront-ils par le nom de quelque pays, mais ils seront ordinairement incapables d'indiquer un département, une commune, un endroit déterminé. Ceux-là, interrogés sur leur taille, pourront se donner des milliers de mètres de hauteur, comme aussi se dire extrêmement petits, mais à leur erreur elle-même ne fixeront pas de limites précises ; d'autres, moins exagérés, ne sortiront pas des bornes ordinaires de la taille humaine, mais bien souvent le nombre qu'ils vont fixer sera manifestement erroné. Il en est qui affirment habiter en même temps plusieurs localités, qui croient occuper un lieu différent de celui où ils sont, etc.

Mais il est des cas, assez fréquents, quand la maladie

©BIUM

est très avancée, où la notion d'espace semble disparaître tout à fait. C'est lorsque le paralytique affirme son néant et le néant, ou encore se donne une étendue infinie, se dit le possesseur de tout, s'identifie avec Dieu. L'espace ne saurait être, en effet, pour celui qui pense que rien est une réalité. Il en est de même pour celui qui s'attribue des dimensions qui n'ont pas de fin ; car si, par une abstraction qui n'est qu'un artifice de l'esprit, nous pouvons avoir l'idée de l'infinité de l'étendue, nous ne saurions, sans nier l'espace même, l'appliquer à notre personnalité, ou à quoi que ce soit d'existant.

Si, pour l'individu mentalement sain, l'espace est le contenant des êtres, le temps est le contenant des faits. Nous localisons les événements dans la durée par la connaissance des rapports de succession que nous percevons entre eux. La même opération intellectuelle est de plus en plus difficile pour les paralytiques généraux. Ils nous montrent dans leurs propos que la série ininterrompue, la suite logique des faits, des dates, des heures, sont profondément troublées. Tel malade croit être à l'époque actuelle, en novembre 1897, et semble n'avoir pas la notion des deux années écoulées depuis. Tel autre se dira à la fois Annibal, César, Napoléon. Un autre,mis au bain, affirmait qu'il était dans l'eau depuis des milliers d'heures, etc.

Mais la perte de la notion du temps devient tout à fait manifeste, si l'on remarque que les malades tendent de plus en plus à ne parler pour ainsi dire que du présent. Dans le langage écrit ou parlé, l'emploi du présent du verbe et surtout du présent de l'indicatif, est extrêmement fréquent. « Je suis roi, diront-ils, j'ai des millions, je n'existe plus, je possède tout » ; mais, à moins que l'on ne les questionne avec insistance sur le passé et l'avenir, il est bien rare de les en entendre parler spontanément, surtout lorsque le délire est

©BIUM

intense. Tous les actes psychiques arrivent lentement à ne s'opérer que dans un actuel immobile. Or, qu'est-ce que le présent, sinon la négation du temps ? Si, en effet, le mot présent a été conservé pour la commodité du langage, l'idée qu'il représente n'existe pas plus dans la réalité que l'immobilité à un moment donné d'un projectile dans sa trajectoire. C'est la limite idéale qui sépare le passé de l'avenir, et lorsque, dans nos discours, nous parlons du présent, nous ne pensons absolument qu'au passé tout à fait récent et à l'avenir prochain.

Enfin, ce délire nous paraît présenter un dernier caractère : les paralytiques généraux ont une tendance nette à appliquer toutes leurs idées à leur individu même, à leur moi. Toutes leurs conceptions, toute leur vie psychique sont rapportées à eux-mêmes. Il suffit de les faire causer un instant pour constater qu'ils ne parlent absolument que d'eux, qu'ils sont le sujet ou l'objet de tous leurs jugements; ils ne cessent de nous dire comment ils sont, ce qu'ils sont, ce qu'ils font ou prétendent faire; mais les autres hommes, le monde extérieur semblent n'exister dans leur esprit qu'à la condition qu'ils se rattachent en quelque manière à leurs propres personnes. Parlez-leur de quoi que ce soit qui ne les touche pas personnellement, ils trouveront bien vite le moyen d'introduire leur moi dans la conversation et de lui faire jouer le principal ou plutôt le seul rôle. Toujours dans la contemplation de leurs misères ou de leurs splendeurs, ils se pensent eux-mêmes. Ce caractère ne saurait être appelé de l'égoïsme, car l'égoïste songe surtout à son bien-être et à tout ce qui peut l'augmenter, ce qu'est loin de faire le paralytique général; c'est plutôt de « l'auto-psychisme » (qu'on nous pardonne ce néologisme commode), en ce sens que toutes les idées, tous les actes psychiques, même ceux qui n'ont aucune rela-

©BIUM

tion avec la satisfaction de l'individu, ont leur auteur pour sujet ou objet.

En nous résumant, le délire de la paralysie générale, quelle que soit sa forme, nous semble posséder sept caractères constants. Tout d'abord, la multiplicité, la mobilité, l'absence de motifs, et la contradiction des idées délirantes, signalées par M. Falret; d'autre part, la tendance à l'infini, la perte des notions élémentaires de l'espace et de la durée, et enfin l'auto-psychisme.

Et maintenant, quelle est la cause psychologique de ce délire dont nous croyons connaître la charpente? Par quel mécanisme se produit-il? Sort-il spontanément du processus anatomique qui s'opère dans le cerveau des malades, ou bien la lésion provoque-t-elle un trouble dans le fonctionnement d'une grande faculté intellectuelle, trouble qui va se traduire par le délire que nous connaissons?

Cette dernière hypothèse nous semble contenir la vérité. La grande fonction troublée et lentement perdue par le fait de la lésion anatomique de la paralysie générale, c'est la faculté de comparer entre elles les données de l'expérience et les idées qui en résultent. Nous allons essayer de démontrer que la perte de la comparaison entraîne fatalement le délire dont nous venons d'étudier les caractères.

Lorsque chez un individu sain se produit un phénomène de sensibilité quelconque, un sentiment par exemple, le premier acte intellectuel qui s'opère, c'est l'appréciation de ce qui vient d'être ressenti. En comparant ce sentiment à d'autres déjà éprouvés, ou encore à ceux qu'il connaît des autres hommes, il arrivera à juger en quoi il se rapproche de ceux-ci, en quoi il diffère de ceux-là. Il le relativera ainsi aux données de même nature, lui fixera une place à côté de celles qu'il a reconnues analogues, lui attribuera une intensité déterminée

©BIUM

par rapport à d'autres impressions sensibles. En un mot, par des comparaisons successives, il lui donnera des caractères particuliers qui vont nettement le mesurer, le définir. Ces opérations intellectuelles, très rapides pour les sentiments habituels, le sont moins pour les impressions peu ordinaires. La suite des comparaisons qui se font dans ces cas constitue la réflexion, et il est souvent possible alors de les analyser et de reconnaître par quels procédés a été classée définitivement l'impression nouvelle.

Mais supposons maintenant que la faculté de comparer fasse défaut. L'appréciation du sentiment éprouvé est tout à fait impossible, car il ne peut être perçu, dans ces conditions, des rapports de ressemblance ou de différence entre l'impression ressentie et d'autres déjà connues. On ne peut d'aucune manière la classer, lui donner une intensité déterminée, d'autres sensations du même genre étant prises comme mesure. Dans ces circonstances, l'impression reste isolée au milieu de la conscience et n'a d'autre mesure qu'elle-même. De ce fait, toutes ses qualités perçues par le sujet qui la ressent vont fatalement atteindre l'absolu, aucun terme de comparaison ne pouvant les relativer. Si elle est douloureuse, ce va être la douleur infinie, absolue, la douleur même, puisque aucune autre douleur ne peut être mise en parallèle avec elle et en faire apprécier l'intensité relative ; heureuse au contraire, ce sera le bonheur infini, absolu, nulle autre idée de bonheur ne venant par la comparaison en limiter l'étendue.

Ceci nous explique parfaitement les idées expansives et dépressives du paralytique général. Tel malade évalue sa fortune par des sommes énormes, parce qu'il ne peut plus comparer l'idée qu'il a de posséder quelque chose, soit avec ce qu'il possède réellement, soit avec les richesses des autres hommes. Parallèlement à l'affaiblis-

©BIUM

sement de la comparaison, sa conception s'isole toujours davantage de ces données de l'expérience et tend à n'avoir d'autre mesure qu'elle-même. Elle va donc se rapprocher de l'idée absolue de la richesse, c'est-à-dire de la richesse infinie, et s'exprimer par des nombres hors de proportion, ou même des nombres infinis, si la faculté de comparer est totalement perdue. « Je possède tous les millions du monde ; je possède tout, etc. » Tel autre qui par son éducation, son caractère, ambitionne les honneurs et la puissance, va fatalement monter en grade à mesure que la faculté de relativer se perd, et devenir député, ministre, roi, empereur, et même la puissance infinie, Dieu, si elle est totalement perdue, puisqu'il ne peut plus, par la perception de la puissance des autres hommes, limiter la sienne propre. Toutes les idées ambitieuses peuvent nettement s'expliquer par un mécanisme analogue.

Il en est de même des idées mélancoliques et hypocondriaques. Un malade a le sentiment d'une souffrance ; ne pouvant, par des comparaisons qu'il ne sait plus faire, la mesurer aux douleurs des autres ou à celles qu'il a déjà éprouvées, il va se rapprocher de l'infini du malheur, nous parler de tortures épouvantables, de milliers et de millions de maux. A-t-il l'idée d'une déchéance ? toujours de la même manière il arrivera à l'infini de l'amoindrissement, c'est-à-dire à la négation de lui-même et au néant.

Le caractère le plus frappant du délire, la tendance à l'infini, nous paraît donc trouver sa cause logique dans la perte de la faculté de comparer.

Nous avons vu que, dans la paralysie générale, la notion de l'espace est profondément troublée. Il est très probable que cette notion résulte, à l'origine, de séries de rapports ou de comparaisons entre les sensations diverses que provoque le monde extérieur. Si cette théo-

©BIUM

rie, soutenue par les psychologues les plus autorisés, est exacte, il est certain que le paralytique général, toujours plus incapable de faire des comparaisons, perdra une notion dont la genèse a pour condition essentielle la faculté de relativer. D'autre part, même en faisant abstraction de cette question de théorie, il est certain que nous manifestons l'idée que nous avons de l'espace par les rapports de distance, de volume, de forme, etc., que nous reconnaissons entre les objets. Ce sont des comparaisons perpétuelles, dont souvent nous n'avons qu'une vague conscience entre toutes les formes de l'étendue, longueur, largeur, épaisseur, ou encore entre des êtres donnés et des mesures fixes établies par le système métrique. S'il est impossible à nos malades de faire les mêmes actes psychiques, il leur sera également impossible de localiser les êtres dans l'espace. En cela comme en autre chose, leurs appréciations vont se rapprocher d'un absolu qui sera l'infiniment grand ou l'infiniment petit ; la taille de celui-ci va s'élever à des milliers de mètres, comme aussi celui-là va s'amoindrir jusqu'à la négation de lui-même.

De même, il est probable que l'on doive attribuer la notion du temps à des comparaisons faites entre nos sensations et le silence qui les sépare. Si cela est, on conçoit aisément que sa perte doit s'accuser de plus en plus chez le paralytique. En mettant de côté ce problème d'origine, il est certain que, dans notre vie psychique habituelle, nous traduisons cette notion par des comparaisons multiples portant sur la succession des événements que nous rapportons aux mesures fixes de la durée, l'heure, le jour, l'année, etc. N'ayant plus la possibilité de relativer, le paralytique manifestera la durée d'un fait en se rapprochant d'un infini de longueur ou de brièveté, des millions d'heures ou des intervalles infimes.

Nous avons signalé en outre la tendance des malades

©BIUM

à parler surtout du présent et à supprimer toujours davantage le passé et l'avenir de leur vie psychique. C'est qu'en effet, pour reconnaître que des faits sont passés et que d'autres sont à venir, il faut faire des comparaisons portant sur leur succession et le rapport qu'ils affectent avec la suite des années et des dates. Ne le pouvant, le malade est forcé de tout placer dans l'actuel, dont l'idée s'impose sans qu'il soit besoin de comparer.

Du reste, les deux extrêmes que sont les infinis de la grandeur et de la petitesse du temps, se confondent absolument dans le présent. Nous avons établi que l'idée du présent, n'existant pas dans la réalité des choses, est une véritable négation de la durée, puisqu'elle la nécessite immobile, et qu'elle réalise par conséquent l'infini de sa brièveté. Mais elle est aussi l'infini de sa grandeur, puisqu'elle représente la durée qui ne passe pas, la durée éternelle sans rien qui la limite. Cela est si vrai, que les philosophes qui, à l'instar d'Aristote, ont admis le Dieu métaphysique infini, n'ont pu faire autrement que de le mettre immuable dans le présent. Il est donc logique que l'absence de la comparaison, portant nécessairement toutes les idées aux infinis de grandeur ou d'amoindrissement, amène les paralytiques généraux à ne concevoir que le présent qui réalise ces deux extrêmes dans l'appréciation du temps.

L'auto-psychisme que nous constatons chez les paralytiques généraux trouve aussi une explication naturelle dans la perte de la faculté de comparer. En effet, quel que soit le mécanisme par lequel nous affirmons des réalités distinctes de nous-mêmes, il est à peu près certain que la notion du monde extérieur n'est pas innée dans notre mentalité, n'est pas toute faite d'avance comme le croyait Reid, mais qu'elle provient, en fin de compte, de la différenciation de deux ordres de sensa-

©BIUM

tions : d'une part, celles que nous donnent nos fonctions physiologiques et surtout notre activité physique ; d'autre part, celles avec lesquelles nous construisons des réalités extérieures, parce que nous n'en trouvons pas l'origine en nous-mêmes. Mais, pour avoir la connaissance d'une différence, il est nécessaire au préalable de comparer les deux entités différentes. Le paralytique va donc perdre de plus en plus la notion du monde extérieur. Le sentiment du moi s'en accroîtra davantage ; car, si les sensations venues du dehors ne peuvent être rapportées à leur véritable cause, elles sont néanmoins ressenties et seront naturellement reconnues comme un fait personnel, puisqu'il est impossible de les attribuer à autre chose.

Du reste, les faits semblent établir que les notions du moi et du monde extérieur varient en sens inverse, suivant le développement de la faculté de comparer. L'imbécile, l'idiot, qui ne comparent que très peu, n'ont guère que le sentiment de leur personnalité et ne manifestent de l'activité psychique que sur ce qui les touche directement. A mesure que cette faculté s'accroît, le moi diminue proportionnellement, tandis que le monde extérieur prend une importance toujours plus considérable. Il arrive à occuper presque toute la mentalité du savant. Les termes de ses jugements sont le plus souvent pris dans ce qu'il constate en dehors de lui. Le moi tend à n'être considéré que comme une réalité extérieure, soumise aux lois qui régissent les êtres en général. Parfois même, il sera l'objet de rapports qui vont se généraliser sur tous les êtres vivants, et ne sera dès lors considéré que comme une modalité particulière de l'existence et du mouvement.

Par le défaut de la comparaison s'expliquent aussi les caractères importants qu'a signalés M. J. Falret. La mobilité et la multiplicité des idées sont dues à ce que le

©BIUM

malade, ne pouvant les relativer, en est réduit à les associer et à les émettre à mesure qu'elles apparaissent. Ne pouvant être comparé à lui même, le délire se contredit fatalement. Le motif, étant toujours le résultat d'une comparaison, se trouve logiquement absent des opérations psychiques.

La cause pathogénique du délire de la paralysie générale nous paraît donc résider dans la perte de la faculté de comparer, qui explique si nettement tous ses caractères. Seules, les hallucinations indiscutables de ces malades relèvent vraisemblablement d'un autre mécanisme. Elles ne présentent, il est vrai, aucune particularité notable et peuvent, à bon droit, être considérées comme un phénomène secondaire n'influant que très peu sur la physionomie générale du délire.

Cette réserve faite, tous les phénomènes délirants de la paralysie générale semblent donc devoir constituer le syndrome de la perte de la comparaison. Sans doute, on peut encore étendre le champ d'action de ce grand facteur et lui attribuer les symptômes psychiques de la période prodromique, symptômes assez atténués pour ne pas mériter encore le nom de délire et que, pour cette raison, M. Christian a groupés très justement dans l'appellation de phase prédélirante. Nous voyons, en effet, ébauchés à ce moment, tous les traits qui caractériseront plus tard la mentalité du malade. La tendance à l'infini se trouve déjà dans la neurasthénie ou l'optimisme ordinaire du début, dans la grandeur des entreprises, la multiplicité et l'exagération des achats, etc.; la perte de la notion de l'espace se révèle dans des erreurs notables sur l'évaluation des distances et sur la localisation des lieux; celle du temps, dans cette propension à s'occuper du présent et à négliger ce qui n'est pas d'une exécution immédiate; l'autopsychisme, dans ce penchant déjà très marqué à

©BIUM

rapporter à soi-même toutes les conceptions, tous les actes, tous les propos ; enfin, la multiplicité, la mobilité, l'absence de motif et la contradiction des idées se manifestent par le nombre des concepts, leurs variations, les vices de leurs combinaisons et l'opposition parfois complète des projets de la veille et de ceux du lendemain.

Du reste, ce qui caractérise essentiellement cette période, c'est le changement complet qui se produit dans le caractère, en désaccord absolu avec les habitudes et la psychologie antérieure de l'individu. Or, comment arrivons-nous à acquérir des habitudes et à suivre une ligne de conduite, si ce n'est par de multiples comparaisons dont le résultat est l'adaptation de nos actions aux circonstances extérieures, degré de fortune, niveau social, profession, entourage, etc. Si donc, sans raison, nous modifions notre vie ordinaire appropriée à toutes ces conditions, c'est assurément parce que nous ne pouvons plus faire les comparaisons mêmes qui nous avaient amenés à l'adopter et à y persévérer.

Mais ici vient se placer le problème de la localisation cérébrale de la faculté de comparer. Si la perte de cette fonction est la cause essentielle des troubles psychiques, et si elle suffit à expliquer les premiers symptômes mentaux, il est très probable que la région du cerveau la première touchée et la plus atteinte dans le cours de la maladie est normalement affectée à la comparaison. Or, ce que l'on connaît de l'anatomie pathologique de la paralysie générale établit que la lésion la plus accusée et aussi la première en date réside à la partie tout à fait superficielle de l'écorce, occupée par les petites cellules de la couche moléculaire et par le lacis de fibres tangentielles qui constituent le plexus d'Exner, tandis que les couches sous-jacentes sont relativement

©BIUM

moins lésées. La faculté de comparer doit donc siéger dans cette région.

D'ailleurs, la couche moléculaire présente une organisation anatomique parfaitement adaptée à cette fonction. On peut schématiquement y reconnaître trois éléments essentiels : 1° les rameaux terminaux des fibres sensitives on sensorielles ; 2° les cellules polygonales et les cellules de Cajal qui ont ce caractère commun, que leurs prolongements tant protoplasmiques que cylindraxiles se terminent dans la couche elle-même sans descendre dans les zones sous-jacentes ; 3° les arborisations du panache des cellules pyramidales. Les impressions périphériques amenées par les fibres sensitives ou sensorielles influencent les neurones de la couche moléculaire. Ceux-ci, par leurs prolongements multiples, agissent les uns sur les autres et ainsi élaborent, relativent les sensations extérieures présentes, et sans doute aussi celles qui restent en eux à l'état d'habitude ou de souvenir. Enfin, par son panache, la cellule pyramidale reçoit l'influx nerveux ainsi modifié par la comparaison, et le transforme en décision motrice, si le cylindre axe se continue dans le faisceau pyramidal ; morale, si, ne quittant pas le cerveau, il devient fibre d'association ou fibre du corps calleux. Si, au contraire, la couche moléculaire est détruite, les articulations des fibres sensitives avec les prolongements protoplasmiques des cellules pyramidales seront directes, soit au moyen des dendrites basilaires nées sur le corps cellulaire, soit par les expansions latérales de la tige. L'impression périphérique passera donc immédiatement, sans transition cellulaire, et par conséquent sans rien qui vienne la modifier, la relativer, de la fibre sensitive ou sensorielle à la cellule pyramidale. La réaction motrice ou morale sera donc aussi absolue que le réflexe de la moelle privée de son centre modérateur, le cerveau.

©BIUM

Ainsi se produiront les exagérations des paralytiques, les idées de grandeur ou de négation, suivant que les sensations causales seront expansives ou dépressives.

Nous résumerons notre étude en faisant ressortir les deux conclusions suivantes :

1° Le phénomène de l'hallucination excepté, le délire de la paralysie générale nous est parfaitement expliqué par la perte graduelle de la faculté de comparer les données de l'expérience entre elles. Il semble donc que l'on doive rapporter à cette cause la pathogénie du délire ;

2° Si cette première conclusion est vraie, il est extrêmement probable que la faculté de comparer est localisée dans la couche moléculaire de l'écorce cérébrale et qu'elle est effectuée par les petites cellules qui occupent cette région.

©BIUM

Médecine légale

—

LA

MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

EN ITALIE

Par le Dr Paul MOREAU (de Tours).

SOMMAIRE. — I. Les délinquants paranoïques homicides, par le Dr del Greco Francesco (Communication faite au VIIIe Congrès de la Société de phréniatrie, à Rome). — II. Procès criminels étudiés au point de vue anthropologique, par le Dr Cainer (*Archivio di psichiatria, scienze penali ed antropologia criminele.* 1898). — III. La voleuse internationale. Rapport médico-légal sur l'état mental de la femme Sib. B..., née S..., par le prof. Leonardo Bianchi (*Rivista mensile di psichiatria*, etc., 1898). — IV. Rapport médico-légal sur un cas d'hystérie criminelle, par le Dr Ruggero Tambroni (*Bolletino del manicomio di Ferrare*, 1899). — V. Nouvelles contributions à la casuistique de la médecine légale des aliénés. Notes d'anthropologie criminelle, par le Dr G. Sanna-Salaris, Cagliari. Sassari, 1899.

I. — Le délinquant épileptique a été, de la part des psychologues et des anthropologistes, l'objet de nombreuses études; mais le délinquant paranoïque est moins connu. Le Dr Francesco del Greco ayant eu l'occasion d'observer un certain nombre de ces malades dans le manicome de Nocera, a publié une étude des plus intéressantes sur les délinquants paranoïques homicides. Dans ce travail, il a rangé les individus soumis à son observation en trois groupes :

1° Les paranoïques délinquants qui, ayant accompli une peine de longue durée en prison, ont manifesté

©BIUM

durant cette période des signes non douteux de folie ; actuellement internés au manicome, ils ne se présentent pas tant comme aliénés que comme atteints d'un affaiblissement notable des facultés.

2° Ceux qui diffèrent des premiers par le seul fait d'avoir eu une aggravation de leur maladie mentale pendant leur incarcération, jusqu'au point de toucher à la démence ; associant aux idées de persécution d'autres idées délirantes, généralement absurdes, et quelques vagues idées de grandeur.

3° Les paranoïques qui, immédiatement après le crime, étaient déclarés irresponsables et enfermés au manicome.

De cette étude, qui repose sur huit cas très observés, l'auteur conclut :

1° Les délinquants paranoïques sont des individus fortement dégénérés chez lesquels on trouve de nombreux caractères anthropologiques, somatiques et fonctionnels, morbides, dégénératifs et ataviques ;

2° Chez eux, la psychopathie n'affecte aucune forme spéciale, mais présente, suivant les cas, les allures les plus variées ;

3° Chez ces individus, le caractère criminel se complique du processus paranoïque ;

4° Chez les délinquants paranoïques en qui prédominent les idées de grandeur, il existe manifestement de la déchéance mentale, et leurs tendances sociales sont moins coordonnées et moins actives ;

5° Ce fait, spécialement connu chez ces aliénés, peut s'appliquer aux autres, et à peu près à tous les délinquants atteints de psychopathie. La folie est un processus qui attaque et désagrège tout dans l'intelligence ;

6° Pour ceux chez qui la folie n'est pas très avancée et qui ont été de longues années au bagne, tous présentent les stigmates psychiques des criminels : ils font

©BIUM

le désespoir des asiles. Le milieu du bagne a complètement développé les plus mauvais côtés de leur caractère ;

7° Les individus chez lesquels la délinquence s'est manifestée tardivement en même temps que le processus psychopathique, et qui, à peine le délit commis, ont été reconnus irresponsables et conduits au manicome, présentent moins développés les stigmates psychiques du criminel ;

8° Le caractère chez les délinquants se complète surtout par leur esprit perpétuel de discussion dans lequel ils vivent avec la société et par leur façon de s'entendre entre eux ;

9° D'ailleurs, chez ceux dans lesquels les stigmates du caractère délinquant sont moins développés, on constate toujours le caractère sombre et coléreux. Ils manifestent le plaisir de la vengeance, la frigidité affective, l'orgueil et l'impulsivité ;

10° Tous les homicides paranoïques observés présentent un fond de tempérament commun qui, d'après Lombroso, serait un tempérament épileptoïde ;

11° Le délire et l'acte délictueux proviennent d'un même fond de dégénérescence mentale. Le premier peut suivre un cours isolé, ou bien fournir quelques éléments à la genèse et à l'explication du second ;

12° Le processus paranoïque accélère en beaucoup de cas la perversion du caractère, que l'on remarque chez les délinquants. Il a une influence variée sur l'acte délictueux, principalement sur la disposition plus ou moins grande à tuer. La tendance atavique existe à l'état latent dans le tempérament individuel et semble indispensable pour qu'un paranoïque devienne homicide.

II. — Le Dr Cainer rapporte deux observations d'individus qui s'étaient livrés à des violences sur d'autres

©BIUM

personnes. Le premier fut reconnu atteint de délire sensoriel et de persécution, et comme ayant agi sous l'empire d'une excitation maladive. Sur le rapport médico-légal du Dr Cainer, il fut déclaré irresponsable.

Le second est un épileptique qui, sans aucune provocation, avait frappé à la tempe et mordu profondément au menton un sieur Pietro C..., au point de lui enlever le morceau et le blessant, en outre, à la lèvre inférieure. L'inculpé étant au su de tous atteint d'épilepsie, il fut immédiatement soumis à un examen médico-légal. Il fut reconnu irresponsable.

III.— Rapport médico-légal sur une femme S... S..., qui avait commis de nombreuses escroqueries dans différents pays et qui même avait été renfermée en France, dans un asile, pour kleptomanie. A la suite de nouveaux délits en Italie, cette femme fut arrêtée à Syracuse. L'histoire de sa vie est celle de tous les déséquilibrés. Son hérédité est des plus chargées. Du côté paternel, on trouve des phtisiques : le père mourut à trente ans, de phtisie. Du côté maternel, de nombreux névropathes. Le rapport très documenté du Dr L. Bianchi conclut en ces termes :

1° La femme Suzanne S..., mariée à M. B..., est une psychopathe par tare héréditaire ;

2° Elle a été sujette à des accès de psychopathie, plus ou moins graves, ayant nécessité son internement dans différentes maisons de santé où elle a fait un long séjour. Depuis 1883, elle a eu peu de liberté ;

3° La forme psychopathique, dans sa très grande variété, repose sur un fond hystérique et est de caractère hystérique ;

4° Les fraudes et les escroqueries doivent être regardées comme un ensemble de facteurs morbides qui, à certains moments, modifient complètement l'état psychique de Mme S... qui agit alors dans toutes autres con-

©BIUM

ditions que dans l'état normal. C'est un véritable dédoublement de la personnalité ;

5° Vu cet état de choses, les escroqueries, et en particulier la dernière qui a amené l'arrestation de Mme S..., ne peuvent lui être imputées, précisément à cause de leur origine et de leur nature pathologique ;

6° Mme S... doit être maintenue dans un asile ; car, remise en liberté, elle retomberait sans aucun doute dans son état anormal et commettrait à nouveau des actes justiciables des lois ;

7° Il serait à désirer que l'on opérât le transfert de la malade dans un asile d'Allemagne, pays auquel elle appartient comme veuve d'un Allemand.

Le tribunal, faisant droit à ces conclusions, déclara la malade irresponsable, mais la maintint au manicome de Sales, d'où elle fut transférée ensuite en Allemagne.

Pendant le temps que Mme S... passa au manicome de Sales, elle présenta des phénomènes importants qui prouvèrent amplement le diagnostic établi. Elle eut, entre autres, une fièvre qui, par sa marche irrégulière, la haute température qu'elle atteignait par moments (+ 42 degrés), ne pouvait être qu'une fièvre hystérique.

IV. — Dans le courant du mois de janvier 1898, la tranquille ville de Ferrare était mise en émoi par un inconnu, agresseur introuvable, qui, la nuit, en pleine ville, dans les rues les plus fréquentées, assaillait les passants en les frappant d'un lourd bâton sur la tête. Les uns le dépeignaient petit, brun, trapu ; les autres, grand, agile, maigre. La fantaisie populaire le décrivait des façons les plus variées. Un seul signe était cependant donné par tous : chapeau mou, noir, rabattu sur les yeux, un large manteau sombre l'enveloppait, qui, montant sur le visage, rendait ses traits impossibles à distinguer. L'homme au chapeau noir, au large manteau, était l'incube, la terreur générale, et tenait les esprits en

©BIUM

suspens. Nul, à la tombée de la nuit, n'osait plus sortir.

La police fouillait, cherchait, interrogeait, mais en vain, quand finalement, l'*homme terrible* tomba bêtement dans le filet.

Le soir du 26 janvier, peu d'instants avant qu'il ne commît un de ses actes les plus graves, il se fit voir par trois femmes qui passaient tranquillement dans une des rues principales de la ville, leur parla, leur montra un couteau, les menaça et se fit voir de telle sorte qu'il fut facile de savoir qui il était. Le lendemain matin, il était arrêté dans la boutique d'un barbier, où, tranquillement, comme les jours précédents, il s'était remis à travailler.

Soustrait à grand'peine à la colère populaire, l'homme, non plus mystérieux, fut conduit en prison, où, aux premiers interrogatoires qu'on lui fit subir, il fut reconnu pour un déséquilibré, surtout par une certaine incohérence dans ses réponses et par la manifestation d'idées délirantes de persécution.

Pendant que le juge d'instruction et le procureur du Roi près le tribunal de Ferrare se préparaient à envoyer B... en observation au manicome et à le soumettre à un examen médico-légal, il fut atteint d'un délire violent qui nécessita son envoi au manicome, où il entra le 1er février.

Le 12 février, le juge d'instruction chargeait le Dr Ruggero Tambroni, directeur du manicome provincial de Ferrare, de l'examen de l'inculpé, et lui posait les questions suivantes :

1° B..., dans les journées des 16 et 26 janvier 1898, était-il dans un tel état mental qu'il ne possédât pas la conscience et la liberté de ses actes ?

2° Cet état mental était-il de nature à atténuer sa responsabilité sans cependant l'exclure complètement?

3° B... est-il un individu dangereux, et sa mise en liberté peut-elle avoir de graves conséquences ?

©BIUM

Le Dr Tambroni procéda à un examen sérieux, s'entourant de tous les renseignements possibles sur la famille et le passé de l'inculpé. Cette expertise, conduite avec la compétence bien connue de notre savant et distingué confrère, le conduisit à formuler les conclusions suivantes :

1° B..., primitivement hystérique, est consécutivement tombé dans un état de folie hystérique. Dans les journées des 16 et 26 janvier 1898, il était dans un état d'esprit qui lui enlevait la conscience et la liberté de ses actes. Il est donc irresponsable des délits qu'on lui impute ;

2° Bien que B... ne soit pas actuellement dangereux, il pourrait le devenir s'il lui reprenait un accès de folie hystérique tel que celui du mois de janvier, et pour ce motif sa sortie doit être remise à la volonté du directeur du manicome après une longue période d'observation.

Le tribunal de Ferrare, faisant droit aux conclusions du Dr Tambroni, déclara qu'il n'y avait pas lieu de le poursuivre pour les faits incriminés et ordonna son placement définitif dans un manicome.

V. — Le Dr G. Sanna-Salaris, directeur du manicome de Cagliari, a réuni dans ce fascicule les expertises médico-légales qu'il a eu l'occasion de faire depuis plusieurs années. Il se limite à la psychopathologie dans ses rapports avec le droit pénal, et fait suivre ses rapports de trois observations de délinquants, chez lesquels il a rencontré l'aliénation mentale. Quinze sur dix-sept sujets de cette série, tous Sardes, se signalèrent par les plus graves forfaits (parricide, homicide) et présentèrent dans une forte proportion la manière d'agir des paranoïques dans la période de persécution. Un autre paranoïque se livra à des actes de violence. L'unique cas d'attentat contre la propriété est le fait d'un imbécile.

Dans ce travail, il étudie successivement : *a*) l'arrêt de

©BIUM

développement psychique (3 observations) ; *b*) la mélancolie (2 observations) ; *c*) la paranoïa (6 observations) ; *d*) la folie alcoolique (1 cas) ; *e*) la folie épileptique (2 observations) ; enfin 3 observations ayant trait à un homicide et à deux parricides.

a) Parmi les arrêts de développement, on compte l'imbécillité, cette condition morbide dans laquelle les fonctions psychiques sont défaillantes par arrêt de développement du cerveau dans l'enfance ou par suite de troubles apportés dans son évolution à la fin de la vie intra-utérine. Les imbéciles ont une difficulté plus ou moins grande à former des idées abstraites, et leurs pensées, leurs actions sont guidées par des désirs et des impulsions égoïstes qui ne sont pas réprimées par les notions de la morale. Il en résulte conséquemment que chez ces malades la conscience de la légalité et de la pénalité de l'action commise, par suite de leur libre détermination de la volonté, actes criminels, vols, incendies, attentats contre les personnes, homicides, auxquels se livrent les imbéciles, présentent l'impulsivité et l'inconscience et ne sont ni compris, ni voulus.

b) Par mélancolie, on entend cet état psychique caractérisé principalement par la dépression du sentiment affectif, le ralentissement de tous les processus psychiques et par la présence ou non d'idées délirantes et de troubles sensoriels. Dans le cours de la mélancolie, alors que les malades pensent et voient tout en mal, quand ils sont incapables d'accomplir le moindre effort musculaire, restent des semaines et des mois immobiles, sans prononcer un mot, à un moment donné, par suite de l'accumulation de tant de souffrances, tout à coup jaillit une hallucination terrifiante plus forte et plus menaçante que les autres, pouvant déterminer à l'improviste une violente décharge motrice dite *raptus melancolicus*, qui, par son instantanéité, son impulsivité,

©BIUM

contraste avec le caractère indolent habituel, révélant le trouble profond de la conscience du malade, qui ne conserve aucun souvenir de l'acte qu'il a commis, ou tout au moins ne laisse qu'un souvenir très vague et très incomplet.

La mélancolie a une grande importance au point de vue médico-légal ; elle incite, en effet, celui qui en est atteint aux plus épouvantables forfaits, causés par une anxiété précordiale, des sensations douloureuses ou des idées fixes et délirantes.

c) Parmi les affections mentales chez les dégénérés, on compte la *paranoïa*, affection chronique, incurable, avec prédominance de troubles intellectuels consistant principalement en idées délirantes et troubles sensoriels. Ces altérations peuvent frapper l'individu dès l'enfance (paranoïa originaire), ou se manifester tardivement, le cerveau étant complètement développé (délire chronique à évolution systématisée). Tant dans l'une que dans l'autre de ces variétés, dont l'auteur rapporte six observations, spécialement dans la deuxième période de la paranoïa tardive, caractérisée par du délire de persécution et par la présence d'hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale, comme dans le stade correspondant de l'autre forme de paranoïa, les malades tombent facilement en conflit avec les lois.

Les idées délirantes, les hallucinations et les illusions rendent le paranoïque incapable de tout contrôle, et de la connaissance du véritable état des choses; elles sont pour lui le seul guide de ses actions.

Partant ainsi d'un principe faux et prenant l'illusion pour la réalité, il s'ensuit tout naturellement que le malade n'a pas la libre détermination de ses actes.

d) L'abus des boissons alcooliques est une cause fréquente de graves dangers pour le système nerveux central, soit directement, soit par les lésions dues à l'in-

©BIUM

toxication chronique. L'accroissement des maladies mentales, la multiplication des délits et des suicides sont en rapport direct avec l'usage abusif et progressif de l'alcool, dont l'action nocive sur l'organisme explique la diminution de l'énergie et de la volonté et l'augmentation toujours croissante de la déchéance intellectuelle. L'ivrogne d'habitude est un malade qui, étant donné l'affaiblissement de son énergie volitive, n'est plus en état de se retirer du gouffre où il court. Son trouble mental, ses hallucinations terrifiantes, son délire paranoïque (surtout d'infidélité conjugale), le poussent à commettre, inconsciemment et malgré lui, les infractions les plus diverses aux lois.

e) La grande majorité des épileptiques, outre leurs accès convulsifs, sont sujets, avant ou après l'accès, à des états psychopathiques transitoires ou continus qui consistent dans le changement du caractère et de l'intelligence, en troubles plus ou moins profonds de la conscience et en erreurs des sens.

Quand cette condition morbide se manifeste en dehors d'une attaque convulsive ordinaire, et même s'y substitue, on dit qu'il y a équivalence psycho-épileptique ; épilepsie psychique ou larvée, quand ces équivalents seuls dominent la scène, même pendant une série de plusieurs années, sans que, pendant ce temps, l'individu ait présenté de crises convulsives.

Le changement de caractère, comme la déchéance intellectuelle chez les épileptiques, peut arriver jusqu'à l'obtusion complète des sentiments moraux, à l'idiotisme, à la démence ; les troubles de la conscience peuvent aller jusqu'à la stupeur, et les erreurs des sens consistent en illusions et hallucinations principalement visuelles et de nature terrifiante.

Les épileptiques tombent souvent en conflit avec la justice et commettent les crimes les plus épouvantables

©BIUM

dans leur état de folie, avant ou après l'accès. Dans l'un comme dans l'autre cas, l'action délictueuse est en rapport avec les troubles psychiques ; quand, sous l'empire des erreurs des sens, l'épileptique est poussé à commettre des actes de violence, les actes ne sont pas dirigés par une volonté réfléchie et consciente ; la liberté de la détermination n'existe pas : ces malades sont irresponsables.

©BIUM

Établissements d'aliénés.

—

DU SECRET

DANS LES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

Par le Dr PONS

Médecin en chef de l'asile d'aliénées de Bordeaux.

Le médecin d'asile doit remplir une donble tâche, scientifique et humanitaire.

La dernière partie de sa mission n'est pas la moins belle ; elle est vraiment digne de remplir la vie d'un homme de bien. Le médecin est, en effet, le protecteur naturel et nécessaire d'une population de déshérités que la maladie a séparés brutalement du milieu social, que leurs proches abandonnent tôt ou tard, et il est appelé à remplacer pour un grand nombre d'entre eux la famille perdue. Il s'intéresse individuellement à chaque aliéné et lui assure sa part des bienfaits que la libéralité officielle alloue à la collectivité des malades. Sa visite quotidienne est une visite de détail, où rien n'échappe à son regard humain des souffrances physiques et morales de chacun. A l'asile, où l'homme finit par ne plus être, aux yeux de la communauté, qu'une unité qui mange, il reste à ce délaissé un ami : le médecin.

Déchu de ses droits d'homme libre, l'aliéné n'est plus admis à communiquer sans contrôle avec ses amis et

©BIUM

et ses proches. C'est encore le médecin qui a la charge de régler ses rapports avec l'extérieur, et il les autorise dans la mesure compatible avec la dignité du malade et l'intérêt public.

Certes, le médecin, dont le rôle est d'assurer à des malheureux la plus grande somme de confort et de leur épargner la souffrance morale, est bien leur protecteur.

Le respect et la garde du secret sont des éléments nécessaires de la protection qu'il leur accorde.

Le devoir qu'elle impose est d'autant plus rigoureux qu'il est moins compris du public non médical. Les gens du monde en méconnaissent la gravité. Ils cherchent volontiers dans le récit des infortunes des aliénés, de leurs extravagances, dans les détails relatifs à leur séquestration et à leur vie dans l'asile, la satisfaction d'une curiosité malsaine.

Au milieu de ses relations, l'aliéniste est toujours en garde contre les indiscrétions aimables ; ce n'est pas sans peine qu'il a raison, dans le monde qu'il fréquente, des manœuvres d'une inquisition polie.

Dans certains cas, ce n'est pas une curiosité banale, mais un intérêt plus ou moins puissant, plus ou moins légitime, qui provoque les questions. Le médecin doit alors subir des démarches, répondre évasivement à des lettres où l'on sollicite des renseignements sur les malades qui lui sont confiés. Sa position est encore plus embarrassante si ces renseignements lui sont demandés par un personnage, un homme en place, auquel on ne saurait refuser un droit de contrôle, au moins moral, sur l'établissement public.

La foule peut ignorer l'existence d'un secret dans les asiles; mais on s'explique moins qu'il puisse être méconnu, parfois, des médecins eux-mêmes. Il faut avouer, pour leur excuse, qu'il est incertain et mal défini dans

©BIUM

maintes circonstances et que ses règles n'ont jamais été clairement tracées. Les incertitudes que le devoir provoque dans la conscience de l'aliéniste tiennent au milieu où le secret prend naissance et aux circonstances dans lesquelles il s'impose. Cette étude est encore à faire ; c'est un chapitre à joindre à notre déontologie.

Envisagé à un point de vue général, le secret médical a été bien formulé ; ses conditions ont été nettement établies par le Dr G. Tourdes (*Dictionnaire* de Dechambre) et, plus récemment, par M. le professeur Brouardel.

L'excellent petit volume publié par ce dernier, quelque temps après la déplorable affaire Watelet, a rendu un véritable service à la profession. Aussi remarquable par la clarté de la forme, la précision méthodique de l'exposé, que par la profondeur des vues qui y sont émises, il a tranquillisé les consciences en traçant au praticien sa conduite dans le cas épineux où le devoir est obscur. Mais le livre de M. Brouardel ne concerne que le secret dans l'exercice ordinaire de la médecine.

C'est seulement en 1892, au Congrès des aliénistes de Blois, que la question du secret dans les asiles est proposée pour la première fois.

Mais les divers orateurs qui l'ont abordée ne l'ont traitée que superficiellement et se sont bornés à indiquer ses divers aspects. Au surplus, le rapporteur, M. le Dr Thivet, n'a pas cru devoir formuler de conclusions.

Elle est revenue en 1895, devant la *Société internationale pour les questions d'assistance*, qui avait mis à l'ordre du jour de ses travaux *le secret dans les hôpitaux*. La discussion, au cours de laquelle on a pu entendre des avocats, des médecins, des administrateurs d'une haute compétence, a été résumée lumineusement par le secrétaire général de la Société, M. Muteau, dans un savant mémoire.

©BIUM

Elle a eu pour corollaire une série de questions touchant les asiles, posées par l'honorable directeur de Saint-Yon, M. le Dr Giraud, auxquelles M. Muteau a bien voulu répondre dans un travail complémentaire.

Le sujet n'est pas épuisé et le moment est peut être venu pour un médecin d'asile, après ces débats insuffisamment fructueux, d'exprimer ses sentiments et ses doutes. Aux prises, depuis de longues années, avec les problèmes soulevés par le milieu où il exerce, il a cru devoir reprendre l'enquête de ses éminents confrères, en lui donnant une forme étroitement analytique, en faisant ressortir pas à pas les circonstances capables de rendre ardue l'interprétation du devoir.

En écrivant ces lignes, il s'est inspiré des enseignements contenus dans les ouvrages spéciaux mentionnés plus haut, aussi bien que des vues instructives qui se sont fait jour au sein de la *Société internationale d'assistance*. De ces écrits et de ces débats ressortent les préceptes suivants, qui peuvent éclairer la conduite de l'aliéniste :

Un fait est secret, lorsque sa révélation peut produire des conséquences plus funestes que le fait lui-même.

Un secret est absolu, parce qu'il est d'intérêt social.

La révélation est interdite, même lorsque le fait a été l'objet d'une divulgation quasi-officielle.

L'intention de nuire n'est pas nécessaire pour caractériser le délit.

Le secret existe pour le médecin, lorsqu'il est confident nécessaire. Il acquiert cette qualité, non seulement pour les choses qui lui sont personnellement confiées, mais aussi pour celles qu'il connaît par l'exercice de sa profession.

Un moyen sûr d'arriver à la détermination du devoir consiste à rechercher si le médecin a été saisi du fait comme simple témoin ou comme confident professionnel.

©BIUM

Dans le dernier cas seulement, la loi lui impose le silence.

L'obligation du secret est absolue pour une administration hospitalière, même si le malade en délie le confident (Muteau).

I

Le médecin d'aliénés vit dans un monde à part, où le devoir s'offre à lui sous des aspects différents de ceux de la pratique ordinaire.

Les individus qu'il a charge de traiter et aussi de diriger sont privés de leur liberté et soumis à son arbitraire. De plus, ils n'ont pas leur raison, ne contrôlent pas leurs paroles et leurs actes, et ils sont incapables de solliciter la discrétion de celui qui les soigne. Cette situation éminemment délicate engage la conscience du médecin et lui suggère parfois une conduite exceptionnelle.

Les préceptes énoncés plus haut lui sont précieux pour s'éclairer dans les cas difficiles.

En premier lieu, il faut admettre que tous les faits dont il a connaissance à l'occasion de son service, qu'ils intéressent la personne d'un aliéné ou les individus qui font partie de ses relations, sont des faits secrets de leur nature. Dans l'asile, il ne s'abstiendra pas seulement de paroles imprudentes sur ce qu'il a appris; mais il se constituera le gardien des secrets qui lui sont accidentellement révélés.

Et pourtant cette étude nous met, dès le début, en présence d'une anomalie qui déconcerte.

Le premier des secrets de l'asile, celui qui précède toutes les autres confidences, est l'internement de l'aliéné. Sa qualité de secret a été contestée. En effet, sa notoriété est telle que le fait est banal, et beaucoup

©BIUM

estiment que le médecin et l'administrateur ne sont pas tenus de le passer sous silence.

Ils doivent cependant le taire, puisque toute parole indiscrète ajoute quelque chose au mal produit par la divulgation déjà faite, regrettable déjà par elle-même. C'est un secret partiellement connu, qu'il faut respecter quand même. Aucune hésitation n'est permise sur ce point.

Qu'on le veuille ou non, la séquestration d'un aliéné est une sorte de flétrissure sociale. Il n'est pas de famille qui ne voulût tenir caché ce malheureux événement. J'aurai toujours présent à mon souvenir un artiste de talent qui m'avait confié sa fille et venait s'informer de son état chaque soir, à la brune, en rasant les murs. La demoiselle est sortie guérie quelques mois après. Quand je rencontre ces braves gens, ils craignent d'être reconnus et détournent la tête. Le malade sorti de l'asile n'aime pas, le plus souvent, à se souvenir des soins qu'il y a reçus. Il cache volontiers la période douloureuse de son séjour dans la maison d'aliénés comme une page maculée qu'il voudrait pouvoir déchirer du livre de sa vie.

En dehors du point d'honneur, si capital pour quelques-uns, l'intérêt des familles et des aliénés eux-mêmes rend presque toujours désirable une discrétion absolue sur le fait anormal de l'apparition de la folie dans une maison.

En vain alléguera-t-on que l'internement est notoire, les tribunaux ont prononcé sur cette matière : « La ré-
« vélation est interdite alors même que le fait aura été
« l'objet, non seulement de bruits, de nouvelles, de
« commentaires dans le public et les journaux, mais
« d'une divulgation en quelque sorte officielle, car
« cette révélation ne sera jamais indifférente et viendra
« toujours ajouter quelque chose à ce qui a été déjà

©BIUM

« divulgué. » (Président Tanon, cité par M. Muteau.)

Donc, si la dignité et l'intérêt des familles prescrivent la discrétion, la loi elle-même défend au personnel dirigeant de l'asile de révéler le fait du placement d'un malade. Eh bien, cette même loi rend obligatoire la divulgation dans un si grand nombre de circonstances qu'on pourrait dire que le secret, pouvant être su de tout le monde, est tombé dans le domaine public.

C'est d'abord l'enquête médico-administrative, menée avec la collaboration de la police, qui prépare l'internement. Puis viennent les rapports de vingt-quatre heures et de quinzaine destinés à la préfecture, les certificats de situation fournis à des époques indéterminées au préfet et à la justice. Mentionnons ensuite le contrôle officiel exercé par les ayants droit en vertu de l'article 4 de la loi de 1838, et enfin les feuilles de comptabilité qui portent le nom de l'aliéné, dressées en multiple expédition pour les départements et les communes auxquels incombe la dépense.

Ces indiscrétions sont inévitables, strictement légales ; mais il en est d'autres consacrées par l'usage, légitimées d'ailleurs par la situation des malades, qui contribuent à donner à l'internement une notoriété patente.

L'individu que son trouble mental a séparé brusquement du milieu social est privé, pendant son séjour à l'asile, de l'exercice de ses droits civils. Aux actes qu'il s'abstient d'accomplir, parce qu'ils pourraient être attaqués, il convient de substituer des attestations écrites émanées du directeur de l'asile. C'est ainsi que ce dernier délivre des certificats de présence pour permettre le mariage des enfants d'un aliéné. Une intervention semblable est utile pour toucher, au nom de ce dernier, une pension ou des coupons de rente, pour faire des mutations de Bourse sur les valeurs qui lui appartiennent.

©BIUM

Le directeur peut encore, par un certificat de présence à l'asile, faciliter l'allocation de secours à une famille besogneuse. Enfin, les attestations de décès sont accordées couramment aux intéressés, pour le règlement des affaires de succession.

Personne n'a songé à voir dans ces pratiques, usitées partout, une violation du secret professionnel. Elles sont, au surplus, d'essence administrative ; le médecin leur demeure étranger et l'internement de l'aliéné est l'unique indiscrétion qui en résulte.

Toutefois, cette indiscrétion officielle peut avoir, dans certains cas, une portée des plus fâcheuses.

Les accouchements ne sont pas rares dans les asiles. Chaque naissance entraîne, pour le directeur, l'obligation légale d'une déclaration à la mairie. Que doit être cette déclaration ? L'accouchée est privée de sa raison, incapable de vouloir; mais on doit admettre qu'elle demanderait le secret aux personnes préposées à sa garde, si elle était lucide. Le plus souvent, la famille désire que le silence soit gardé sur l'événement. Il semble donc évident que, si le lieu de la naissance ne peut être caché, puisque le directeur le fait connaître en se présentant devant l'officier de l'état civil, la déclaration, tout au moins, doit être impersonnelle.

Parmi les questions proposées par le médecin de Saint-Yon à la *Société internationale pour l'étude des questions d'assistance*, celle qui a trait à la déclaration des naissances n'est pas la moins intéressante. Notre confrère demandait si le directeur avait le droit de ne pas livrer le nom d'une aliénée qui était accouchée dans l'asile. M. Muteau a répondu par l'affirmative ; il est même allé plus loin, et a émis l'avis que le directeur pouvait parler ou se taire, suivant l'inspiration de sa conscience.

Cette solution très large est bien pour nous mettre à

©BIUM

l'aise. Agir librement sans s'inquiéter des menaces du Code, ne prendre conseil que de soi-même sans être entravé par une jurisprudence compliquée, c'est ce qu'on pouvait rêver de meilleur. Toutefois, s'il y regarde de plus près, la satisfaction de l'aliéniste est moins pure. Malgré mon incompétence, je demande pardon au savant juriste de lui exprimer quelques doutes.

La loi est la loi ; il sait mieux que personne que c'est à sa lettre qu'il faut demander d'abord d'éclairer notre conduite. Or, il s'en faut que la loi répande sur la question un jour parfaitement lumineux. Ouvrons le Code.

L'article 55 du Code civil ordonne que la déclaration de naissance se fera dans les trois jours.

L'article 56, que la naissance sera déclarée par le père, ou, à son défaut, par les docteur en médecine, chirurgien, sage-femme, etc. L'acte de naissance sera rédigé de suite, en présence de deux témoins.

L'article 57 rend obligatoire la mention du jour, de l'heure et du lieu de la naissance, du sexe de l'enfant et de ses prénoms ; *du nom, du domicile et de la profession du père et de la mère*, etc.

Tels sont les devoirs stipulés par le Code civil. Ils ont une sanction pénale. Elle est contenue dans l'article 346 du Code pénal, qui punit de l'amende et de l'emprisonnement toute personne qui, ayant assisté à un accouchement, n'aura pas fait la déclaration à elle prescrite par l'article 56, dans le délai fixé par l'article 55.

De l'article 57, il n'en est pas question dans le Code pénal. Est-ce un oubli du législateur, ou une omission voulue? Le fait est que les déclarants peuvent, le Code en main, violer impunément cet article 57, qui prescrit la déclaration nominale.

Il semble donc que c'est à la faveur d'une échappatoire que les juges ont pu acquitter les médecins et sages-

©BIUM

femmes qui ont refusé de livrer le nom d'une accouchée et ont ainsi respecté le secret professionnel. Ils peuvent toujours se taire puisque la loi ne peut les poursuivre, la sanction pénale de l'article 57 n'existant pas.

Mais qu'on y prenne garde. De l'impunité réservée aux violateurs de l'article 57 découle rigoureusement le devoir étroit du silence, lorsque l'accouchement est secret. Si l'article 346 du Code pénal les épargne, l'article 378 du même Code pèse sur eux de toute sa force, car ils n'ont aucune excuse pour y contrevenir. Pour le directeur d'asile, la situation est encore plus nette et la conduite mieux définie, car la déclaration du nom de l'accouchée entraîne à la fois la divulgation de l'internement et des circonstances plus ou moins graves qui peuvent s'y lier, concernant l'aliénée elle-même.

Il me paraît donc, malgré la haute autorité de M. Muteau, que le directeur n'est pas libre de parler et que, tout bien réfléchi, la discrétion lui est imposée par la loi.

Je n'ai jamais vu cette discrétion pratiquée nulle part. En cette matière comme en bien d'autres, le secret est méconnu par les administrations. Partout, j'ai vu la déclaration faite à la mairie comme si la malade était accouchée chez elle, et l'on surprendrait fort un directeur à qui l'on voudrait prescrire, au nom de la loi, la procédure subtile et mystérieuse recommandée par les partisans du secret absolu.

D'autre part, il faut remarquer que l'indiscrétion n'a pas toujours le même caractère de gravité et qu'elle engage plus ou moins sérieusement, suivant les cas, la responsabilité de l'administration.

Une mère de famille de mœurs paisibles et honnêtes est devenue aliénée quelques mois après la conception dans des conditions normales, dont elle n'a pas à rougir.

Elle entre à l'asile et y accouche ; l'événement est

©BIUM

notoire et nul ne songe à le tenir caché. Les circonstances qui ont entouré l'internement jusqu'à le rendre public, atténuent dans une telle mesure l'importance du secret que l'indiscrétion résultant d'une déclaration officielle ne saurait attirer aux délinquants des reproches sévères.

Mais le cas est autrement grave d'une jeune fille amenée à l'asile par ses parents, que son trouble mental et l'internement nécessaire ont plongés dans la désolation. Cette personne a été séduite et violée, et l'aventure qui l'a flétrie porte une atteinte irrémédiable à l'honneur des siens. Elle vient subir à l'asile le dénouement de son infortune.

Ces deux exemples démontrent qu'il ne peut y avoir, comme *criterium* du devoir, en cette matière, que la conscience. Pour la première accouchée, le directeur qui fait une déclaration nominale n'encourt aucune responsabilité; pour la seconde, l'inscription sur les registres publics est un acte indélicat, moralement condamnable.

Il convient, avant de se prononcer, d'apprécier le préjudice causé par la divulgation. Le directeur pourrait distinguer deux degrés dans la confidence dont il est chargé : 1° l'internement; 2° les faits qui lui sont connexes, concernant l'aliénée elle-même.

Pure question de théorie, d'ailleurs, car pour les naissances, comme pour tous les faits dont connaît l'administration, je crois pouvoir affirmer que le secret n'est pas gardé dans les asiles. Il ne saurait l'être. Tous ces faits sont forcément notoires, parce qu'ils sont consignés dans les nombreuses pièces officielles que le directeur répand au dehors, documents qui devraient être confidentiels, mais qui s'éparpillent à tous les vents par la fissure administrative. M. l'inspecteur général Drouineau avançait devant la *Société internationale d'assistance*

©BIUM

qu'il existe dans les hôpitaux un secret administratif distinct du secret médical. Les hôpitaux d'aliénés fourniraient peut-être un argument à cette doctrine de mon distingué confrère.

Les conditions mêmes du placement des aliénés, qui se fait au grand jour, leurs rapports nécessaires avec le milieu social, réglés par le directeur, ne permettent pas d'imposer sérieusement la discrétion aux personnes chargées de les garder. Un aliéniste des plus compétents, le docteur Parant, a émis l'avis, au congrès de Blois, que la discrétion était de rigueur, mais que l'article 378 n'était pas applicable aux indiscrets. L'obligation du silence touchant l'internement serait donc dépourvue de sanction pénale ; elle serait toute platonique... C'est dire qu'elle est laissée à la conscience de chacun, qu'elle est facultative.

Les directeurs d'établissements d'aliénés sont si peu convaincus de l'existence d'un devoir qu'on chercherait en vain dans leur conduite les traces d'un effort quelconque pour tenir une séquestration cachée. Les nombreuses violations officielles du secret leur prêtent une excuse bien plausible. Mais il est un autre motif, plus puissant qu'on ne croit, qui porte les directeurs à sortir volontiers de leur réserve professionnelle. Il est d'ordre moral, passionnel, si j'ose dire.

Depuis que l'admirable loi de 1838 a été en butte aux premières attaques, il y a quelque vingt-cinq ans, ses adversaires n'ont cessé de diriger contre les asiles et le régime des aliénés des accusations aussi fausses que malveillantes. D'après eux, tout est à démolir dans ces maisons lugubres, dont les employés sont des tourmenteurs et les directeurs des chefs geôliers. Séquestrations brutales, calculs avides, traitements cruels, sévices d'un autre âge, l'opinion mise en défiance contre les directeurs ne leur épargne aucune imputation odieuse, en

©BIUM

dépit du dévouement que réclame une tâche ingrate et des services qu'ils rendent au corps social.

Devant le flot des calomnies, le personnel des asiles a senti le besoin de prendre position et il cherche à forcer la sympathie du public par un libéralisme affecté qui l'élève au-dessus du soupçon. Le devoir étroit et austère du secret se concilie mal avec ces tendances. J'entendais un jour un administrateur exprimer l'avis que nos établissements devraient être *de verre*.

C'est dans cet esprit que sont gouvernés aujourd'hui nos asiles, dont l'accès est devenu extraordinairement facile. Tous les procédés ayant pour but de multiplier les relations des malades avec le dehors sont accueillis avec faveur et méritent à ceux qui en font usage les suffrages de la foule. Un excès de discrétion professionnelle fera disqualifier un directeur trop mystérieux, qu'on accusera volontiers de vouloir cacher quelque chose à la justice.

Aussi, à l'heure actuelle, nos manicomes sont largement ouverts à tout personnage ayant quelque surface et même aux amis de la maison. En Amérique, les asiles reçoivent à jour et heure fixes tous les visiteurs qui se présentent ; mais les règlements prescrivent des mesures pour empêcher toute communication de ces derniers avec les malades. En France, la visite n'est pas officiellement autorisée, mais elle se fait à toute heure et les malades peuvent être étudiés à loisir, sous l'œil bienveillant du directeur, par tous les intrus de marque. Avocats, artistes, médecins, professeurs, simples touristes viennent satisfaire à volonté leur curiosité intelligente, pour l'édification du siècle.

Depuis un grand nombre d'années, les représentations théâtrales sont à la mode dans les asiles. Paris a donné l'exemple et, après lui, les grands asiles de province rivalisent de zèle pour offrir à leurs pensionnaires des

©BIUM

concerts, des comédies, des soirées de prestidigitation, etc. Ces « performances » ne sont pas à dédaigner comme moyen thérapeutique, surtout si les aliénés qui en profitent sont choisis par le médecin, si l'auditoire n'est pas uniquement formé par la masse des malades non bruyants, introduits pêle-mêle dans la salle des fêtes comme un troupeau. Le divertissement peut être un bienfait pour quelques-uns. Mais, que devient le secret médical dans ces solennités? Il ne s'impose pas aux nombreux invités de l'administration, encore moins aux artistes qui sont venus apporter leur concours et qui prétendent voir de près une population intéressante, devant laquelle ils ne se produisent pas tous les jours. Je me rappelle avoir subi de la part de charmantes actrices des questions fort embarrassantes. Certaine personne qu'on avait soupçonnée d'être à l'asile avait été reconnue et cette découverte était une joie.

Est-il respecté davantage, le secret médical, lorsque les aliénés sont conduits à la promenade hors des murs de l'asile et que le village voisin les regarde défiler, en longues théories, sous la garde des infirmiers?

Les chapelles des asiles sont entr'ouvertes au public et quelques favorisés du voisinage ont la permission d'y suivre les offices. Une circulaire ministérielle a réglementé cette tolérance et prescrit l'établissement d'une barrière entre les malades et le public. Le plus souvent, l'instruction ministérielle est lettre morte et l'isolement rigoureux des malades n'existe pas.

Le fait suivant n'est-il pas démonstratif? Au cours d'une exposition récente, les aliénés d'un de nos grands asiles ont été admis à se mêler à la foule des visiteurs et ont pu se promener dans l'enceinte réservée, sous la conduite de leurs gardiens.

L'innovation a été très goûtée, à tel point que la commission de surveillance de l'asile a voté des remer-

©BIUM

ciements aux organisateurs de l'exposition pour en avoir accordé l'entrée gratuite aux malades. Certes, je ne songe pas à reprocher à l'Administration une mesure bienveillante qui a rompu très agréablement l'existence monotone des infortunés confiés à ses soins ; mais il faut convenir qu'elle s'est peu préoccupée, dans cette circonstance, de la violation d'un secret professionnel.

M. Parant a raison. Le fait simple de l'internement ne saurait être un secret légal, parce qu'il peut être universellement connu. Celui qui en parle n'est pas passible d'une peine ; toutefois, il doit éviter de parler pour ne pas aggraver un mal existant. C'est une simple obligation morale. Ne pourrait-on pas appliquer aux directeurs l'ingénieuse argumentation de M. Muteau et les considérer, non comme des confidents, mais comme des témoins, témoins honnêtes que leur probité doit rendre discrets et prudents ? Si une telle interprétation est admise, le secret administratif disparaît, touchant le placement du malade.

(*A suivre.*)

©BIUM

Revue critique.

—

DE

L'ÉPILEPSIE CONSCIENTE

ET MNÉSIQUE

Par le Dr H. MINIER.

L'inconscience et l'amnésie sont considérées par nombre de praticiens comme les deux caractères essentiels des paroxysmes épileptiques. La thèse du Dr Maurice Ducosté, aux allures quelque peu révolutionnaires, bourrée de faits nouveaux, d'aperçus originaux et hardis, est une protestation contre cette formule trop étroite (1).

L'auteur croit à l'épilepsie consciente et mnésique. (Il entend par ce dernier mot, qu'il crée, « les paroxysmes épileptiques dont le malade garde le souvenir ».)

Ce travail se divise en cinq chapitres que nous allons résumer, dans leurs lignes essentielles, en suivant l'auteur pas à pas.

Une sorte de préface, une « Introduction historique », met tout d'abord la question au point.

« L'épilepsie n'est pas une entité morbide. C'est un ensemble de syndromes qui traduisent un état spécial d'irritabilité et d'excitation des centres nerveux. » Par cela seul que ces centres président à toutes nos fonc-

(1) *De l'Épilepsie consciente et mnésique et, en particulier, d'un de ses équivalents psychiques « le suicide impulsif conscient »*. Paris, 1899, chez Vigot frères, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

©BIUM

tions, l'épilepsie sera « une maladie de tout l'être ». On y peut observer des paroxysmes moteurs, sensitifs, sensoriels, viscéraux, psychiques.

L'épilepsie psychique (l'auteur ne s'occupe que d'elle) a, « dans cette efflorescence contemporaine d'études sur l'épilepsie », trouvé ses créateurs dans Jules Falret et Morel. Sans doute on avait fait, avant eux, quelques louables efforts. De Maisonneuve à J.-P. Falret un certain nombre de nosographes avaient soupçonné les troubles mentaux épileptiques ; Cavalier, Aubanel, Guillemin avaient même beaucoup approché de la vérité ; Billod, « observateur original et sagace », était entré plus avant « dans cette voie féconde que parcoururent hardiment Morel et Falret » ; mais à ceux-ci revient l'honneur d'avoir montré « qu'au lieu de conclure de l'épilepsie au délire, il faut remonter du délire à l'épilepsie ; qu'on peut soupçonner l'origine épileptique d'un délire même en l'absence des attaques convulsives » ; qu'il y a un état mental particulier aux épileptiques ; en un mot, qu'il existe, comme dit Morel, une « épilepsie larvée ».

L'auteur est partisan de l'épilepsie larvée ; il croit qu'il y a « des convulsions mentales en dehors des convulsions physiques, que la décharge peut frapper les centres psychiques à l'exclusion des centres moteurs » ; mais il avoue, après avoir cité les opinions des adversaires de cette conception (dont Christian, on le sait, est « des plus résolus »), il avoue que la question est encore pendante, qu'elle ne peut que l'être dans l'état actuel de nos connaissances sur le mécanisme des actions psychiques, et que les faits ne sont pas susceptibles de la trancher ; « car aux partisans de l'épilepsie larvée ses adversaires répondront toujours qu'il est possible de ne pas voir une absence, un vertige très courts, et qu'après tout on ne peut suivre un malade à chaque pas de son existence ».

Peu importe d'ailleurs ; il suffit qu'on soit d'accord sur ce point : qu'il existe des phénomènes psychiques dont les caractères intrinsèques sont tels qu'on peut, sans se préoccuper d'autre chose, les rapporter sûrement à l'épilepsie. « Sur les seuls signes psychiques, on peut baser un diagnostic. »

©BIUM

« Nous allons plus loin, dit l'auteur, nous pensons que le faisceau complet de ces signes n'est pas nécessaire. » La conservation de la conscience pendant, de la mémoire après l'accès, ne doivent pas faire rejeter systématiquement l'hypothèse d'épilepsie. L'auteur en cite des exemples personnels : ils seraient nombreux en clinique, et si l'on n'en trouve pas davantage dans la littérature médicale, « c'est qu'on se mure obstinément dans le dogme de l'inconscience et de l'amnésie épileptiques », dogme tellement faux que ses plus résolus fidèles protestent, timidement sans doute, mais bien sûrement contre lui. M. Maurice Ducosté cite alors les propres formules d'un certain nombre d'auteurs qui déposent en effet dans ce sens.

Mais, à côté d'eux, il en est d'autres qui ont attaqué résolument la croyance en l'inconscience et l'amnésie épileptiques. Les principaux sont passés en revue, en suivant l'ordre des phénomènes épileptiques.

Glissons sur l'épilepsie bravais-jacksonnienne, « bien qu'il n'y ait entre elle et ce qu'on considère comme véritablement épileptique qu'une différence non de nature mais de degré ».

« L'aura, cela n'est pas discuté, reste consciente et mnésique dans l'immense majorité des cas. » Les accès incomplets, les grandes attaques convulsives peuvent le rester également. Suivent les observations plus ou moins détaillées d'une quinzaine d'auteurs.

Les exemples d'épilepsie psychique, conscients et mnésiques, les plus importants dans l'espèce, sont suffisamment nombreux pour enlever les résistances des plus réfractaires. A citer Samt, Leidesdorf, Legrand du Saulle, Tamburini, Furstner, Von Rinaker, Joly, Bannister, Ball, Siemmerling, Ottolenghi, Kovalesky. On trouvera dans la thèse de M. Maurice Ducosté, après chacun de ces noms, la source bibliographique à laquelle on pourra puiser.

Les observations de l'auteur se rapportent à des faits d'impulsions épileptiques où la conscience n'est pas touchée, où la mémoire reste intacte, et sur lesquels la volonté a prise. Ce sont des impulsions au suicide. Il y a là quatre observations extrêmement curieuses, soi-

©BIUM

gneusement recueillies et relatées d'une façon intéressante. Il est difficile de les résumer; il faut les lire.

Dans ces quatre observations, l'impulsion suicide se présente avec des caractères identiques.

Voici comment l'auteur expose ces caractères : « Sans avertissement d'aucune sorte, ou après une aura variable, au milieu de ses occupations, le sujet est pris, soudainement, « comme on passe de l'obscurité à la lumière en tournant un commutateur électrique » (c'est l'expression d'un malade) d'une impulsion violente à se tuer. La crise reste consciente ; le sujet y résiste plus ou moins ; elle ne s'accompagne pas d'angoisse ; elle dure un temps variable ; elle disparaît aussi brusquement qu'elle a surgi ; elle laisse généralement après elle, et passagèrement, une fatigue cérébrale, et parfois physique, se traduisant par de la difficulté à reprendre ses occupations, des maux de tête, un affaiblissement des sens spéciaux. Le souvenir fixe ces crises d'une manière nette et durable. Dans leur intervalle, l'impulsion affaiblie ne se montre pas. »

Ajoutons, ce qui est essentiel :

1° Qu'à la suite d'excès sexuels et de travail intellectuel, un de ces malades vit ses impulsions au suicide faire place à des attaques convulsives, et qu'après un traitement bromuré ces attaques disparurent, tandis que revenaient les impulsions ;

2° Que, dans un cas, le traitement bromuré a fait disparaître les impulsions ;

3° Que l'hystérie ne peut pas être mise en cause ;

4° Que ces curieuses impulsions peuvent être héréditaires (obs. III et IV : père et fils) ;

5° Que, dans tous les cas, il semble qu'il n'y ait pas eu d'attaques comitiales dans les antécédents des malades.

Le chapitre II est un chapitre de diagnostic. — Sommes-nous en présence d'impulsions? L'auteur expose les caractères des phobies, des obsessions, des idées fixes ; il les oppose à ceux des impulsions en général et des phénomènes observés chez ses malades. Il conclut que ceux-ci sont bien des impulsions. — De quelle nature sont-elles? Faisant abstraction des impulsions

©BIUM

vésaniques et alcooliques qui n'ont rien à voir ici, sont-ce des impulsions épileptiques, hystériques, neurasthéniques, des dégénérés, ou de ces impulsions qui surviennent chez des sujets absolument sains avant et après l'accès, telles qu'en décrivent les auteurs d'outre-Rhin?

Ces dernières sont bien discutées. L'auteur n'en a pas vu, pour sa part, d'exemple clinique. Il faut se méfier dans ces cas de l'alcoolisme, de la dégénérescence, de l'épilepsie surtout, grand facteur de troubles psychiques transitoires. Le problème se résume, en somme, au diagnostic différentiel des impulsions épileptiques, hystériques, neurasthéniques et des dégénérés. Ces deux derniers ordres d'impulsions se confondent; avec Magnan et Legrain, l'auteur pense que la neurasthénie est « un effet éloigné » de la dégénérescence — en dehors, bien entendu, des neurasthénies accidentelles.

Pour exposer avec clarté ce diagnostic différentiel, il faut comparer des impulsions aboutissant aux mêmes phénomènes.

L'auteur ne prendra pas les impulsions au suicide, mal connues encore, puisqu'en réalité il donne les premiers exemples d'impulsions conscientes épileptiques au suicide. Il comparera entre eux les cas, très nombreux et bien connus, d'impulsions au vagabondage, d'automatisme ambulatoire.

Mais il faut rejeter systématiquement le secours que peut apporter au diagnostic l'état de la conscience et de la mémoire. « Qu'on se garde bien de rester indécis parce que l'inconscience et l'amnésie font défaut. Qu'on fasse appel à tous les autres signes : ils suffiront pour ancrer solidement un diagnostic. » Analysant alors les observations des diverses fugues, l'auteur en fait toucher les caractères essentiels, en rejette quelques autres auxquelles on accorde, suivant lui, trop de valeur, et trace le tableau suivant :

©BIUM

IMPULSIONS ÉPILEPTIQUES	IMPULSIONS HYSTÉRIQUES	IMPULSIONS NEURASTHÉNIQUES OU DES DÉGÉNÉRÉS
Instantanéité, soudaineté, imprévu du début.	Préparation de l'impulsion somnambulique à l'état de veille.	Obsession angoissante plus ou moins longue à la base de l'impulsion.
Violence des actes impulsifs.	Moins grande violence.	Pas de violence.
Accaparement de la vie psychique par l'idée impulsive.	L'impulsion domine simplement.	L'impulsion laisse au patient une certaine liberté psychique.
Pas d'hypnotisation possible.	Hypnotisation facile et reviviscence complète, dans l'hypnose, des détails de l'impulsion.	Pas d'hypnotisation possible.
Périodicité, identité des attaques.	Attaques, non périodiques, naissant sous l'influence de causes extérieures.	L'impulsion est la réalisation, la satisfaction d'une obsession plus ou moins continue, elle-même précédée de pensée et de lutte angoissante.
Terminaison brusque avec fatigue morale et physique.	Terminaison moins brusque, sans fatigue.	Apaisement progressif, à mesure que l'acte s'accomplit.

Sur quoi pourrait encore se baser le diagnostic ?

On n'est pas toujours en présence d'épilepsie purement psychique : on recherchera donc minutieusement tous les symptômes du mal comitial, sans croire cependant d'emblée à une impulsion épileptique, par le seul fait qu'un impulsif aurait des indices non douteux de mal comitial : il faut toujours prendre garde aux associations de l'épilepsie et des autres névroses, de l'épilepsie et des divers délires toxiques ou vésaniques.

« Les petits signes comitiaux », suivant l'expression d'un travail inédit du Dr Maurice Ducosté, sont très nombreux. Il en fait connaître deux autres qui peuvent être de quelque intérêt dans le diagnostic difficile d'une épilepsie fruste.

Nous n'insisterons pas sur ces faits, qui sortent un peu du cadre de cette analyse. Disons simplement que

©BIUM

l'auteur a pu dépister des attaques nocturnes d'épilepsie qui ne se traduisaient que par des pollutions nocturnes, et qu'il pense que, chez certains épileptiques, les attaques nocturnes peuvent, en dehors de tout signe ordinaire, se diagnostiquer par l'examen des rêves des sujets. Il cite une observation où son malade faisait le diagnostic rétrospectif de ses attaques nocturnes rien que par le souvenir d'un rêve terrifiant, toujours le même. L'auteur a vu d'autres malades de ce genre. L'étude des rêves peut donc conduire parfois au diagnostic d'épilepsie. « C'est ce qu'on pourrait appeler l'onirocritie comitiale. »

Le diagnostic peut encore être étayé sur l'examen de l'état mental habituel des malades, autrement dit sur le caractère. Suit l'exposé du caractère de l'épileptique, complété par un rapide tableau des caractères de l'hystérique et du neurasthénique.

Les quatres impulsifs qui font l'objet des observations de l'auteur présentent bien les traits du caractère épileptique. Cela renforce encore la conclusion qui clôt ce chapitre de diagnostic : « Ces malades sont des épileptiques larvés, des épileptiques psychiques, si l'on veut : ils ne peuvent être autre chose. »

Le chapitre III est intitulé : *Du suicide impulsif conscient. Des diverses variétés cliniques du suicide et de leur classification.*

Il existe une variété de suicide d'origine épileptique, que l'auteur appelle « suicide impulsif conscient ». — « Il faut placer ce suicide dans le cadre des classifications proposées par les auteurs, et s'il n'y peut facilement entrer, ne pas hésiter à briser ce cadre pour en proposer un autre, plus en rapport avec les faits. » Cette phrase est le plan de tout le chapitre : il contient donc deux parties : dans l'une, l'auteur rejette, après critique, les classifications actuelles ; dans l'autre, il en propose une originale. — Quelle sera cette classification ? « Nous ferons une première remarque qui s'impose : le suicide peut être voulu, raisonnable, ou si l'on préfère, raisonné ; le sujet conserve son libre arbitre ; il se donne la mort après une détermination plus ou moins réfléchie : c'est le suicide voulu ou normal. » — Une autre classe sera constituée par le suicide pathologique.

©BIUM

« Le sujet se tue parce qu'il le veut bien (sans cela il n'y aurait pas suicide) ; mais sa détermination n'est pas le résultat des opérations irréprochables de sa raison : elle lui est imposée par une perversion, une déviation morbide des fonctions psychiques : c'est le suicide pathologique ou imposé. »

Ces deux grandes divisions admises, l'auteur établit cette classification :

1re classe : Suicide normal ;

2e classe : Suicide pathologique :

a) Suicide dans l'aliénation mentale ;

b) Suicide impulsif conscient (épileptiques) ;

c) Suicide somnambulique (hystériques) ;

d) Suicide des obsédés (dégénérés et neurasthéniques).

Cette classification, « qui peut sembler, à première vue, trop simple pour une question aussi complexe que celle du suicide » se légitime cependant avec facilité. Le suicide normal ne souffre pas de contradiction ; et des variétés de suicides pathologiques, l'auteur cite des exemples frappants qui en établissent bien la réalité. Il ne semble pas qu'on puisse nier des variétés de suicide si différentes au point de vue clinique et pathogénique.

Mais « il faut entamer une discussion sur ce qu'on a appelé le suicide épidémique, le suicide héréditaire, le suicide des enfants, le suicide à deux ». Pour l'auteur, le médecin, « mieux placé que le moraliste pour dégager les conditions vraies du suicide », doit rejeter toutes ces variétés comme basées sur des considérations non scientifiques.

Les suicides héréditaires, les suicides épidémiques sont, avant tout, des suicides pathologiques : ils viennent grossir le second groupe de la classification ci-dessus.

On peut en dire autant du suicide des enfants.

Le suicide à deux, « susceptible d'être la plupart du temps assimilé aux cas de suicides raisonnés (1re classe), est parfois le résultat d'une véritable folie communiquée (2e classe, 1°) ». Ces déductions sembleront à beaucoup par trop tranchantes. Présentées par l'auteur et appuyées de raisonnements tirés des entrailles mêmes de l'observation, elles le paraissent moins. Cette classification des suicides sera peut être jugée « suffisante,

©BIUM

nécessaire, pathogénique et clinique à la fois ». « Elle a un dernier avantage : cadre commode en pratique, dans son extrême simplicité, elle permet de rapporter immédiatement à sa vraie cause une tendance au suicide et d'en instituer, sans tâtonnements, le traitement rationnel », d'en connaître le pronostic aussi.

Le pronostic du suicide impulsif conscient (de l'impulsion au suicide évidemment) est grave : elle peut se terminer par la mort, elle peut se transmettre à travers une race, elle peut enfin se transformer en épilepsie convulsive.

Quel traitement employer? — Médicamenteux? Les bromures n'ont pas toujours sur les équivalents psychiques de l'épilepsie une influence bien heureuse. L'auteur présente dans son observation IV un exemple de leurs effets bienfaisants. Il pense cependant « qu'il y a peu d'avantages à retirer de l'emploi des bromures dans l'épilepsie psychique consciente ». Il faut l'en croire puisqu'il a fait de cette modalité épileptique une étude spéciale. Il faudra cependant toujours essayer les bromures. C'est un devoir en présence de tout épileptique. Le traitement hygiénique et préventif, le traitement moral (éducation de la volonté, développement des sentiments d'altruisme, resserrement des liens familiaux, etc.), dominent ici la thérapeutique.

Que penser du mariage de l'impulsif conscient? C'est une grave question dont, en quelques lignes, l'auteur expose le pour et le contre. Il permettrait, quant à lui, plus qu'à tout autre épileptique, le mariage à l'impulsif conscient spécialement poussé au suicide. Tout le monde ne sera pas de cet avis.

D'ailleurs, « les conseils, les précautions morales varient avec les individus, suivant leur position sociale, leur éducation, leurs goûts, etc... ; c'est, de la part du médecin, question de tact et d'habileté... »

Le cinquième et dernier chapitre est consacré à des « applications médico-légales ».

Elles sont de plusieurs ordres :

1° Les médecins experts ne sauraient plus accepter le dogme de l'inconscience, de l'amnésie épileptiques, dans toute sa tyrannie. « Le droit de cité scientifique est définitivement conquis à cette vérité indiscutable de la

©BIUM

conservation de la conscience et de la mémoire dans l'épilepsie. C'est, comme le dit Tamburini, une question non seulement de Science, mais encore de Justice, de Vérité » ;

2° L'impulsif conscient épileptique est irresponsable criminellement et civilement. (Ici l'auteur expose la conduite à tenir envers un délinquant de cet espèce) ;

3° S'il a souscrit une assurance sur la vie et qu'il se suicide, le contrat conserve toute sa valeur, et cela quels qu'en soient les termes, quand bien même le suicidé aurait signé la nullité du contrat en cas de suicide. Car, dans tout suicide pathologique, « le sujet est sous la domination d'une force étrangère ; ce n'est pas lui qui agit ; il y a en quelque sorte substitution de personne ».

C'est sur cette assertion, évidemment très discutable, que se termine ce travail, dont nous avons résumé les traits essentiels sans espérer nous approcher du style de l'auteur, nerveux, entraînant, souvent éloquent, toujours élégant et simple. On lira avec le plus grand fruit cette thèse, remarquable autant par l'acuité d'observation qu'elle démontre chez son auteur, que par l'originalité des idées qu'elle contient, la clarté et le charme de l'exposition.

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

—

SÉANCE DU 30 OCTOBRE 1899.

Présidence de M. JULES VOISIN.

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

Mort de M. Paul Janet.

M. LE PRÉSIDENT fait part de la mort de M. Paul Janet, membre de l'Institut, ancien président de la Société.

La séance est levée en signe de deuil et reprise au bout d'un quart d'heure.

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

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

2° Une lettre de remerciements de M. Anglade, nommé membre correspondant à la dernière séance ;

3° Une lettre de M. Bernard-Leroy, posant sa candidature au titre de membre correspondant. — Commission : MM. Arnaud, Bouchereau et Boissier, rapporteur;

4° Une lettre de M. Breton, de Dijon, posant sa candidature au titre de membre correspondant. — Commission : MM. Joffroy, Sollier et Pactet, rapporteur ;

5° Une lettre de M. Burr, secrétaire général de l'Association médico-psychologique américaine, posant sa candidature au titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Brunet, Falret et Semelaigne, rapporteur ;

6° Une lettre de M. Bresler, de Fribourg-en-Silésie, posant sa candidature au titre de membre associé étran-

©BIUM

ger. — Commission : MM. Ritti, Vallon et Sérieux, rapporteur ;

7° Une circulaire du Ministre du commerce annonçant le Congrès de déontologie médicale.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Description sommaire du mécanisme physiologique au service de l'âme humaine*, et *Tableau d'une classification des formes de l'aliénation mentale*, par le Dr Henri Védie ;

2° *Le nouvel asile des portes ouvertes de Buénos-Ayres*, par le Dr Cabred ;

3° *Liberdade professional en medicina*, et *O regicida Marcellino Biefa*, par le professeur Nina-Rodrigues ;

4° *Die Behandlung des Hydrocephalus*, par le Dr Al. Pilcz ;

5° *De la transfusion séreuse sous-cutanée dans les psychoses aiguës avec auto-intoxication*, par le Dr Cullerre ;

6° *Revue de l'hypnotisme*, nos 7, 8, 9 et 10 ;

7° *Archives de thérapeutique clinique*, nos 8, 9 et 10 ;

8° *Gazzetta del manicomio di Macerata*, nos 2 et 3.

Rapports de candidature.

M. Nageotte. — Un éminent confrère belge, M. le Dr F. Sano, d'Anvers, demande le titre de membre associé étranger de votre Société. M. Sano, qui collabore activement au *Journal de Neurologie* de Bruxelles, est membre de la Société de médecine mentale de Belgique et vice-président de la Société belge de Neurologie.

Ces deux titres vous montrent déjà que M. Sano est un aliéniste doublé d'un neurologiste. Son œuvre comprend en effet des mémoires intéressants sur des sujets de neurologie pure et des études sur les questions les plus spéciales de l'aliénation. Un autre point, que je tiens à signaler également, est ce fait que cet auteur a exploré ce vaste champ pathologique à l'aide de méthodes très variées : c'est ainsi que nous trouvons parmi ses travaux aussi bien des études anatomiques et anatomo-pathologiques que des études de clinique, de statistique et de psychologie normale et pathologique.

©BIUM

Je n'entrerai pas dans l'analyse détaillée de tous les travaux de M. Sano ; je me bornerai à vous rappeler ses opinions sur les questions les plus importantes. Dans deux mémoires sur le *Régime des aliénés* et sur la *Statistique des aliénés à Anvers*, il montre que si dans cette ville le nombre des cas enregistrés d'aliénation mentale paraît diminuer relativement à la population, cela tient en réalité aux conditions défectueuses de l'internement des malades, aux placements tardifs et au maintien des alcooliques, soit à l'hôpital, soit en prison. Aussi l'auteur réclame-t-il la création d'un asile-dépôt dans la ville, asile qui, suivant lui, ferait disparaître, en même temps que cette anomalie statistique, les graves inconvénients qu'elle entraîne au point de vue des soins et de la sécurité des malades.

A plusieurs reprises, M. Sano est revenu sur les amyotrophies progressives ; pour lui, comme pour certains auteurs allemands, rien n'est plus fragile que la classification des différents types de cette affection et rien n'est plus trompeur que l'appareil symptomatique avec lequel ils évoluent. Son opinion me paraît bien rendue par cette citation que j'emprunte à un article écrit sur « les amyotrophies » dans le *Journal médical de Bruxelles* (1877) :

« L'amyotrophie progressive est donc cette affection à marche lente et continue de l'appareil moteur, qui tantôt se limite à la dégénérescence ou à l'atrophie des muscles, avec ou sans pseudo-hypertrophie, tantôt amène en outre l'atrophie primitive ou secondaire d'un ou plusieurs éléments nerveux moteurs. Elle présente une symptomatologie variable, que nous ne connaissons pas encore suffisamment pour pouvoir faire *avec certitude* le diagnostic de l'étendue de la lésion. »

L'étude anatomique de l'appareil moteur de la moelle a été faite par M. Sano avec une patience et une habileté technique que l'on ne saurait trop louer. Le problème des localisations médullaires est resté longtemps insoluble ; aujourd'hui, grâce à la méthode de Nissl, on peut reconnaître dans l'axe gris les cellules d'origine des nerfs qui ont été lésés sur le vivant et par conséquent on peut, en étudiant des cas pathologiques variés, établir la topographie des différents noyaux moteurs.

©BIUM

L'an dernier, en Belgique, a eu lieu une discussion fort importante sur ce sujet et M. Sano y a pris une part remarquée. Je ne puis entrer ici dans des détails descriptifs qui, pour être compris, m'entraîneraient trop loin ; je signalerai seulement cette conclusion générale de M. Sano : « *Chaque muscle a son noyau d'innervation distinct.* »

Je terminerai cette très rapide et incomplète revue des travaux de M. Sano par l'exposé de ses vues sur la question de l'aphasie et, pour cela, je m'adresserai à la communication qu'il a faite, avec coupes microscopiques à l'appui, à la Société belge de Neurologie en 1897 : « *De l'interdépendance fonctionnelle des centres corticaux du langage.* » Dans ce travail, après une étude clinique et anatomique très complète d'un cas d'aphasie sensorielle, l'auteur étudie l'historique de la question et discute avec beaucoup de sagacité les différentes théories émises jusqu'à ce jour. Il considère l'hypothèse d'un centre d'idéation comme absolument inutile ; suivant lui, « nous devons considérer la notion du mot comme le résultat de l'activité synergique de plusieurs perceptions élémentaires. C'est au centre d'association topographiquement et fonctionnellement intermédiaire à ces perceptions élémentaires que revient la fonction de coordination. La compréhension existe lorsque, s'irradiant dans tous les territoires de l'écorce, l'excitation verbale réveille de nouvelles associations, et celles-ci de nouvelles perceptions élémentaires, tactiles, auditives, visuelles, etc. Plus le nombre de celles-ci sera considérable et plus chacune d'elles aura de chance d'être conservée, car plus souvent elle aura l'occasion d'être remise en vibration. La destruction de chacune d'elles réagira donc sur la conservation de toutes les autres. Ce qui est vrai pour la compréhension du mot est vrai aussi pour sa conservation ; celle-ci aussi dépend des perceptions élémentaires dont il se compose. Mais toutes les perceptions élémentaires n'ont pas le même dignité, l'image auditive et l'image motrice d'articulation sont de tout premier ordre ; l'image visuelle peut leur venir en aide et son importance dépendra du type auquel le sujet appartient ; l'image motrice graphique ne semble remplir qu'un rôle très secondaire. »

©BIUM

Cette analyse rapide et ces quelques citations empruntées aux travaux les plus marquants de M. F. Sano suffiront, je l'espère, pour vous faire apprécier l'activité et la valeur de ce savant. Votre commission, composée de MM. Falret, J. Voisin et Nageotte, rapporteur, vous propose de le nommer membre associé étranger.

Conformément à ces conclusions, M. Sano est élu, à l'unanimité, membre associé étranger.

M. Semelaigne. — Messieurs, vous avez chargé une commission composée de MM. Brunet, Blin et René Semelaigne, rapporteur, d'examiner les titres et travaux scientifiques de Mlle Robinovitch, de New-York, qui désire être admise parmi vous en qualité de membre associé étranger. Mlle Robinovitch, docteur en médecine de l'Université de Philadelphie, ancien interne de l'hôpital de cette ville et des asiles de New-York, a publié, dans le *New-York Medical Journal*, des comptes rendus de physiologie et divers articles, notamment sur le traitement de la méningite. Le 29 mai dernier, elle lisait, à la Société Médico-Psychologique, un mémoire intitulé : *Etude clinique des obsessions et impulsions morbides*; ce travail ayant paru tout récemment dans les *Annales*, je ne crois pas devoir le résumer ici ; je me bornerai donc à vous prier, au nom de votre commission, d'accorder à Mlle Robinovitch le titre de membre associé étranger.

Conformément à ces conclusions, Mlle Robinovitch est élue, à l'unanimité, membre associé étranger.

M. Ritti. — Messieurs, vous avez nommé une commission composée de MM. Legras, Magnan et Ritti, rapporteur, chargée de vous présenter la candidature de de M. le Dr Télémaque A. Mitaftsis, au titre de membre associé étranger.

M. Mitaftsis est professeur agrégé des maladies mentales et nerveuses à l'Université d'Athènes et médecin de l'asile d'aliénés de Dromocaïtis. Il fait déjà partie d'un grand nombre de sociétés savantes, telles que la Société médicale d'Athènes, la Société de neurologie de Berlin, etc.

Ses travaux scientifiques sont de grande valeur : nous signalons de lui tout particulièrement une obser-

©BIUM

vation d'œdème bleu hystérique, une autre de blépharospasme d'origine hystérique, une étude, faite au point de vue de l'anthropologie criminelle, sur l'attentat commis naguère contre le roi de Grèce ; enfin, des travaux importants sur la lèpre.

Deux œuvres de M. Mitaftsis méritent une mention spéciale : c'est d'abord sa thèse d'agrégation sur *les dégénérés*, où il développe, avec un grand talent, les théories françaises sur la question, apportant à leur appui, un fort contingent d'observations personnelles; puis la traduction en langue grecque du savant Traité clinique et thérapeutique des maladies mentales du Dr Schüle, d'Illenau, bien connu en France, grâce à MM. J. Dagonet et Duhamel.

Ce sont là des titres sérieux à votre attention, et vous n'hésiterez pas à accueillir favorablement la demande de notre distingué confrère d'Athènes, en le nommant membre associé étranger de notre Société.

Conformément à ces conclusions, M. Mitaftsis est élu, à l'unanimité, membre associé étranger de la Société.

Le traitement des psychoses aiguës par le repos au lit.

M. Farnarier, interne des asiles de la Seine, donne au nom de M. Paul Sérieux et au sien, lecture du mémoire suivant :

Le temps nous fait défaut pour donner ici l'histoire complète du traitement des maladies mentales par le séjour au lit. Nous rappellerons seulement que c'est à Guislain que revient le mérite d'avoir, en 1852, introduit l'alitement dans la thérapeutique psychiatrique. Le célèbre aliéniste belge appliquait le repos au lit aux mélancoliques seuls. J.-P. Falret fut le premier en France à recommander, en 1864, le traitement par le séjour prolongé au lit dans la mélancolie et dans certains états maniaques aigus semi-fébriles. En 1875, Weir Mitchell, aux Etats-Unis, fit connaître la méthode qui porte son nom et dont le repos au lit est un des éléments principaux. Il en montra les précieux avantages dans le traitement de certains états psychopathiques (hystérie, neurasthénie). En 1888, deux aliénistes français, MM. Belle et Lemoine, appliquèrent la

©BIUM

méthode de Weir Mitchell au traitement de la mélancolie anxieuse.

Mais c'est surtout dans les pays de langue allemande que le traitement systématique des psychoses aiguës par l'alitement a pris, depuis 1860, un grand développement, sous l'influence de Ludwig Meyer, de Brosius, de Paetz, de Clemens Neisser et de bien d'autres. D'Allemagne, la nouvelle méthode (*Bettbehandlung*) fut importée en Russie (1892) par Timofeieff, puis en France où l'un de nous, au retour d'une mission à l'étranger dont il avait été chargé en 1894, la fit connaître dans diverses publications (1894-1897). C'est à partir de 1897 que la clinothérapie a été appliquée dans quelques asiles d'aliénés de la Seine, notamment dans les services de MM. Magnan, Joffroy, Briand, Toulouse, P. Sérieux.

Avant d'étudier les indications de la méthode de l'alitement, nous devons chercher à nous rendre compte de la façon dont cette méthode agit sur l'organisme. Or, si les résultats physiologiques de l'exercice sont bien connus, il n'en est pas de même de ceux du repos complet au lit. A ce point de vue, on manque de données précises sur les conséquences de l'alitement prolongé. C'est surtout d'une façon empirique qu'on a cherché à établir les indications de la méthode.

Un médecin anglais, Guy, étudiant les effets de l'alitement sur le *pouls*, a constaté pour cent hommes de vingt à cinquante ans une moyenne de 70,05 pulsations dans la position assise et de 66,62 dans le décubitus dorsal ; chez les femmes, dans les mêmes limites d'âge, la proportion n'était plus que de 81,98 à 80,24 ; chez les enfants de onze à quinze ans, le rapport était traduit par les chiffres 91 à 90 (1). Fonssagrives (2) a toujours relevé cinq à six pulsations de moins, dans la position horizontale que dans la verticale. Cette action modératrice du décubitus sur les battements cardiaques est d'ailleurs admise par tous les auteurs : Weir

(1) Cité par Fonssagrives, art. « Alitement », du *Dict. encyclop. des sciences médicales* de Dechambre.

(2) Fonssagrives. *Loc. cit.*

©BIUM

Mitchell parle d'une diminution des pulsations artérielles, égale à 20 par minute ; Roehrich adopte un chiffre sensiblement plus faible (de 4 à 8).

L'alitement n'agit pas seulement sur le cœur, mais encore sur la *circulation périphérique*. La position horizontale supprime en effet l'influence de la pesanteur ; d'où hyperhémie du cerveau et retour plus facile du sang veineux des membres inférieurs au cœur. Cette influence est loin d'être négligeable, surtout dans certaines maladies (mélancolie) où la force du cœur est notablement amoindrie. A un autre point de vue la circulation périphérique est modifiée par suite de la suppression plus ou moins complète des contractions musculaires. « Les muscles, dit Lagrange, sont des organes de circulation sanguine (cœur périphérique). » Par leur contraction, ils accélèrent le cours du sang dans les veines : si celle-ci fait défaut, il y a de la tendance aux stases sanguines dans les membres. Chez les malades qui restent à la fois debout et immobiles, on s'explique que le séjour au lit ait un effet favorable sur les œdèmes et la cyanose des extrémités.

Tous les auteurs reconnaissent aussi un ralentissement marqué des *mouvements respiratoires*, sous l'influence du repos parfait que réalise le décubitus horizontal. D'après Viault et Jolyet, le nombre des respirations de 23 à la minute, en moyenne chez l'adulte debout, tombe à 19 dans la position assise et à 13 dans le décubitus dorsal (1).

Envisageant toujours la question, au point de vue de la thérapeutique générale, Manquat (2) estime que « le repos au lit est un précieux moyen de traitement dans les maladies aiguës ; il permet l'utilisation de toutes les forces de l'organisme en vue de la guérison ; il modère les mouvements du cœur et de la respiration et restreint les échanges organiques ».

Tout récemment des expériences ont été entreprises dans le service de M. Toulouse, à l'asile de Villejuif,

---

(1) Viault et Jolyet. *Traité de physiologie humaine*, 3e édit., 1898, p. 434.

(2) Manquat. *Traité élém. de thérapeut.*, 3e édit., t. I, p. 64.

©BIUM

pour préciser les effets physiologiques de l'alitement. M. Lacombe (1) a observé le ralentissement du pouls et des mouvements respiratoires, l'abaissement de la température centrale, l'élévation de la pression artérielle. MM. Toulouse et Marchand (2) ont donné cette année même les résultats de leurs observations sur les variations du poids du corps chez les aliénés alités. L'alitement, d'après eux, aurait pour effet immédiat une diminution de poids : il accentuerait l'amaigrissement des individus tendant à la cachexie, comme les paralytiques généraux, et arrêterait l'augmentation de poids de ceux qui ont une tendance à engraisser, comme les convalescents. Il nous semble que ces conclusions doivent être acceptées avec quelques réserves ; on ne pourrait les expliquer que par la diminution d'appétit qui résulte du séjour au lit et de l'absence d'exercice musculaire. D'ailleurs, Weir Mitchel a constaté l'augmentation de l'embonpoint chez les neurasthéniques alités. Roehrich note aussi l'élévation remarquablement rapide de la courbe du poids dans la manie intense, la mélancolie, la confusion mentale primitive et les états hallucinatoires aigus. « La différence s'élève parfois jusqu'à « 300 et 400 grammes par jour. »

Rappelons, pour terminer cette revue, que depuis plusieurs années, le professeur Hayem et de nombreux thérapeutes (Ewald, von Ziemssen, Nothnagel, Quincke, A. Robin) prescrivent le repos au lit aux chlorotiques et anémiques ; cette méthode diminue dans une forte mesure la destruction des hématies qu'active chez les chlorotiques le moindre travail musculaire, et en outre améliore indirectement la dyspepsie par la cessation de l'usage du corset.

En résumé, il semble qu'on peut tabler sur les résultats suivants : l'alitement modère et régularise les battements cardiaques et les mouvements respiratoires, élève la pression artérielle, abaisse la température centrale ; il diminue la destruction des globules rouges ;

---

(1) Lacombe. *Th.*, Paris, 1898.

(2) Toulouse et Marchand. Influence de l'alitement sur le poids du corps. *Comptes rendus de la Soc. de biol.*, 8 juillet 1889.

©BIUM

enfin il ralentit les processus d'oxydation intra-cellulaire, et par cela même la désassimilation, et amène l'augmentation du poids du corps. Dans certains cas, cette économie sur les substances brûlées serait peut-être compensée par une diminution de l'appétit, entraînant un abaissement du poids du corps (Toulouse).

Les données physiologiques qui précèdent sont à vrai dire bien incomplètes et ne peuvent guère être utilisées pour établir rationnellement les *indications générales* de la méthode. Elles permettent cependant de justifier physiologiquement son emploi dans quelques cas : dans les états d'excitation, par exemple, l'alitement présente l'avantage de ralentir les mouvements cardiaques et respiratoires toujours un peu tumultueux, d'abaisser la température parfois au-dessous de la normale. Dans les états dépressifs, le repos au lit régularise les fonctions de nutrition, combat les troubles circulatoires, empêche le refroidissement du patient, modère la désassimilation.

Au point de vue clinique, la plupart des auteurs sont d'accord sur les indications du traitement par le lit. On peut les formuler en deux mots : la méthode est indiquée chaque fois qu'il est nécessaire de procurer du *repos* au cerveau et à l'organisme tout entier. Or, chez les malades atteints de psychoses aiguës, ce qui doit avant tout attirer l'attention du clinicien et du thérapeute, c'est l'état d'épuisement du cerveau et de l'organisme. Ces malades sont des épuisés et des surmenés. Le surmenage cérébral déterminé par l'éréthisme des centres sensitivo-moteurs et sensoriels de l'écorce, l'épuisement consécutif à l'agitation, à l'insomnie, à l'inanition, exigent impérieusement le repos, le repos physique aussi bien que le repos psychique. Le traitement par le lit répond à ces indications pressantes.

Inutile d'insister sur les indications du *repos physique* dont l'importance a été bien mise en lumière par les premiers observateurs. Weir Mitchell considère sa méthode comme plus particulèrement indiquée dans les états de faiblesse, d'épuisement, d'anémie, d'amaigrissement. Pour Ludwig Meyer qui, depuis plus de trente-cinq ans, pratique le traitement par le lit, c'est surtout dans les signes physiques qu'il faut chercher les indi-

©BIUM

cations du repos et du temps pendant lequel le malade doit rester au lit. L'auteur accorde d'ailleurs que les symptômes mentaux bénéficient largement du repos. Citons rapidement parmi les états nécessitant le repos physique, la dénutrition, l'amaigrissement, le refus d'aliments, la faiblesse générale, l'âge avancé, l'état puerpéral, la chlorose, les anémies, les troubles circulatoires, sans parler des états fébriles ou subfébriles. Or, ces divers symptômes se rencontrent assez fréquemment chez les mélancoliques, les maniaques, dans les psychoses post-infectieuses, toxiques, puerpérales, etc.

Quant aux indications du *repos psychique*, du repos du cerveau, elles sont constantes dans les formes aiguës. Qu'il s'agisse en effet d'états d'excitation, de dépression, ou de confusion, ou encore de délires hallucinatoires aigus, peu importe : toutes ces psychoses sont en rapport avec des troubles plus ou moins graves de la nutrition de l'écorce cérébrale et parfois même de l'axe cérébro-spinal en son entier (psychoses polynévritiques). Que le cerveau soit surmené par le fonctionnement exagéré des zones motrices (états maniaques), sensitives (mélancolie), sensorielles (états hallucinatoires), ou que son activité soit suspendue par l'action d'un toxique (confusion), dans tous ces cas il est urgent de laisser reposer l'organe intoxiqué ou surmené, afin de permettre le retour à l'état normal des mutations nutritives du neurone. Or, seul le séjour au lit permet de réaliser le repos complet du cerveau. Outre que par suite de la situation horizontale la circulation cérébrale est facilitée et le cerveau mieux irrigué, l'alitement rend encore possible le relâchement complet de tous les muscles de la vie de relation, et, partant, le repos des centres moteurs ; il a aussi pour résultat de restreindre au minimum toutes les stimulations périphériques (thermiques, visuelles, auditives, cutanées, etc.), et par conséquent toutes les réactions motrices. Il favorise le sommeil ; il diminue l'activité des troubles hallucinatoires en restreignant les causes provocatrices des hallucinations et des illusions.

De plus, le séjour des patients au lit modifie d'une façon favorable le milieu ; dans une salle dont tous les malades sont alités, l'ordre et le silence sont moins souvent troublés, par suite de l'absence des causes d'ex-

©BIUM

citation, de désordre, liées ailleurs à la promiscuité des aliénés, à leurs allées et venues. Le contact, la vue, les conversations des autres malades, les repas en commun qui, dans les salles de réunion de nos asiles, exacerbent la douleur des mélancoliques, comme elles excitent les maniaques, ou activent les troubles sensoriels des hallucinés, toutes ces influences fâcheuses sont évitées. Le patient peut donc se reposer physiquement et psychiquement.

En résumé, l'alitement est indiqué dans toutes les psychoses aiguës, en raison de la nécessité pressante du repos du cerveau et de l'organisme tout entier dans le traitement de ces affections. C'est dire combien considérable est le nombre des sujets justiciables du traitement par le lit : la proportion des malades qui y sont soumis varie, suivant les établissements, du tiers à plus de la moitié de la population totale.

Dans nombre d'asiles étrangers on a adopté une pratique excellente que nous recommandons : tous les sujets entrants sans exception, après avoir été au bain et avoir changé de linge, gardent le lit, au moins pendant quelques jours. Cette manière de faire est d'autant mieux justifiée qu'il n'est guère de malades qui, au moment de leur entrée, ne soient amaigris et fatigués par l'agitation, l'insomnie, l'inanition, dont l'état général en un mot ne laisse à désirer.

Remarquons aussi, avec M. Paetz, que bien des patients, qui paraissent au premier abord n'offrir aucun trouble somatique, n'en présentent pas moins des phénomènes d'excitation, d'épuisement, des troubles de la circulation, de la digestion, de la nutrition. La plupart sont incapables d'attirer l'attention du médecin sur ces divers symptômes, ce qui rend compte de la nécessité d'une mesure générale appliquée systématiquement.

Comme *résultats*, le traitement par le lit détermine assez rapidement une amélioration notable de l'état physique et de l'état mental du malade. L'excitation maniaque se calme ainsi que l'irritabilité ; la dépression s'atténue, les hallucinations deviennent moins actives. Les troubles digestifs s'amendent, l'état général s'améliore. Les patients se trouvent dans les conditions les plus favorables pour goûter un sommeil réparateur

©BIUM

quand l'éréthisme des centres nerveux le permet. En somme, l'amélioration par le repos au lit d'un grand nombre des symptômes des psychoses aiguës est indiscutable. En est-il de même de l'action exercée par l'alitement sur la marche de la maladie ? En un mot, guérit-on par le repos au lit plus de sujets que par les autres modes de traitement (exercice, etc.) ? Nous n'avons pas la prétention de répondre à cette question d'une façon catégorique. Mais un fait ne nous paraît pas contestable. Une méthode thérapeutique qui atténue, à n'en pas douter, l'intensité des symptômes les plus pénibles des psychoses aiguës, qui place le cerveau et aussi l'organisme tout entier, épuisés et surmenés, dans les conditions nécessaires à la réparation des troubles profonds de la nutrition, une pareille méthode ne doit-elle pas être considérée comme favorisant la guérison ? Elle écarte, en effet, les complications physiques et psychiques redoutables auxquelles il faut le plus souvent attribuer la terminaison des états aigus par la mort, la démence ou le passage à l'état chronique.

Voici d'ailleurs sur les bienfaits de l'alitement l'opinion de quelques auteurs. Le professeur Ludwig Meyer (1), exposant les résultats de sa longue expérience, déclare que, sauf quelques exceptions, il n'a qu'à se féliciter des effets de l'alitement. Un des traits remarquables, dit-il, est la rapidité avec laquelle apparaissent les signes d'amélioration. Timoféïeff (2) et Govséieff (3) admettent que les accès délirants traités par le repos au lit paraissent en général avoir une intensité moins grande et une évolution plus rapide. Pour Bernstein (4), les malades traités par le lit ne guérissent pas plus vite ; mais l'intensité des symptômes est très atténuée. D'après

---

(1) Ludwig Meyer. Rest and Exercise in the traitement of nervous and mental Diseases. *The Journal of mental sciences*, avril 1896, p. 261.

(2) Timoféïeff. Méthode de traitement des aliénés, dite du lit. (*Arkhir psikhiatr.* XIX, 3.)

(3) Govséieff. Le régime du lit, et sa valeur dans le traitement des aliénés. (*Obozr. psikhiatr.*, 1896, p. 5.)

(4) Bernstein. Sur le rôle du séjour au lit dans le traitement des aliénés. (*Annales médico-psychol.*, 1897.)

©BIUM

Roehrich (1), le repos au lit n'abrège pas la durée de l'accès maniaque; mais il évite la dénutrition (collapsus), et atténue les symptômes d'agitation.

Ajoutons qu'en outre des résultats importants que nous venons d'indiquer, le traitement par le lit présente encore certains avantages qui ne sont pas négligeables. On peut restreindre l'emploi des hypnotiques et des sédatifs : l'isolement en cellule, dont on a tant abusé, devient exceptionnel. La surveillance est facilitée : le malade ne contracte pas des habitudes de malpropreté (gâtisme, coprophagie), comme le font les aliénés isolés en cellule. On ne voit plus rester méconnues et non traitées certaines affections organiques qui peuvent chez les aliénés passer inaperçues, sans la facilité d'examen que donne le séjour au lit. Grâce au maintien d'une température constante, les complications viscérales sont évitées, qui peuvent être déterminées par des transitions brusques de température ou une exposition prolongée au froid chez des malades généralement immobiles, comme les mélancoliques, ou qui ne gardent pas leurs vêtements, comme les maniaques. De plus, le traitement par le lit a pour résultat de faire considérer l'aliéné, non comme un paria, mais comme un malade ordinaire, aussi bien par le personnel de surveillance que par les familles. L'alitement peut même, dans certains cas, frapper l'imagination du patient, contribuer à le convaincre de la nature morbide des troubles qu'il éprouve et l'habituer à l'idée qu'il a besoin d'être soigné.

Enfin, l'application du traitement par le lit a un résultat dont l'importance est, à nos yeux, capitale. Nous voulons parler de la transformation complète que cette méthode apporte à la physionomie de l'asile d'aliénés. Par le seul fait de l'alitement de près de la moitié des malades, et de la suppression de l'isolement en cellule, la « renfermerie », où pendant longtemps on s'était contenté de parquer pêle-mêle curables et incurables, la garderie d'aliénés disparaît pour faire place à un véritable hôpital pour le traitement des maladies mentales.

---

(1) Roehrich. Du traitement par le lit chez les aliénés. (*Th.*, Genève, 1898.)

©BIUM

Les mesures disciplinaires sont remplacées par des mesures thérapeutiques appropriées. Les gardiens deviennent des gardes-malades. Plus de ces quartiers d'agités, où les malades s'excitent mutuellement, et où tout examen est rendu impossible ; plus de ces quartiers cellulaires, où les aliénés, isolés entre quatre murs, se dégradent rapidement ; mais des salles d'hôpital où les malades aigus qui, on ne saurait trop le répéter, ont besoin de soins aussi minutieux, aussi consciencieux, aussi assidus qu'un typhique, sont soignés au lit et peuvent être soumis à une surveillance attentive et à un examen quotidien.

Il ne nous paraît pas exister de *contre-indication* absolue à la clinothérapie ; tout au plus peut-on décrire certains *inconvénients* qui découlent de son emploi. Ces inconvénients, peu importants pour la plupart, doivent cependant être minutieusement étudiés, afin qu'on puisse les combattre par une médication appropriée. Weir Mitchell n'a pas eu seulement le mérite de montrer les heureux résultats physiques et psychiques du traitement de certains états psychopathiques par le repos absolu, il a, en outre, bien mis en lumière ses inconvénients et fourni des indications très précises sur la façon d'y remédier. La méthode de Weir Mitchell a, en effet, pour but de résoudre cette question : Comment peut-on faire du bien par le repos sans nuire au malade? « N'oublions pas, dit Weir Mitchell, quand nous condamnons une personne au lit, que nous diminuons au moins de vingt par minute les battements du cœur, c'est-à-dire que nous ralentissons l'action cardiaque de près d'un tiers ; que le sang en retard languit dans les méandres de la circulation... ; que le repos absolu constipe et tend à annihiler le besoin de manger ; enfin, que les membres trop longtemps en repos souffrent et s'atrophient. »

Ces conséquences fâcheuses du repos absolu, Weir Mitchell les combat par le *massage* et l'*électrothérapie*. Ces procédés thérapeutiques, trop peu employés dans les asiles d'aliénés, sont appelés à rendre de grands services aux sujets traités par l'alitement. Le massage détruit, en effet, les maux que peut entraîner le repos prolongé. Il a une action très efficace sur la nutrition de la peau, des muscles, sur la circulation périphérique,

©BIUM

sur la température, sur la sensibilité cutanée. Il agit mécaniquement sur les tissus intéressés et exerce, en outre, une action trophique réflexe, comme toutes les stimulations périphériques. Au point de vue de l'état général, de la cénesthésie, le massage est un « calmant délicieux » (Weir Mitchell). L'électrothérapie, sous forme de courants induits, agit également sur les muscles et la peau.

Passons rapidement en revue les troubles qui peuvent être attribués au repos prolongé. L'*anorexie* s'observe parfois ; dans ces cas, on donnera des aliments faciles à absorber : lait, bouillon, potages, laits de poules, purées, viande hachée. Les aliments seront très fréquemment présentés au malade et on ne se laissera pas rebuter par les refus.

Les *troubles dyspeptiques*, l'*atonie gastro-intestinale* seront combattus par un régime approprié, par le massage de la région abdominale, par un massage général.

La *constipation* — de règle au début de la cure — disparaît le plus souvent spontanément après quelques jours. Si elle persiste, on alternera le décubitus dorsal avec la station dans un fauteuil (Guislain) ; on aura recours aux lavements, aux laxatifs légers.

Contre le *gâtisme* et les *habitudes de malpropreté*, une surveillance attentive sera souvent efficace. On conduira le malade aux water-closets à heures fixes ; on lui présentera le bassin ; on donnera des lavements préventifs.

Les *habitudes de masturbation* exigeront une surveillance constante. En général, elles ne constituent pas une contre-indication du traitement par le lit. Neisser cependant le déconseille chez les jeunes filles atteintes d'agitation motrice peu intense, mais en proie à une excitation génitale vive.

Si l'alitement prolongé détermine un *état d'anémie*, on fera coucher le malade sur un lit mobile que l'on pourra transporter sous une véranda au grand air ; dans certains cas, le patient sera autorisé à s'étendre sur une chaise longue dans le jardin (1). Inutile de dire que

(1) A la clinique de Moscou, les lits sont, pendant la belle saison, transportés dans un jardin ombragé.

©BIUM

dans les locaux réservés au traitement par le lit, la ventilation doit être parfaitement aménagée ; les fenêtres seront fréquemment ouvertes.

Contre l'*amyotrophie*, les *raideurs articulaires*, on emploiera l'électrothérapie, le massage, les mouvements passifs, la gymnastique suédoise, les courtes promenades dans un jardin.

Point n'est besoin d'insister sur les *escarres* non plus que sur les *pneumonies hypostatiques*. Ces complications, très rares d'ailleurs, pourront être évitées par les soins donnés aux téguments (bains quotidiens), par les changements fréquents de position, la station assise pendant quelque temps.

Nous n'insisterons point sur les *indications spéciales* du repos au lit ; elles se déduisent strictement des indications générales ; disons seulement qu'on doit appliquer la méthode à tous les *états aigus*, et sous ce nom, nous comprenons à la fois les psychoses à début récent et à évolution rapide (états maniaques et mélancoliques, délires hallucinatoires, toxiques et névrosiques, confusion mentale, etc.), et les épisodes aigus survenant au cours d'états chroniques (paralysie générale, lésions en foyer, délires systématisés chroniques).

Ce traitement seul peut, en effet, donner à de tels malades le repos que leur cerveau et leur organisme épuisés et surmenés réclament impérieusement. Il est facile à appliquer. Il donne des résultats indiscutables au point de vue de l'atténuation des symptômes les plus pénibles des maladies mentales. Il écarte les complications physiques et psychiques qui viennent souvent entraver la tendance naturelle des psychoses aiguës vers la guérison. Il permet de supprimer l'isolement prolongé en cellule.

Profondément convaincus des avantages de toute nature que présente ce procédé thérapeutique, nous n'hésitons pas à affirmer qu'il est appelé à prendre rang, avec la suppression des moyens de contention (*no-restraint*), le traitement en liberté (*Open-door*) et la *colonisation*, parmi les conquêtes les plus précieuses de la psychiatrie contemporaine.

Le traitement par le lit entraîne comme corollaire obligé une modification radicale de notre système

©BIUM

suranné d'assistance des aliénés, système désormais condamné sans appel. Son application générale amènera fatalement la disparition de nos asiles-prisons, — où les exigences de la thérapeutique tiennent si peu de place, — et leur remplacement par des hôpitaux de traitement pour les aigus, par des colonies agricoles et par l'assistance familiale pour les convalescents, les intermittents et les chroniques.

L'alitement consacrera ainsi, d'une façon pratique, l'élévation des aliénés à la dignité de malades, proclamée, il y a près d'un siècle, par Pinel, et demeurée depuis lors formule sans application : seul le traitement par le lit en assurera le développement intégral. On ne se contentera plus d'*interner* les aliénés, on les *traitera*. Et l'alitement permettra de rendre guéris à la société bon nombre de malheureux, que les conditions trop longtemps défavorables du traitement des maladies mentales ont seules jusqu'ici condamnés à l'incurabilité.

M. Doutrebente. — Je suis toujours étonné d'entendre dire que ce n'est que depuis quelques années que l'on s'aperçoit que les aliénés doivent être élevés à la dignité de malades. Il y a longtemps que nos maîtres nous ont enseigné que ce sont des malades comme d'autres. Quant à l'alitement, j'en ai fait l'essai loyal et j'avoue n'en avoir pas retiré de meilleurs résultats que des anciens procédés de traitement. On nous dit du reste que cela n'a d'importance que pour empêcher la déperdition des forces. Mais je voudrais savoir comment on l'a mesurée. Et je fais remarquer de plus combien il est frappant de voir que des malades très agités pendant longtemps ne paraissent avoir perdu aucune force quand leur agitation tombe.

On nous dit encore que l'alitement permet de mieux examiner les malades à leur arrivée. Mais est-ce depuis l'alitement seulement qu'on examine les malades dès leur arrivée dans les asiles ? Je ne crois pas qu'on puisse le prétendre. Enfin, pour les cellules, c'est surtout pendant la nuit, et non dans le jour, qu'on y place les agités, pour ne pas gêner les autres malades, et c'est une considération qui a bien sa valeur.

Pour le Congrès de 1900, j'ai demandé qu'on indiquât dans la discussion de cette question que les asiles doivent

©BIUM

être réformés dans leurs dispositions architecturales si on veut y appliquer l'alitement d'une manière systématique ; car je ne le vois pas possible dans les salles communes.

En somme, on manque de données précises sur les résultats de ce traitement.

M. Briand. — J'ai éprouvé le même étonnement que M. Doutrebente. A Villejuif, je pratique l'alitement depuis plusieurs années. Je ne sais pas du tout encore à quels malades on doit l'appliquer. Car tel maniaque reste au lit et tel autre, non. On n'a *a priori* aucun critérium pour le savoir sur le vu du malade. En principe, je laisse les aigus au lit ; mais si la lutte pour les maintenir au lit est trop violente, je préfère les laisser en liberté. En tous cas, tous les aliénés n'en sont pas justiciables, et il est certain aussi que certains sont mieux dans une salle d'isolement, et d'autres dans une salle commune au point de vue de la surveillance. Il faut faire néanmoins une sélection et multiplier les dortoirs avec l'alitement, et par conséquent modifier les asiles. Mais avant de le faire, il serait bon d'être fixé sur les résultats.

M. Sollier. — On peut rapprocher de l'alitement une pratique que j'ai vu employer dans la clinique de M. Kraepelin, à Heidelberg, et qui consiste à laisser toute la journée les aliénés dans le bain ; après quoi on les remet pour la nuit dans leur cellule. Au point de vue du calme et de la surveillance, et aussi des soins de propreté, on y trouve un grand avantage. Mais ni la marche, ni la durée, ni le pronostic de la maladie n'en sont modifiés. Il est donc fort possible que l'alitement ait des avantages ; mais il est nécessaire de savoir s'ils sont au profit de ceux qui soignent les aliénés ou des aliénés eux-mêmes. Le premier point de vue n'est certes pas négligeable ; mais il me semble que ceux qui donnent depuis quelque temps des leçons de philanthropie à l'égard des aliénés doivent surtout s'occuper du second.

M. Doutrebente. — Le système des bains prolongés que rappelle M. Sollier, ne date pas d'aujourd'hui. Il a été préconisé en 1867 par Bonnefous, et auparavant par Turck. Quant à l'isolement, j'en suis partisan pour les malades bruyants la nuit, de façon à laisser les autres tranquilles. Pour mes agités, je les mets trois heures au

©BIUM

bain tiède le soir ; ils y mangent même et ils se couchent après. J'ai même remarqué que certains mangent mieux dans le bain.

M. CHRISTIAN. — Je commencerai par dire que je ne suis nullement opposé à la méthode de l'alitement telle qu'on nous la vante. Mais je remarque que jusqu'à présent on ne nous a guère apporté que des appréciations, en général fort enthousiastes, mais aucun fait positif. Sans doute, étant donné un maniaque agité, il est impossible de dire dès le début combien de temps durera l'agitation. Il faut cependant établir s'il se calme plus vite, s'il guérit plus rapidement par le séjour au lit que par le traitement qu'on nous vantait autrefois. On nous disait alors que le maniaque a un besoin de mouvement, une suractivité musculaire qu'il fallait bien se garder de contrarier, et l'on avait inventé les cellules capitonnées, avec les préaux attenant, dans lesquels les agités pouvaient courir et se démener à leur aise. Ils guérissaient très bien par cette méthode. Aujourd'hui, c'est tout le contraire ; il faut les tenir au lit, soit ; mais cette nouvelle méthode guérit-elle mieux et plus vite ? Toute la question est là, et tant qu'on ne l'aura pas résolue, on nous permettra de réserver notre jugement.

M. Sérieux nous dit encore que, grâce à l'alitement des agités, nos asiles vont changer de physionomie, et ressembler à de véritables hôpitaux ! Je crains que ce ne soit encore une illusion. Car enfin, les aliénés aigus seront couchés dans leur infirmerie ; mais les autres, les chroniques, les incurables, les mettra-t-on au lit ? Je ne pense pas qu'on veuille aller jusque-là, et dès lors, qu'y aura-t-il de changé ? Il faudra, comme maintenant, des quartiers pour les tranquilles, les turbulents, les malpropres, etc. L'infirmerie sera différente, mais l'asile restera ce qu'il est.

M. DOUTREBENTE. — Esquirol arrivait à 55 p. 100 de guérisons ; à Blois, on avait autrefois 53 p. 100, alors que la Seine n'en a que 30 p. 100.

La séance est levée à six heures.

PAUL SOLLIER.

©BIUM

SÉANCE DU 27 NOVEMBRE 1899.

Présidence de M. JULES VOISIN.

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

A propos du procès-verbal. — Du traitement des psychoses aiguës par le repos au lit.

M. DOUTREBENTE. — A votre dernière séance et à propos du traitement des formes aiguës de la folie par l'alitement, j'ai cru devoir manifester mon étonnement en entendant dire par M. le Dr Sérieux que, grâce à cette nouvelle panacée, on pourrait *enfin reprendre* les traditions de Pinel, qui avait élevé les aliénés *à la dignité de malades*, à l'époque où la Révolution française répandait en France et dans le monde entier les idées de liberté, de dignité humaine et de philanthropie sociale.

J'ai protesté au nom de mes maîtres, en raison des exemples qu'ils m'ont donnés et des renseignements que j'en ai reçus. Jamais, en effet, et à aucune époque, les aliénistes français de notre siècle n'ont abandonné ces bons principes, et j'ai constaté par moi-même depuis près de quarante ans qu'ils avaient toujours considéré l'aliéné comme un malade. Comme toute affirmation réclame des preuves et que je n'ai pas l'habitude de me payer de mots, j'ai repris récemment la lecture des livres de médecine mentale que je lisais à l'époque où j'étais étudiant.

Si nous ouvrons le *Traité des maladies mentales* de Marcé, professeur agrégé à la Faculté de médecine et médecin des hôpitaux de Paris (p. 34, chap. II), nous y lisons ce qui suit :

« Le seul moyen d'arriver à un résultat vraiment utile, c'est d'envisager la folie *comme une maladie* et d'appliquer à son étude les méthodes purement médicales.....

«..... J'ai la conviction qu'à une modification maladive de l'intelligence correspond toujours une modification

©BIUM

connue ou inconnue, soit du cerveau lui-même, soit des conditions matérielles à l'aide desquelles il fonctionne. Tantôt cet organe est altéré *dans sa structure*, tantôt le sang chargé de le nourrir et de le stimuler *est altéré* dans sa *composition chimique*, *contient des éléments anormaux* ou ne circule plus avec sa régularité habituelle. Dans cet ordre d'idées, nos connaissances restent encore sur bien des points nulles, incomplètes ou douteuses ; mais il faut songer aux progrès déjà réalisés, et marcher avec confiance. Si l'examen à l'œil nu est insuffisant, ayons recours au microscope, qui permet de poursuivre bien plus loin des altérations de structure jusque-là inconnues. La chimie à son tour nous donnera des renseignements précis sur la nature des altérations de tissus, sur les altérations des liquides ; enfin chaque malade sera soumis à *une investigation clinique minutieuse*, qui agrandira le cercle de nos connaissances positives et arrivera peu à peu à combler les lacunes de la science. »

C'est d'ailleurs exactement ce que M. Toulouse vient de dire et écrire dans le dernier numéro de son journal.

Passant maintenant au *Traité des maladies mentales*, de Morel, nous y trouvons (p. 485) que, pour ce maître vénéré, ainsi qu'il me l'a enseigné, il fallait, en dehors des maladies incidentes, qui peuvent compliquer ou modifier le développement, la marche et la terminaison de la folie, tenir aussi compte de la situation faite à l'aliéné par l'état névropathique désigné sous le nom de folie, et que, pour cette raison, il y avait là un état pathologique spécial justifiant la dénomination de *malade* donné à l'aliéné : « L'aliéné, disait-il, est donc un *malade* « parce que l'état permanent ou intermittent de trouble « et de désordre de ses facultés intellectuelles ne peut « exister sans une lésion concomitante du système « nerveux central ou sans un trouble dynamique dans « la même sphère nerveuse.....

« ..... C'est là, disait-il encore, ce que j'appelle pour « l'aliéné un élément pathologique *sui generis*, qui doit « être étudié en dehors de toute intercurrence d'une « maladie incidente nouvelle. »

Inutile, Messieurs, d'insister davantage, la preuve est faite ; je me demande même maintenant si cela était bien

©BIUM

nécessaire pour vous qui connaissez et daignez vous souvenir des travaux des aliénistes français qui nous ont précédés.

A une époque fort peu éloignée de nous, d'ailleurs, nous entendions prôner le non-restreint dans le traitement des formes aiguës de la folie, et en particulier de la manie. On plaçait alors les maniaques dans des cellules appropriées à cette destination, cellules capitonnées dans lesquelles les malades délivrés de la camisole de force, pouvaient respirer à leur aise et pratiquer tous les mouvements brusques, saccadés et violents dont il ne fallait, d'ailleurs, gêner en aucune façon la manifestation. On nous disait même, qu'il y avait là un besoin nécessaire d'expansion et de mobilité amenant une sorte de décharge organique utile.

Aujourd'hui, il faut détruire les cellules qui, d'ailleurs, il faut bien le dire, étaient fort difficiles et coûteuses à organiser d'une façon pratique; il faut des petits dortoirs où, paraît-il, les malades se calment réciproquement au lieu de s'exciter les uns les autres ; pour les maintenir au lit, les bras de gardiens ou de gardiennes sont suffisants. On peut alors soigner les aliénés comme des malades ordinaires, on évite les anciens procédés des renfermeries d'aliénés, les cellules n'ont plus raison d'exister ! Mais on ne nous a pas encore donné, ainsi que les auteurs l'ont fait autrefois, les résultats obtenus, quel que soit le traitement employé. Esquirol dans sa maison de santé arrivait au chiffre de 55 p. 100 de guérisons des malades traités pendant l'année. C'est à peu près le résultat des guérisons obtenues à l'asile de Blois pendant une période de seize années, de 1880 à 1897, ainsi que je l'ai dit au Congrès de Nancy. Marcé, sur 28 accès de manie, a eu 25 guérisons, et sur ces 25 malades, 6 ont guéri en moins d'un mois, 8 en 1 mois, 6 entre 2 et 3 mois, 3 en 4 mois, 2 en 5 mois, résultats qui, pour la durée du traitement, concordent avec ceux donnés par Esquirol.

En présence de ces résultats obtenus et relatés par des savants dignes de foi, nous attendons ceux produits par les partisans du traitement des psychoses aiguës par l'alitement ; car en dehors des considérations théoriques fort curieuses et intéressantes, d'ailleurs, présen-

©BIUM

tées par M. Sérieux, ce côté particulièrement pratique et tangible de la question n'a pas été abordé par lui ; et nous ne savons pas encore si, en somme, il y a augmentation des cas de guérison et si la durée du traitement a été abrégée, ce qu'il importerait de savoir avant de détruire nos asiles pour en reconstruire de nouveaux.

Avec le séjour au lit, on éviterait enfin l'épuisement des forces par la suppression de l'agitation et des mouvements dont, autrefois, il fallait bien se garder de contenir la production par le restreint, plus ou moins mitigé.

A propos de la déperdition des forces, dans la manie, je vous disais à la dernière séance que si par l'alitement on arrivait à la pallier, on ne nous avait pas donné les moyens matériels et précis d'en constater les résultats réels, à l'aide de la méthode graphique, par exemple ; et puis, je vous disais aussi que les éléments de comparaison faisaient absolument défaut, étant donné qu'il est bien difficile de les réaliser avec des malades différents, n'ayant pas une constitution analogue et une maladie de gravité égale ; mais je ne veux pas insister sur ce point, me contentant de savoir que cette prétendue déperdition de forces n'est souvent qu'apparente et que, presque toujours, j'ai constaté, avec stupéfaction, la résistance inexplicable des maniaques, jeunes, adultes, et même âgés, aux crises d'agitation.

Si l'alitement dans le traitement des formes de la folie devient une vérité démontrée, il s'ensuivra fatalement une modification profonde dans la construction des asiles d'aliénés, et je tiens à rappeler que c'est sur ma demande que ce point particulier a été mis à l'ordre du jour des questions qui doivent être traitées au Congrès international de 1900. Il me semble toutefois que déjà l'alitement semble passer un peu de mode ; on lui cherche des correctifs et parfois même on l'abandonne.

Nous avons, en effet, entendu à la dernière séance M. Magnan nous dire qu'il faisait promener les alités ; ce n'est donc plus déjà le séjour permanent au lit ; et enfin, M. Briand, son élève, ne nous a-t-il pas dit, qu'en l'absence de règles précises en matière d'alitement des aliénés, il n'hésitait pas à renoncer à ce moyen, quand il y trouvait plus d'inconvénients que d'avantages, et

©BIUM

quand surtout, les gardiennes chargées de contenir les malades avaient épuisé leurs forces ou quand elles ne pouvaient plus humainement supporter les coups et les horions dont elles étaient victimes ; c'est-à-dire, Messieurs, qu'en cette matière comme en toute autre, chacun fait ce qu'il peut, modifie le traitement suivant les circonstances et recherche, suivant les cas, la meilleure conduite à tenir, se gardant bien de la systématisation, l'ennemie d'une thérapeutique rationnelle.

Mort de M. Paul Aubry.

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. le Dr Paul Aubry, membre correspondant de la Société, connu pour ses travaux d'anthropologie criminelle.

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend des lettres de remerciements de MM. Mitaftsis et Sano, et de Mlle Robinovitch, nommés membres associés étrangers à la dernière séance.

La correspondance imprimée comprend :

1° Une brochure contenant les discours prononcés au Congrès des Sociétés savantes, à Toulouse, le 8 avril 1899 ;

2° Considérations sur l'étude de la microcéphalie, par le Dr Pilcz. — M. Legrain est chargé de faire un rapport sur ce travail.

3° *De l'épilepsie consciente et mnésique et en particulier d'un de ses équivalents psychiques, le suicide impulsif conscient*, par le Dr M. Ducosté ;

4° *L'enfance criminelle à Paris*, par MM. Albanel et Legras ;

5° *Bulletin de la Société de tempérance*, n° 6.

Rapports de candidature.

M. BOISSIER. — Messieurs, vous avez nommé une Commission composée de MM. Bouchereau, Arnaud et Boissier, à l'effet d'examiner la candidature au titre de

©BIUM

membre correspondant de M. le Dr Eugène Bernard-Leroy, qui joint à l'appui de sa demande sa thèse inaugurale sur l'*Illusion de fausse reconnaissance*. Ce travail ne vous est pas inconnu, puisqu'il a valu à son auteur le prix Moreau (de Tours) cette année même. Exposer l'analyse de ce travail serait faire double emploi puisque j'ai déjà eu l'honneur de vous la présenter à la séance du 29 mai dernier et qu'elle se trouve dans mon rapport sur le prix Moreau (de Tours), dans le numéro de septembre des *Annales médico-psychologiques*. M. Bernard-Leroy a publié aussi dans le numéro d'août 1898 de la *Revue philosophique*, un article intitulé : *L'Illusion de dépersonnalisation*, qu'il n'a pas joint à sa demande, mais dont le fond a été repris par lui-même et annexé à sa thèse inaugurale. Les mêmes arguments qui ont prévalu pour faire accorder à M. Bernard-Leroy le titre de lauréat militent donc en sa faveur pour celui de membre correspondant.

Conformément à ces conclusions, M. Bernard-Leroy est élu membre correspondant.

M. Pactet. — Messieurs, vous avez chargé une commission composée de MM. Christian, Joffroy et Pactet, rapporteur, d'examiner les titres scientifiques de M. le Dr A. Breton, ancien interne des hôpitaux, qui désire devenir membre correspondant de la Société médico-psychologique. M. Breton nous a adressé une longue liste de travaux et de publications qui montrent qu'il a exploré les régions les plus diverses du domaine de la clinique. Je ne passerai pas en revue tous ces mémoires qui ont paru dans les différents journaux médicaux depuis l'année 1889 ; je me bornerai à vous donner un rapide aperçu de ceux qui se rapportent d'une façon plus spéciale aux sujets qui retiennent habituellement l'attention de la Société.

Dans sa très intéressante thèse de doctorat, qui reflète l'enseignement de l'école de la Salpêtrière, M. Breton étudie l'état mental dans la chorée. C'est pendant son internat à l'hôpital Trousseau, où il eut l'occasion d'observer un grand nombre d'enfants atteints de chorée de Sydenham, qu'il fut frappé de la fréquence des troubles psychiques au cours de cette affection. Ceux-ci étaient parfois si développés que l'entourage du

©BIUM

malade était plus alarmé par eux que par le désordre moteur.

Précisant d'abord ce qu'il entend par *chorée*, l'auteur se rallie sans réserve à l'opinion de Charcot et de M. Joffroy, pour qui la chorée de Sydenham, la chorée chronique et la chorée héréditaire ne constituent que des types différents d'une même maladie qui, au point de vue pathogénique, consiste dans la dégénérescence héréditaire de l'appareil nerveux moteur. Puis il arrive à l'étude de l'état mental des choréiques, dont les manifestations les plus fréquentes se traduisent par des modifications du caractère, de la sensibilité morale, de l'intelligence, de la mémoire et de l'attention. Parfois le désorde mental est plus accusé, et c'est alors que l'on voit apparaître les hallucinations des divers sens avec un véritable délire qui peut s'accompagner d'excitation ou de dépression, arrivant ainsi à créer un état morbide auquel quelques auteurs ont voulu donner le nom de folie choréique.

Quelle que soit l'intensité des troubles psychiques, il n'admet cependant pas l'existence de cette folie choréique, parce que, pour lui, la chorée ne fait que les susciter et ne les crée pas ; ils ne reçoivent d'elle aucun caractère spécial et la seule véritable cause de leur existence est l'hérédité. Il n'y a pas à proprement parler de troubles mentaux choréiques ; mais il y a des troubles mentaux se manifestant plus ou moins souvent, chez des héréditaires, des dégénérés atteints de chorée. Et il résume son travail dans ces deux conclusions d'une leçon de M. le professeur Joffroy :

La chorée, maladie essentiellement motrice, est la manifestation de la dégénérescence de l'appareil nerveux moteur ;

La folie choréique est la manifestation (à l'occasion de la chorée) de la dégénérescence de l'appareil psychique.

Je vous dirai aussi quelques mots d'une intéressante observation d'éreuthrophobie obsédante que M. Breton a publiée en 1896, dans la *Gazette des hôpitaux*.

Il s'agit d'une femme d'une quarantaine d'années, portant le poids d'une lourde hérédité névropathique, qui présenta à différentes reprises des phobies dont la

©BIUM

durée fut en général courte et chez qui, depuis deux ans, l'éreuthrophobie était devenue la torture de tous les instants. Cette peur de rougir apportait la perturbation la plus profonde dans son existence, dans ses occupations, dans ses relations mondaines ; c'était une crainte perpétuelle de rencontrer telle ou telle personne dont la vue avait le fâcheux privilège de provoquer chez elle cette rougeur de la face, de se trouver à table à côté d'elle, etc. ; et cette obsession était pour elle si pénible, qu'elle n'eût pas hésité à recourir au suicide, si elle eût été convaincue de son incurabilité. Grâce au traitement moral, l'état de la malade s'améliora un peu, en ce sens que les accès devinrent moins fréquents et moins violents.

Enfin, je terminerai la courte analyse des travaux de M. Breton que je m'étais proposé d'examiner, en relatant une observation d'audition colorée qu'il rapporte dans le *Journal des praticiens* de 1897. Il eut l'occasion de constater l'existence de ce phénomène chez une personne de vingt-quatre ans, bien portante, intelligente et ne présentant aucune tare à signaler. Il fait remarquer qu'il ne peut y avoir, dans le cas particulier, ni simulation, ni supercherie ; car cette femme ignorait l'existence de faits de ce genre et fut surprise d'être examinée par un médecin à ce point de vue. Ce sont les voyelles seules qui se colorent, chacune d'elles est colorée d'une façon spéciale et sa coloration ne varie pas. L'A est rouge, l'E est crème, l'E avec accent grave est jaune, l'E avec accent aigu est blanc, l'I est bleu, l'O est marron rosé et l'U est vert. L'apparition de la couleur est aussi rapide que l'énoncé de la voyelle, et chaque voyelle lue ou prononcée fait apparaître sa couleur propre. L'auteur déclare qu'il n'existe pas encore une théorie satisfaisante pour expliquer la synopsie, et qu'il faut, pour l'instant, se contenter d'enregistrer les faits avec le plus d'exactitude possible et accumuler ainsi des matériaux d'où pourra sortir un jour une pathogénie raisonnée.

Messieurs, en vous adjoignant le Dr Breton comme collègue, la Société médico-psychologique s'attachera un collaborateur actif autant que distingué ; aussi votre commission vous propose-t-elle de lui accorder le titre

©BIUM

de membre correspondant qu'il sollicite de vos suffrages.

Conformément à ces conclusions, M. Breton est élu membre correspondant.

M. Semelaigne. — Messieurs, vous avez chargé une Commission, composée de MM. Brunet, Falret et René Semelaigne, rapporteur, d'examiner les titres et travaux scientifiques de M. le Dr Burr, qui demande à être admis parmi nous en qualité de membre associé étranger. Le Dr Burr, ancien superintendant de l'*Eastern Michigan Asylum*, directeur de l'*Oak Grove Hospital* et secrétaire de l'*American medico-psychological Association*, est bien connu de tous pour ses nombreux et intéressants travaux sur les maladies mentales. Je dois me borner à en citer quelques-uns :

Tumeur intra-cranienne, avec absence de symptômes permettant de poser le diagnostic; Obsessions morbides; Diagnostic différentiel de la folie; Folie de la puberté; Quelques erreurs courantes au sujet de la folie; Folie produite par la masturbation; Rapports de la gynécologie et de la folie; De la paranoïa; Leçons sur les diverses formes de maladies mentales.

Messieurs, je suis heureux de vous prier, au nom de votre Commission, d'accorder au Dr Burr le titre de membre associé étranger.

Conformément à ces conclusions, M. Burr est élu membre associé étranger.

Les expertises médico-légales.

M. Toulouse. — La Chambre des députés a adopté dans ses séances du 29 et du 30 juin 1899, un projet de loi de M. Cruppi sur les expertises médico-légales.

Cette loi établit une institution tout à fait nouvelle, qui est l'expertise contradictoire. Jusqu'alors, a déclaré M. Cruppi dans son exposé des motifs, « dans toute affaire pénale, il n'y a que le juge qui ait le droit de désigner l'expert. Or, quelle que soit l'impartialité — à laquelle je me plais à rendre hommage — de tous les magistrats, étant donnée la physionomie que le juge d'instruction a prise dans notre loi et qui n'est pas la physionomie de l'arbitre que je rêve pour lui, il semble

©BIUM

que, dans beaucoup d'affaires, l'expert désigné par le juge est un peu trop l'expert de l'accusation ». Celui qui parle ainsi est un ancien magistrat qui a parcouru tous les degrés de la hiérarchie judiciaire jusqu'à celui de la Cour de cassation et qui a eu l'occasion de connaître les mœurs du Palais. Son opinion est celle d'un homme compétent et nullement prévenu contre l'institution actuelle.

Le principe de faire procéder à un examen médico-légal par plus d'un médecin est accepté par M. Brouardel, qui est le médecin-expert le plus autorisé. « On peut être certain, dit cet auteur, que devant un confrère, même un ami, un médecin ne pèchera pas par négligence, et qu'à la précision des recherches se joindra une grande modération dans les conclusions ; justifier devant un témoin compétent, ayant le droit des critiques, une déduction scientifique, nécessite une démonstration, et exclut la possibilité de transformer une simple opinion en une affrmation. »

La liste des erreurs commises par les experts ayant entraîné des condamnations graves est déjà longue, et les faits de ce genre ont souvent été l'objet de discussions publiques. Aussi, les plus modérés ont reconnu les vices de l'institution actuelle, qui ne garantit l'accusé ni contre le parti pris, ni contre la négligence, ni contre l'ignorance de l'expert. Il ne paraît pas de meilleur remède à cet état de chose que l'expertise contradictoire.

On a cependant fait valoir contre cette mesure divers arguments, la plupart exposés récemment à la Société de médecine légale. Où trouver, a-t-on dit, des hommes compétents en assez grand nombre ? Cette question ne se pose pas dans notre spécialité ; car tout aliéniste, en donnant son opinion sur l'état mental et le degré de responsabilité d'un individu, ne sort pas de ses occupations habituelles. Certains ont craint qu'il ne se crée une catégorie d'experts en irresponsabilité ; mais le danger des experts en responsabilité n'est pas moins grand ; et le libre jeu de la discussion paraît seul capable de neutraliser ces opinions intéressées également mauvaises.

Enfin, on a redouté que la discussion publique et contradictoire de médecins fût de nature à abaisser le pres-

©BIUM

tige de la science, qui est comme l'autorité de Platon, dont les scolastiques disaient : *Amicus Plato, sed magis amica veritas.*

Il ne suffit pas de décider que les experts seront multiples, et auront le droit de discussion, si on n'établit pas les conditions propres à assurer la contradiction. « Deux experts, sans doute, dit M. Cruppi, valent bien mieux qu'un. Mais la contradiction féconde qui s'établit entre deux hommes de science, n'aura toute sa vigueur que si l'un de ces hommes représente le prévenu, tandis que l'autre représente le juge d'instruction ou le parquet. Donc, deux experts, et l'un deux choisi par l'inculpé, tel est le point de départ de la réforme que nous proposons. »

Il semble que la préoccupation du législateur ait été de donner aux deux parties, à l'accusation et à l'accusé, des droits égaux. C'est cette faculté de l'accusé de choisir son expert qui a paru excessive à certains esprits qui ont craint que l'exercice de ce droit pourtant si équitable ne constitue un *caprice.*

Mais, en réalité, cela n'est pas ainsi dans la loi de M. Cruppi ; et c'est le point que je désire traiter ici avec quelque développement.

Pour qu'il y eût réellement égalité entre les deux parties, il faudrait que l'accusé puisse, comme l'accusation, choisir ses experts où il voudrait, et, en cas de dissentiment, que l'expert-arbitre fût désigné par un procédé qui ne favoriserait pas une partie plutôt que l'autre.

Si nous laissons de côté pour le moment la seconde condition, nous voyons qu'un seul système assurerait l'égalité des deux parties ; ce serait le libre choix des experts comme des avocats. On a fait valoir contre ce système l'argument que tous les médecins n'étaient pas également compétents ; qu'il fallait protéger l'accusé contre son propre choix, lequel pourrait être mauvais et susceptible ainsi de compromettre ses intérêts. Voilà une précaution qui, inspirée par les meilleures intentions, risque fort d'agir contre le but cherché. Car quelle que soit la sélection apportée aux listes fermées d'expert, il exclura toujours des compétences qui pourraient aider l'accusé à faire triompher la vérité. D'autre part, les experts de l'accusation, choisis parmi les plus

©BIUM

compétents seraient capables de relever les erreurs de leur confrère, en cas de mauvais choix. Et en admettant que le criminel trouve le moyen de se faire absoudre, cela serait moins regrettable que la condamnation d'un innocent à la suite d'une expertise erronée.

Or, la loi de M. Cruppi n'admet pas le choix libre. L'accusation et la défense doivent choisir leurs experts dans deux listes, dont l'une sera établie, le procureur général entendu, sur la proposition des tribunaux civils, des Facultés et Ecoles de médecine, de pharmacie et des sciences, par les cours d'appel; et dont l'autre se composera de membres de droit, dont les professeurs, les médecins des hôpitaux et — en ce qui nous concerne — les médecins d'hospices et d'asiles publics d'aliénés.

En somme, le choix des experts est, avec la nouvelle loi, beaucoup plus restreint qu'avec l'ancienne, qui laissait le juge d'instruction libre de s'adresser là où il croyait que se trouvait la compétence. Et sur ce point, la nouvelle loi, qui marque par ailleurs un réel progrès, est moins libérale que l'autre. Elle le paraît même beaucoup moins quand on étudie dans ses détails la désignation des experts.

L'idée de créer deux listes d'experts, l'une établie par les juges, et l'autre *de droit*, était bonne, puisque l'on ne voulait pas que le choix de l'expert fût tout à fait libre.

L'institution des experts de droit était un correctif à cette restriction. Il était juste en effet qu'à côté de ceux nommés par le juge, et par conséquent pouvant être suspects à l'accusé, il y en eût d'autres qui n'auraient dû leur titre qu'à leur situation scientifique. Ces derniers auraient présenté, en même temps que toute compétence — je me place toujours sur le terrain des expertises mentales — une indépendance absolue. Mais il fallait décider que les parties puissent choisir aussi aisément les experts de droit que les experts nommés. Or, l'article 4 porte ceci :

« Les experts désignés au paragraphe 2 de l'article 2 (experts de droit) ne peuvent être choisis que si cette mesure, qui doit être justifiée par la gravité de l'affaire, est autorisée par ordonnance motivée du président du tribunal ou du président de la juridiction saisie.

©BIUM

« Lesdites ordonnances ne sont susceptibles d'aucun recours. »

Cette disposition tendra dans la pratique à détruire les bons effets de l'institution des experts de droit ; car il est à craindre que les formalités nécessitées pour les désignations de ces derniers ne les empêchent le plus souvent. La commission, déclare M. Cruppi, « a pensé qu'il fallait éviter que ces membres de droit fussent continuellement choisis par les parties ». Quel inconvénient y aurait-il à ce qu'ils fussent choisis continuellement, si tant est que cette hypothèse dût se réaliser ? Au point de vue des frais, ils seraient les mêmes, puisque les experts nommés sont résidents dans le département, sinon dans la ville où siège le tribunal. Il est d'ailleurs facile d'introduire un article laissant à l'appréciation du président du tribunal la désignation des médecins experts de droit ne résidant pas dans le département. On a dit aussi que ce serait imposer aux membres de droit une corvée qui leur serait à charge. Mais il ne tiendrait qu'à eux de demander à en être déchargés.

Il n'y a donc pas de bonnes raisons pour maintenir cette inégalité de droits, et il y a au contraire de sérieux inconvénients, dont le principal est de restreindre les droits de la défense. Or, la plupart des experts, actuellement en exercice, ont demandé, au cours d'une discussion sur ce point à la Société de médecine légale, qu'on aille plus loin encore dans cette voie mauvaise d'inégalité et qu'on supprime les membres de droit. Les raisons qu'on a données ne résistent pas à un examen rapide. On a laissé entendre que les membres de droit — c'est-à-dire des professeurs, des médecins des hôpitaux ou d'asiles — ne seraient pas aussi compétents que les experts nommés, c'est-à-dire que les professionnels, — ce qui n'est pas soutenable en ce qui concerne les aliénistes, qui, en cas d'expertise, ne font pas autre chose que ce qu'ils font tous les jours en rédigeant leurs certificats.

On a dit qu'il serait mauvais que des médecins, par exemple des médecins des asiles, puissent, une fois rayés par le tribunal de la liste des experts professionnels, rester experts de droit. Je pense qu'il n'y a pas à redouter que l'expert ait trop d'indépendance vis-à-vis

©BIUM

du pouvoir judiciaire, et par conséquent, l'accusé trop de garanties.

Après avoir montré toutes les difficultés qui résulteraient de l'inégalité des droits des deux catégories d'experts, d'autres ont conclu à la suppression des deux listes, alors qu'il est plus logique de supprimer ces difficultés en rendant les uns et les autres égaux.

Enfin, on a déclaré que les deux listes étaient inutiles parce que la liste de droit comprendrait tous les experts nommés, sauf ceux qui ne veulent pas faire des expertises, ou des incapables. Or, il y a actuellement, près le tribunal de Paris, onze experts médecins aliénistes, et il y aurait après la promulgation de la loi, comme experts de droit :

Professeurs et agrégés spécialisés dans les maladies mentales	3
Médecins des quartiers d'hospices.	9
Médecins des asiles publics (non compris les médecins de Dun-sur-Auron).	15
Médecins de l'asile national de Charenton. . .	2
	29

Si l'on tient compte que sur les onze experts nommés par le tribunal, il y en a quatre qui ne figureraient pas sur la liste des membres de droit, cela fait une proportion de sept experts sur vingt-neuf, soit le quart des médecins aliénistes qui, pouvant être membres de droit, le sont aujourd'hui de fait. Est-on autorisé à dire que les trois quarts des autres, les vingt-deux médecins restants, ne désirent pas faire d'expertises? Evidemment non, puisque la liste est fermée et qu'à chaque vacance il y a un nombre élevé de demandes. On ne peut non plus soutenir que les 22 médecins restants sont des incapables. Pour citer un fait topique, le titulaire de la chaire de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris ne figure pas sur la liste d'experts ; or, je sais qu'on ne lui a jamais demandé s'il accepterait d'être expert et par conséquent rien n'autorise à supposer qu'il aurait refusé cette mission.

Il est intéressant de constater que si la liste actuelle des experts ne contient que le quart des médecins susceptibles de devenir experts de droit, le tiers de ses

©BIUM

membres, au contraire, n'aurait pas cette prérogative. Donc, non seulement cette liste est loin de comprendre tous les experts de droit, mais encore elle est composée pour une bonne partie de médecins qui ne pourraient l'être.

Il serait donc raisonnable de maintenir la liste des experts de droit en les mettant sur le même pied d'égalité que les autres. Tous les arguments contraires semblent avoir été apportés pour la défense de privilèges menacés par la loi nouvelle. Je serais même partisan d'une mesure qui allongerait la liste des experts de droit en y faisant figurer des membres élus par des sociétés savantes, et — dans l'espèce — par la Société médico-psychologique de Paris.

Il est bon de rappeler ici que la première sous-commission de la commission mixte, chargée d'étudier auprès du conseil général de la Seine les questions intéressant l'hopitalisation des aliénés, a, sur ma demande, émis, le 29 mai 1899, le vœu :

« Que les experts inscrits sur la liste des experts de droit dans le projet de loi de M. Cruppi puissent être choisis librement et sans l'intervention du président du tribunal par le juge d'instruction ou par la défense, s'ils sont résidents dans le département.

« Tous les médecins des asiles de la Seine sont considérés comme résidents dans le département. »

Une autre question importante est celle de l'institution du super-arbitre, que M. Cruppi a rejeté avec raison de son projet de loi, mais dont un groupe de députés ont demandé le rétablissement. Cette institution fonctionne en Allemagne. Voici sur ce sujet quelques renseignements qui m'ont été fournis obligeamment par M. le Dr Näcke, médecin de l'asile de Hubertusburg, près de Leipzig.

Il y a dans chaque pays en Allemagne (notamment en Prusse, en Saxe, en Bavière, dans le Wurtemberg, etc.) un tribunal de super-arbritage, qui fonctionne dans les cas où les experts sont d'une opinion opposée. Ce tribunal s'appelle *Medicinal Colleg* (collège des médecins) et se compose de plusieurs membres, dont chacun représente une des grandes spécialités de la médecine. C'est ainsi qu'il y a un gynécologue, un méde-

©BIUM

cin, un chirurgien, un psychiâtre, un hygiéniste, etc. Les expertises sont données à celui d'entre eux qui est le plus compétent dans l'espèce. Ce dernier lit son rapport devant le tribunal, qui accepte d'habitude ses conclusions. Le rapport qu'on fait parvenir au parquet est alors donné au nom du « Collège médical ». Mais le juge n'est pas tenu d'en accepter les conclusions, quoique après celle-là il n'y ait pas d'autres expertises. A la rigueur, on pourrait cependant s'adresser à un collège d'un autre pays. Les membres de ce collège sont nommés par le gouvernement.

Le juge peut appeler d'abord comme expert un médecin praticien quelconque et n'a pas besoin, par exemple, d'un psychiâtre. Chaque grand parquet a d'ailleurs ordinairement un médecin du parquet qu'il consulte en premier lieu. L'accusé peut aussi demander un expert, ou bien le juge en appelle directement au Collège médical, par exemple dans un cas difficile. En Prusse, chaque province a un Collège médical, et, au-dessus de ceux-ci, il y a, à Berlin, l' « *Obermedicinalcolleg* » dont Virchow fait partie, ainsi que d'autres professeurs de l'Université.

Les inconvénients de l'organisation d'un tribunal de super-arbitrage sont importants : ils vont même jusqu'à annuler tout le bien que l'accusé pourrait retirer de la contre-expertise. Voyons en effet ce qui se passerait dans la pratique. Le juge commet un expert, l'accusé un autre. Jusque-là les droits sont égaux, mais les deux experts ne sont pas d'accord. Un super-arbitre doit les départager. Or, qui nomme le super-arbitre? Est-ce le juge, de concert avec l'accusé? sont-ce les deux experts? Nullement. C'est l'État, c'est-à-dire l'administration qui le désigne à l'avance. On dit donc à l'accusé : « Choisissez un contre-expert qui pourra discuter et combattre les opinions de l'expert de la justice ; mais s'il n'est pas du même avis que ce dernier — et c'est pour permettre aux deux opinions de se manifester et de combattre avec des armes égales que la loi a été faite, — l'opinion qui prévaudra sera l'opinion de la justice. » L'accusé n'a donc que le droit de convaincre. N'est-il pas à craindre que la puissance que tirera l'expert du juge, du droit d'en appeler à une autorité ayant la même origine que la

©BIUM

sienne, le pousse à ne pas tenir suffisamment compte dans la pratique de l'opinion du contre-expert?

On pourrait objecter que le super-arbitre étant une haute sommité scientifique sera impartiale. C'est là une illusion. Du moment qu'il sera nommé par l'État, c'est-à dire par l'administration de la justice, il y aura lieu de craindre qu'il ait été choisi pour ses opinions. Qui ne pense que, de deux aliénistes également instruits, la justice préférera celui des deux qui aura sur la question de la responsabilité l'opinion la plus conforme à l'esprit des juges. Cet homme de science devenu super-arbitre sera certainement de très bonne foi dans ses jugements ; mais on ne peut pas dire qu'il sera impartial au sens objectif du mot. Pour empêcher qu'il soit dépendant de l'administration, on pourrait le faire élire par une assemblée savante. Mais quel corps l'élirait? Serait-ce, à Paris, la Faculté de Médecine, l'Académie, le corps des Hôpitaux ou le corps des experts? Dans ce cas, il serait à craindre que les spécialistes, les seuls réellement compétents, qui sont numériquement très peu représentés dans tous ces corps, soient sacrifiés à des médecins non effectivement spécialisés, mais soutenus par la majorité de leurs confrères.

D'ailleurs les inconvénients signalés plus haut subsisteraient en grande partie. L'accession au tribunal de super-arbitrage — où les fonctions seraient plus ou moins longues — d'un médecin, d'un aliéniste, par exemple, dont les opinions seraient connues, imposerait en quelque sorte une doctrine scientifique officielle. D'autre part, il n'est personne, pas même un spécialiste, qui soit également compétent dans toutes les parties d'un domaine scientifique. Un oculiste très éclairé et jouissant auprès de ses confrères d'une grande et méritée estime peut être moins compétent sur un point qu'un de ses confrères de moindre valeur, mais qui aura fait de ce sujet une étude spéciale. Le super-arbitre aurait donc une compétence générale et pas forcément spéciale sur le point en litige. Or, c'est la seule qui importe pour le triomphe de la vérité.

Il semble donc qu'il n'existe qu'un moyen de parer à tous ces inconvénients, c'est de faire élire pour chaque cas l'arbitre qui devra départager les experts. Dans ce

©BIUM

cas, l'institution du super-arbitre permanent disparaît et on en arrive à l'idée du tiers arbitre. Il ne peut être désigné ni par le juge ni par l'accusé qui sont en quelque sorte parties en cause. D'autre part, les deux experts, n'étant pas d'accord sur le fond, ne le seront pas souvent sur la désignation du tiers expert. Il n'y a qu'une autorité qui ait l'autorité suffisante pour départager les experts, c'est une autorité scientifique, et indépendante. Il est facile de la constituer en créant un conseil des experts médicaux, qui se composerait de tous les experts de droit et de ceux nommés par le tribunal. Pour assurer l'indépendance de ce corps, il faudrait que le nombre de ces derniers fût toujours en minorité. Ce conseil général, dont les membres seraient le plus souvent dispersés dans l'arrondissement, élirait au commencement de chaque année une commission, qui comprendrait autant de membres qu'il y a de spécialités. Cette commission se réunirait sur la demande de l'autorité judiciaire ou à son gré ; ses membres ne seraient pas rétribués. C'est à cette commission qu'il appartiendrait de désigner le tiers expert. Ce serait donc un tribunal de super-arbitrage. Mais il serait élu par les experts et non désigné par l'Etat ; en outre, il ne jugerait pas le fond du débat, mais il choisirait seulement le tiers arbitre ; et encore il ne devrait le faire que sur les noms présentés par les intéressés, de telle sorte que cet expert n'aurait qu'un mandat limité et temporaire.

Quels sont les intéressés qui pourraient proposer le tiers expert? Evidemment chaque expert, et aussi le juge et l'accusé. Car les experts peuvent être d'accord, et le juge ou bien l'accusé ne pas être satisfaits de cette expertise non contradictoire. Ou bien les experts peuvent n'être pas d'accord et chacun d'eux doit pouvoir en appeler seul à un arbitrage. Donc, chaque fois que le juge, l'accusé ou chacun des experts appellerait d'une des expertises, chacune de ces personnes proposerait un tiers expert ; et c'est la commission permanente du conseil des experts qui choisirait un nom sur les quatre proposés.

S'il est bon d'imposer certaines garanties au choix des experts du premier degré, il est inutile de le faire pour les tiers arbitres ; pas plus qu'on impose, dans la

©BIUM

vie privée, des médecins consultants possédant certains titres. Pour sauvegarder les intérêts de la défense ou de la justice, il faut que le tiers arbitre puisse être choisi partout. Le libre jeu de la concurrence et de l'intérêt fera toujours proposer ceux qui auront le plus d'autorité auprès du tribunal, c'est-à-dire les meilleurs. M. le Dr Dubois a proposé à la Chambre des députés un amendement dans ce sens ; mais cet amendement n'a pas été adopté.

M. Cruppi a tranché cette question du tiers arbitrage par l'article ainsi conçu :

« Si les experts sont d'avis opposé, ils désignent un « tiers expert chargé de les départager.

« A défaut d'entente, cette désignation est faite par le président du tribunal ou le président de la juridiction saisie. »

Ce système, qui n'est pas parfait, est sans conteste bien préférable au super-arbitrage.

Voici, pour me résumer, les considérants que l'on pourrait faire valoir à l'appui des deux propositions les plus importantes : l'égalité de droits des deux catégories d'experts et l'institution du super-arbitrage.

1° Egalité de droits des deux catégories d'experts. — *Considérants :* Le droit pour l'accusé de choisir son expert doit pouvoir s'exercer librement si ce choix se fixe sur un expert compétent et honorable et qu'il n'entraîne pas de frais extraordinaires.

Les professeurs et les médecins aliénistes des quartiers d'hospices et des asiles publics présentent la compétence et l'honorabilité requises, puisque la loi votée par la Chambre des députés les juge dignes d'être experts de droit.

Il y a d'autre part intérêt pour la justice à avoir un corps d'experts dont la nomination n'appartienne pas à l'autorité judiciaire et qui soient de ce fait tout à fait indépendants des magistrats.

Par conséquent, les experts inscrits sur la liste des experts de droit dans l'article 1 de la loi doivent être choisis librement et sans l'intervention du président du tribunal, par le juge d'instruction ou par la défense, s'ils sont résidents dans le département.

2° Super-arbitrage. — *Considérants :* L'institution

©BIUM

d'un super-arbitre en médecine mentale aurait pour effet de donner à une opinion scientifique individuelle une autorité prééminente dans les conflits d'expertise.

Cette opinion étant dans les cas particuliers la conséquence des idées générales qu'aurait le super-arbitre sur la responsabilité des aliénés et sur d'autres questions connexes pourraît être préjugée des publications du super-arbitre ; et, dans ces conditions, si le super-arbitre était nommé par l'Etat, il y aurait à craindre qu'il ne fût choisi à cause d'opinions conformes à celles des juges.

De la sorte, lorsqu'il y aurait un conflit entre les experts de l'accusation et ceux de la défense, les premiers en appelleraient à une autorité de même origine et vraisemblablement de même opinion, ce qui rendrait illusoires les garanties que l'accusé croirait pouvoir tenir de l'institution de l'expertise contradictoire.

Même dans le cas où le super-arbitre serait élu par les autres experts, les inconvénients tenant à l'établissement durant une période de temps d'une autorité et par conséquent d'une opinion scientifique individuelle subsisteraient tout entiers ; et il y a tout intérêt au contraire, étant donné que les doctrines en psychiatrie ne sont pas identiques pour tous les aliénistes, à laisser à toutes les opinions le moyen de se produire.

Il y a donc lieu d'écarter l'institution de super-arbitrage en matière d'expertises concernant les aliénés.

Je demande à la Société de vouloir bien adopter ces conclusions sous forme de vœux.

M. Paul Garnier fait observer qu'il n'est pas dans les usages de la Société d'émettre des vœux destinés à être adressés aux pouvoirs publics.

M. Toulouse demande, dans ce cas, la nomination d'une commission à laquelle serait soumis son travail.

Comme il est d'usage de ne pas renvoyer à une commission les communications des membres titulaires, la Société décide que la question soulevée par M. Toulouse restera à l'ordre du jour.

©BIUM

Maladies mentales familiales.

M. TRÉNEL. — La notion d'hérédité familiale, qui a actuellement une si grande importance en neurologie (1), paraît être moins bien définie en pathologie mentale ; le terme même y est peu employé. Cependant, la folie gémellaire, depuis longtemps signalée (2), n'est en somme qu'une forme de psychose familiale, la manifestation la plus singulière à la fois et la plus parfaite de ce mode d'hérédité. Mais elle semble n'avoir attiré l'attention qu'en raison de sa singularité même et de sa rareté, et elle a été décrite à part plutôt comme un fait bizarre et curieux que comme forme morbide particulière. D'autre part, la nature héréditaire et familiale de la tendance au suicide a été pour ainsi dire de tout temps reconnue.

En dehors de ces deux ordres de faits, on n'a guère décrit de maladies mentales familiales. On pourrait sans aucun doute citer maintes observations où se trouve notée la coïncidence d'accidents mentaux similaires chez des frères et sœurs; mais les descriptions en restent toujours plus ou moins sommaires. Cependant, Morel avait indiqué expressément les faits de ce genre qui ne pouvaient lui échapper, et il les étudia dans son chapitre : les folies héréditaires à évolution similaire, où sont notés des cas d'hérédité similaire d'ascendant à descendant et d'hérédité similaire dans une même

---

(1) Pour établir l'histoire des malades antérieurement à l'époque où j'ai pu les observer, j'ai utilisé les certificats des médecins de l'asile de Saint-Yon, MM. Rousselin, Cortyl, Giraud, etc., et les quelques annotations que j'ai pu trouver, en complétant ces données par une enquête rétrospective. Ces observations paraîtront *in extenso* dans la thèse de M. Fouque, à qui je les ai communiquées (*Thèse* de Paris 1899, « Maladies mentales familiales »).

(2) Une revue très complète et un historique de la question se trouvent dans la thèse récente de mon ami le Dr Lorrain : « Contr. à l'étude de la paraplégie spasmodique familiale » (*Thèse* de Paris, 1898). — M. Londe a écrit plusieurs travaux importants sur ce sujet, voir en particulier : « Maladies familiales du système nerveux », *Annales de médecine*, 1895 et *Thèse* de Paris, 1895.

©BIUM

lignée (1). Certains de ces faits ont été enregistrés ensuite d'une façon explicite par M. Doutrebente (2). M. Déjerine a étudié aussi la question (3). Mais c'est, je crois, M. Féré qui a le premier prononcé le mot de maladies familiales (ou fraternelles, terme qu'il préfère) à propos des psychoses. « La folie en général, écrit-il, peut se montrer familiale en dehors de toute hérédité... » (4). Mais il ne cite à ce sujet que la folie gémellaire, la folie suicide et l'idiotie familiale (5). En effet, abstraction faite de ces trois affections, les documents paraissent assez rares et surtout peu coordonnés. Sans faire ici un historique qui serait forcément incomplet, je citerai les seuls travaux d'ensemble que j'aie rencontrés, ceux de Sachs (6), de Sioli (7), de Brunet et Vigouroux (8), de Pain (9), de Bourneville et Séglas. Les deux premiers

---

(1) Mais il est à noter que Morel paraît avoir recherché surtout, et avec une prédilection particulière, les faits d'hérédité dissemblables, soit dans l'hérédité en général, soit chez les individus de même génération ; on en aura la preuve dans l'une des observations, d'ailleurs discutable comme interprétation, qu'il donne dans un de ses articles, « De l'hérédité morbide progressive, ou des types dissemblables ou disparates dans les familles » (*Arch. gén. de méd.*, 1867, p. 576. obs. IV). M. Falret, au cours de la discussion sur les dégénérés, et M. Féré, dans son livre (p. 133. ch. x), sont revenus sur le fait que l'hérédité morbide est surtout une hérédité dissemblable. Les maladies mentales familiales n'en seraient que plus intéressantes à déterminer, ne fussent-elles que des sortes de monstruosités pathologiques.

(2) Doutrebente. Etude généalogique sur les aliénés héréditaires. *Ann. médico-psych.*, 1869, II, p. 196.

(3) Déjerine. *Hérédité dans les maladies du système nerveux*, 1886. Il cite en particulier un cas de *folie puerpérale chez deux sœurs* (cas de Pinard). On peut en rapprocher le cas d'Haunemann : Eclampsie puerpérale chez deux jumelles (*Münch. med. Wochensch.*, 1896, p. 455).

(4) Féré. *La famille névropathique* (p. 98, 2e éd., 1898).

(5) Bourneville et Séglas. Les familles d'idiots. *Arch. de neurologie*, 1885.

(6) Sachs. Une forme d'idiotie familiale avec amaurose, *New-York med. journal*, mai 1896.

(7) Sioli. *Archiv.. f. Psychiatrie*, XVI. Ueber directe Vererbung von Geisteskrankheiten.

(8) Brunet et Vigouroux. Contrib. à l'étude de l'hérédité de l'aliénation mentale. *Congrès des aliénistes*, Clermont, 1894.

(9) Pain. Contrib. à l'étude de la folie héréditaire : folies concomitantes. *Thèse* de Nancy, 1894.

©BIUM

sont des recueils de faits ; dans sa thèse, M. Pain a réuni un certain nombre d'observations doubles ou triples, mais surtout en vue d'étudier et de discuter la question de la folie à deux ; certaines observations de M. Régis (1) sont peut-être à rapprocher des siennes. Mais ce n'est que dans le travail de MM. Bourneville et Séglas qu'un type de maladie mentale a été nettement décrit à titre familial ; je ne fais que citer ici pour mémoire les observations isolées de Wiglesworth (2) de Daraskiewicz (3) et de Homén (4). Cette liste pourrait évidemment être plus complète ; mais il n'y a pas lieu de tenir compte de simples statistiques rencontrées çà et là. Les statistiques sans observations justificatives sont sans valeur, tout au moins sans valeur clinique. Cette critique s'applique par exemple à un vaste travail déjà ancien de Jung (5) où l'auteur s'ingénie à combiner de nombreux chiffres pour indiquer la fréquence et la nature des psychoses chez les individus de même lignée. On en retire pourtant cette notion que la folie périodique est fréquemment une maladie de famille : la chose a d'ailleurs été notée maintes fois et Krœpelin en particulier indique le fait à propos de la folie circulaire.

Les observations que je possède sont d'espèces très différentes : elles portent sur des délires systématisés, des démences, des folies périodiques, des délires aigus. Je les envisagerai au point de vue purement clinique sans chercher à les classifier de quelque façon que ce soit.

Délire systématisé. — La première observation a trait à deux sœurs vivant séparées, chez lesquelles a débuté d'emblée à quarante-deux et cinquante ans un

---

(1) Régis. *Thèse* de Paris, 1882.

(2) Wiglesworth. Four cases of melancholia in one family. *Journ. of ment. sc.*, 1885.

(3) Daraskiewicz. *Thèse* de Dorpat, 1892 (obs. XVI et XVII). Sur l'hébéphrénie.

(4) Homén. Sur une singulière maladie de famille sous forme de démence progressive. *Arch. f. Psychiatrie*, t. XXIV, p. 191, et XXX p. 299.

(5) Jung. Untersuchungen über die Erblichkeit... *Allg. Zeits f. Psych.*, 1864, p. 535.

©BIUM

délire hallucinatoire auditif extrêmement intense. Ce délire hallucinatoire s'est accompagné d'idées de persécution et d'idées de grandeur. Je n'ai observé les deux malades qu'à une période avancée de la maladie : toutes deux étaient alors extrêmement hallucinées et délirantes, mais avaient une allure un peu différente : chez l'une, les idées de grandeur, stéréotypées dès le début de l'affection, étaient plus manifestes : elle se tenait toujours digne et grave comme les vieux délirants systématisés ; l'autre réagissait beaucoup plus violemment contre ses hallucinations de l'ouïe (peut-être avait-elle aussi des hallucinations psycho-motrices) ; les idées de grandeur, pour n'être pas mises autant en évidence par les allures de la malade, n'en existaient pas moins (conviction de posséder une puissance surhumaine). L'identité du mode d'évolution de la maladie se prouve par la présence de néologismes dans le langage des deux malades. J'ai perdu ces malades de vue depuis plusieurs années ; mais les nouvelles que j'en ai reçues par l'intermédiaire de mon collègue et ami Baruk me les donnent comme étant dans un état stationnaire. L'affection a débuté chez l'une et l'autre à un âge assez rapproché et vers l'époque de la ménopause (quarante-deux et cinquante ans). Comme hérédité, il y a lieu de noter que le père et un frère sont morts d'apoplexie, qu'une sœur serait bizarre. Une cousine germaine, débile impulsive, est internée. Le fils de l'une des malades a été interné pour un court accès de délire à la suite d'excès alcooliques.

L'observation LXXXIV-LXXXV de Brunet et Vigouroux pourrait être rapprochée de celle-ci (délire hallucinatoire avec idées de persécution plus ou moins bien systématisées) ; mais la démence paraît y avoir été rapide et profonde, ce qui n'est pas le cas chez nos deux malades, dont les délires restent des plus actifs depuis des années (quatorze et dix-sept ans).

A propos de ces deux malades, je voudrais dire quelques mots de la question de la folie à deux, qui se pose immédiatement dès qu'on parle de malades de même famille, surtout de persécutés. Dans certains cas de folie à deux, difficiles à classer et qui ont donné lieu à discussion, peut-être faut-il voir une combinaison de

©BIUM

maladie mentale familiale et de délire communiqué. Ce serait ainsi que pourraient vraisemblablement être envisagées certaines observations (1). Si les deux malades dont l'histoire vient d'être résumée avaient vécu en communauté, il aurait pu se faire qu'elles eussent un délire commun ; vivant séparées, elles ont fait une maladie identique avec un délire différent. Cette supposition se réaliserait-elle dans certaines circonstances? Dans une observation triple de M. Pain, par exemple ? On y voit, des trois malades atteints d'une psychose assez similaire, les deux qui vivent ensemble faire un délire à deux ; le troisième, au contraire, qui vit à part, fait un délire particulier (obs. I, II, III).

Ce n'est pas ici qu'il sera nécessaire de défendre la folie à deux. Quoi qu'on en ait dit, la vraie folie à deux est bien la folie communiquée, et il n'est point besoin d'autre dénomination (2) ; les cas qui ont été discutés seraient peut-être explicables par la précédente hypothèse.

La *démence précoce ou prématurée* peut n'être bien que le terme de la dégénérescence progressive au sens de Morel. Mais, en tout cas, elle se présente parfois sous forme de maladie familiale (3). Daraskiewicz a observé la démence précoce chez deux frères; Homén a décrit une démence progressive chez plusieurs sœurs et la rapproche de la paralysie générale. Rappelons en passant que la paralysie générale, et en particulier la paralysie générale précoce (Régis), peut prendre la forme familiale (4).

Mes propres observations sont un peu disparates ; je les réunirai cependant sous la même rubrique pour la commodité de la description.

---

(1) En particulier l'une des observations de M. Régis (?).

(2) Les synonymes sont devenus nombreux ; folie à deux, folie communiquée (Lasègue et Falret), folie induite (auteurs allemands), folie simultanée (Régis), folie concomitante (Pain), folie réciproque, etc.

(3) Esquirol cite une famille où sept enfants sont en démence (*Traité*, I, p. 66).

(4) M. Régis (*Ann. médico-psychol.* p. 445, juin 1898) la compare à ce point de vue avec les maladies organiques du système nerveux chez les adolescents.

©BIUM

Dans une première observation, les deux sœurs dont je présente la photographie, après une période délirante sur laquelle les renseignements très exacts manquent, et qui aurait duré deux ans chez l'une, huit à neuf mois chez l'autre, entrent à l'asile à l'âge de vingt-deux et trente ans : elles y sont depuis plusieurs années dans un état de démence apathique entrecoupée d'accès d'agitation. Les observations VII, VIII, IX de M. Pain paraissent se rapporter à des cas analogues, quoique la maladie y ait été moins précoce (trente-six et trente-sept ans). Il en est de même chez deux autres de mes malades dont l'affection a débuté à l'âge de quarante-deux ans. L'une et l'autre paraissent avoir été toujours d'intelligence peu développée (comme on peut en juger par leur facies sur les photographies que je présente) ; mais elles ont pu vivre au dehors, se marier. Chez l'aînée, on porta au début le diagnostic de paralysie générale ; elle a en effet un trouble bien marqué de la parole et ne s'exprime que par monosyllabes peu compréhensibles ; de plus, elle a eu plusieurs petites attaques apoplectiformes avec parésies transitoires. Mais son affaiblissement intellectuel n'est pas progressif ; elle s'occupe dans le service, mais n'a pas d'initiative et oublie facilement les ordres qu'on lui donne. La cadette, entrée avec des accidents de nature alcoolique, est restée très longtemps bien confuse. Actuellement, elle est consciente et elle s'occupe avec une certaine activité ; mais elle aussi, doit être guidée et se montre très oublieuse ; l'affaiblissement intellectuel n'est donc pas profond ; il est peu probable que cette malade puisse arriver à vivre au dehors ; mais, en somme, ces cas restent douteux.

Je réunirai à ces observations celle d'une femme entrée à l'asile à l'âge de trente-six ans pour un accès de délire qui paraît avoir été polymorphe hallucinatoire. Sortie bientôt, considérée comme guérie, elle rentre trois ans plus tard (1893) dans un état qui paraît avoir reproduit le premier accès. Le délire hallucinatoire, surtout auditif, persiste avec alternatives de calme relatif et d'agitation impulsive. L'affaiblissement intellectuel, quoique réel, n'est pas complet, loin de là ; mais la malade est très incohérente dans ses propos. Son fils a été

©BIUM

interné à Gaillon où M. Collin, qui l'a observé, l'a considéré comme atteint d'imbécillité ; il est actuellement à l'asile de Quatre-Mares. La sœur de cette malade a été internée vers le même âge (trente-sept ans) ; elle était, semble-t-il, dans un état de délire hallucinatoire avec alternatives de calme et d'agitation ; plus tard, elle finit par rester dans un état d'apathie avec accès d'agitation impulsive et mourut de marasme sept ans après son entrée. Je ne l'ai pas observée personnellement.

Je citerai encore en passant l'observation d'une femme de cinquante-trois ans atteinte de démence (paralytique ?) à marche lente, dont la sœur est morte il y a plusieurs années à l'asile à l'âge de quarante ans. Cette dernière paraît avoir fait une démence assez rapide, consécutive à un délire hallucinatoire. L'insuffisance des données ne permet pas un diagnostic rétrospectif précis.

La *folie périodique* prendrait fréquemment la forme familiale. Le fait est, nous l'avons dit, connu depuis longtemps. Morel l'a enregistré et M. Doutrebente le note dans sa « Généalogie des aliénés ». Brunet et Vigouroux en donnent un cas (obs. LVI-LVII). Pain en cite plusieurs.

L'apparition du premier accès a lieu parfois à des âges trop différents pour que les observations présentent bien le type de la maladie familiale, dont le début homochrone chez les différents sujets est un des caractères importants. C'est le cas pour deux de mes malades, dont l'une a fait son premier accès à vingt-trois ans et l'autre à soixante et un ans ; une troisième sœur a eu, à quarante-deux ans, un accès maniaque resté unique, paraît-il. A la même catégorie appartiendrait (?) l'observation de deux sœurs entrées à l'asile, l'une à l'âge de vingt ans, l'autre à l'âge de quarante et un ans. La première, après des accès successifs d'agitation et de stupeur, est restée dans la démence stupide depuis des années. Elle est à l'asile depuis 1871. L'autre, entrée en 1893, a fait une série d'accès d'agitation et de stupeur séparés par de courts intervalles lucides, mais où la malade se montre mentalement affaiblie. Elle meurt d'infection urinaire au cours d'un de ces

©BIUM

accès de stupeur, à quarante-cinq ans, quatre ans après son entrée. Je rappellerai une observation analogue qui a paru dans une note antérieure (1). Il s'agit de folie intermittente ayant débuté à vingt-quatre ans chez une malade, à quarante-quatre ans chez l'autre. Dans tous ces cas, on peut toujours se poser la question de savoir s'il n'y a pas eu des accès frustes, dont ni la malade ni son entourage ne se sont rendu bien compte, et la différence d'âge du début est peut-être parfois plus apparente que réelle.

Mais dans une autre observation dont le début remonte loin, car les malades datent du temps de Morel (cette observation paraît s'identifier avec une des observations de M. Doutrebente), la marche de la maladie a été identique et la folie circulaire a commencé chez les deux malades à l'âge de dix-huit ans. Chez toutes deux, les périodes dépressives s'accompagnent d'idées de suicide intenses (2). Ces périodes, très régulières au début, et assez courtes, sont devenues plus longues et plus irrégulières. Les deux observations sont le calque l'une de l'autre pour ainsi dire. L'hérédité de ces malades est chargée : leur père a été interné et a disparu (suicidé?). Je puis mettre sous vos yeux les photographies de ces deux malades. Chez deux autres sœurs, la maladie a débuté à vingt et un et trente ans. Chez toutes deux il s'agit de délire hallucinatoire avec accès d'agitation et confusion mentale. Chez la première, dont la maladie a débuté de façon plus précoce, les accès, francs et bien plus intenses, ont chaque fois déterminé l'internement. La seconde n'a encore eu qu'un accès intense pour lequel elle a été placée à l'asile ; revenue dans sa famille, elle y aurait, autant que mes renseignements me permettent de l'affirmer, de petits accès frustes. Peut-être était-elle malade avant

(1) Note sur le délire des négations, *Arch. de neurologie*, juillet 1898.

(2) Certains cas de « folie du suicide » héréditaire ne sont probablement que des cas de folie périodique. Cette observation en est un exemple. Le fait important au point de vue clinique est la périodicité des accès dont l'idée de suicide est l'un des symptômes.

©BIUM

le premier accès qui a déterminé son entrée à l'asile, mais sans que la famille ait pu me l'affirmer. Sans les faire rentrer dans la folie périodique, je citerai encore deux malades qui toutes deux ont fait un accès de délire hallucinatoire vers l'âge de quarante ans. Toutes deux ont guéri en quelques mois. Toutes deux ont eu, au moment même de la ménopause, à cinquante-quatre ans, un nouvel accès plus court où se sont reproduits, chez l'une d'elles surtout, les symptômes de la crise précédente.

Pour terminer, j'indiquerai la curieuse coïncidence, que j'ai notée à deux reprises, du délire aigu chez des frères et sœurs. Je passe sous silence un cas où une seule des malades tomba sous mon observation. L'autre cas est très remarquable. Une femme, âgée de vingt-huit ans, entre en 1893 à l'asile Saint-Yon en état de délire hallucinatoire. Après avoir présenté des phénomènes généraux graves, elle revient brusquement à la santé au bout de dix mois. Elle rentre cinq ans plus tard (1898) dans un état de délire aigu et meurt en quelques jours ; elle présenta, les derniers jours, des signes d'endocardite. Dix-huit mois avant sa deuxième entrée, sa sœur, âgée de vingt-quatre ans, était morte à l'asile de délire aigu après six jours de maladie. Elle avait été opérée deux mois auparavant de la cataracte. Une troisième sœur vient d'entrer, il y a quelques jours, dans un état de confusion hallucinatoire et a guéri en une semaine. Un de leurs frères m'a paru être un neurasthénique et présente quelques stigmates physiques (qui manquent chez les sœurs). La mère est devenue aliénée à la suite d'un dernier accouchement.

De ce résumé des observations que j'ai réunies ne se peuvent guère tirer des conclusions bien précises. L'hérédité familiale pure est plus difficile à mettre en évidence dans les maladies mentales que dans les maladies nerveuses ; mais on ne peut s'attendre à rencontrer dans les symptômes psychiques analogues de plusieurs malades la même ressemblance, parfois presque schématique, qu'on rencontre dans les symptômes physiques de certaines maladies nerveuses familiales. Cependant cette forme d'hérédité n'en semble pas moins exister dans celles-ci. D'ailleurs il peut y avoir des types de pas-

©BIUM

sage, des affections combinées où la forme familiale se retrouve et dans les symptômes mentaux et dans les symptômes physiques. J'observe un fait de ce genre, très caractéristique, dont j'ai communiqué ailleurs l'observation (1). Il s'agit de deux sœurs qui ont présenté une psychose menstruelle périodique à l'époque de la puberté, pour tomber rapidement dans la démence précoce. Actuellement, ces malades, âgées de quarante-huit et cinquante ans, démentes apathiques, ont encore des accès intermittents d'agitation ; mais, de plus, elles offrent un ensemble de symptômes cérébraux et médullaires qui, sans constituer une véritable paralysie spasmodique, n'en est pas moins à rapprocher de la paralysie spasmodique familiale. La combinaison des symptômes physiques et psychiques est trop identique chez les deux sœurs pour qu'on puisse y voir la coïncidence fortuite de deux affections différentes. Il semble d'ailleurs qu'on a exagéré la rareté des troubles mentaux dans les maladies nerveuses familiales (2). On y constate souvent, soit une apathie bien proche de l'affaiblissement intellectuel, sinon de la démence, soit de véritables troubles mentaux (comme dans la maladie de Friedreich et dans la chorée d'Huntington).

Toutes ces observations ne paraîtront peut-être pas absolument probantes ; sur certaines malades je n'ai eu que des renseignements rétrospectifs ; pour d'autres, les renseignements, sur l'hérédité en particulier, sont restés incomplets. Mais on sait la difficulté que l'on éprouve à recueillir des observations portant sur de longues années et sur des générations de malades (3). Il faudrait

---

(1) *Société de biologie*, 29 juillet 1899.

(2) C'est là, par exemple, l'opinion émise par Lorrain dans sa thèse, *loc. cit.*, p. 60.

(3) Le travail de Sioli est le modèle du genre. Ce n'est que par des recueils semblables de faits qu'on arrivera à connaître les lois de l'hérédité des maladies mentales ; la détermination de ces lois serait particulièrement intéressante dans le cas qui nous occupe, d'autant plus que, comme l'a dit M. Brissaud à propos des maladies nerveuses, « les maladies familiales n'obéissent pas aux mêmes lois causales que les maladies héréditaires ». (L'œuvre scientifique de Duchenne (de Boulogne). *Congrès de Boulogne*. 21 sept. 1899. *Revue scientifique*, 7 oct. 1899, p. 457.)

©BIUM

la collaboration continue de générations de médecins. Mais, telles qu'elles sont, ces observations m'ont paru pouvoir être utilisées, ne fût-ce que pour une ébauche de la question.

La détermination de types familiaux n'est d'ailleurs pas sans intérêt pratique : elle permettrait de formuler certains pronostics, comme celui qu'on peut établir quand, dans une famille, on voit apparaître une maladie de Friedreich par exemple ; le médecin sait dès lors quelle fatalité, définie d'une façon très précise, pourra peser sur les individus de la même génération. On retrouvera l'analogue en médecine mentale : témoin l'observation de deux sœurs que j'ai vues à quelques mois d'intervalle. L'une d'elles a fait un accès d'excitation maniaque dans un autre asile ; elle entre récemment à Saint-Yon pour un accès qui paraît identique au premier, d'après les renseignements que je dois à l'obligeance de M. le Dr Lhomond, médecin de l'asile de Saint-Lô. Quelques mois auparavant, sa sœur était entrée à l'asile Saint-Yon dans un état d'excitation maniaque intense d'un pronostic difficile. L'aspect clinique des deux malades est identique, et j'ai dès maintenant la conviction d'avoir le droit de prévoir aussi la récidive future chez la plus jeune des deux malades.

Il y a donc là à étudier un chapitre intéressant et encore mal établi de pathologie mentale : parmi les troubles psychiques variés que peuvent présenter des malades d'une même lignée, y a-t-il des formes morbides qui doivent être différenciées comme maladies mentales familiales? Doit-on décrire à part certaines de ces psychoses qui, comme l'a si bien dit Morel (1), « semblent résumer en une seule entité morbide la folie de plusieurs membres d'une même famille » ?

M. Doutrebente. — M. Régis a déjà développé cette idée dans sa thèse de doctorat sur la folie à deux.

M. Toulouse. — On n'a pas encore suffisamment étudié la part de la contagion psychique dans ses rapports avec le terrain.

M. Arnaud fait observer que c'est au contraire cette

(1) Morel. *Traité des maladies mentales*, p. 535.

©BIUM

question de la contagion qui a été spécialement étudiée dans le remarquable travail de Lasègue et Falret sur la folie à deux.

Sur sa demande, la question des maladies mentales familiales, soulevée par M. Trenel, est maintenue à l'ordre du jour.

La séance est levée à 6 heures.

René Semelaigne.

©BIUM

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société médico-psychologique de Québec.

Séance du 22 juin 1899.

I. — *Observation d'un morphinomane accusé de vol ;* par le Dr Villeneuve. — J'ai l'honneur de présenter à la Société l'observation d'un morphinomane, A... B..., inculpé de vol devant une cour de justice et dont j'ai fait l'examen il y a déjà quelque temps.

L'expertise de l'état mental de A... B..., avait été ordonnée à la demande de personnes de sa connaissance, qui avaient représenté au tribunal que A... B... était adonné à l'usage abusif de la morphine, et qu'il était ainsi devenu morphinomane.

De ce chef, on alléguait qu'il pourrait bien être irresponsable, ou seulement que partiellement responsable.

Je dois ajouter que A... B... était mal noté devant le tribunal et dans les cercles de la police.

Ainsi, on m'informa qu'il avait déjà été impliqué dans une affaire de tentative d'escroquerie très compliquée. On me dit aussi qu'il ne menait pas une existence très laborieuse, que ses moyens d'existence n'étaient pas évidents, etc., etc. En somme, on paraissait le considérer, non sans apparence de raison, comme un vulgaire criminel.

Cependant, on n'avait jamais, avant cette dernière affaire, la seule qui ait amené une arrestation, mis en doute ni la sanité d'esprit, ni la responsabilité du prévenu. Aussi le tribunal se montra-t-il très susceptible à l'égard de l'allégation de ses amis.

J'en fus moi-même fort étonné ; car je connais A... B... depuis plusieurs années, je l'ai eu souvent sous les yeux, je l'ai rencontré plusieurs fois et j'ai même quelquefois causé assez onguement avec lui. Je n'ai jamais rien remarqué d'anormal

©BIUM

chez lui, ni même rien de particulier, dans son langage ou sa tenue, qui pût me faire douter de l'intégrité de ses facultés.

A... B... était accusé d'avoir dérobé des effets de commerce chez un marchand. Antérieurement à son arrestation, il avait visité cet établissement plusieurs fois et sous divers prétextes. Comme chacune de ses visites avait coïncidé avec la disparition de quelque objet, il était fortement soupçonné et on avait organisé à son égard une surveillance toute spéciale. L'arrestation avait été opérée dans le magasin. Il avait été surpris au moment où il cachait sous son pardessus un objet qu'il venait de s'approprier et avait été arrêté sur le fait. La matérialité du délit n'était donc pas douteuse, le tribunal en était convaincu; il ne restait plus qu'à l'éclairer sur la responsabilité du prévenu.

Dans cette affaire, c'est l'influence de la morphine surtout qui était en cause, et c'est à ce point de vue que j'ai trouvé intéressant de rapporter l'observation.

En effet, les psychoses, c'est-à-dire les perversions propres de l'intelligence qui constituent la folie, prêtent peu à la discussion. Elles sont ou elles ne sont pas; que la maladie soit aiguë ou chronique, qu'elle se montre par paroxysme ou qu'elle soit permanente, elle se manifeste par des symptômes particuliers, se constate par eux, et entraîne l'irresponsabilité. Il en est autrement des intoxications, où les troubles intellectuels sont relatifs et n'apparaissent pas nécessairement, où les accès sont intermittents, séparés par des intervalles de lucidité complète, sous la dépendance de l'action ou de la privation de l'agent, et où la responsabilité est sujette à des appréciations diverses et subordonnée à d'autres questions que l'on peut appeler préjudicielles. C'est-à-dire que, dans le cas actuel, l'on pouvait se demander non seulement si l'inculpé était aliéné, mais si ses facultés avaient subi un obscurcissement complet au temps de l'action de par le morphinisme et si c'est bien le morphinisme seul qui était en cause, c'est-à-dire s'il était ou n'était pas libre de ne pas se morphiniser ; s'il s'est morphinisé en vertu d'une prédisposition spéciale, d'une impulsion irrésistible, d'un entraînement ; s'il était en possession de son libre arbitre lorsqu'il a succombé à son penchant.

Très souvent, lorsque l'expert est appelé, les troubles sont disparus omplètement ou atténués dans une large mesure. L'expert, qui n'est plus un témoin, ne dispose que de renseignements

©BIUM

douteux, et son enquête rétrospective n'a pas la certitude que comporte une constatation directe.

En tenant compte de toutes ces difficultés, voici en substance le rapport que j'ai présenté au tribunal.

Chez A... B..., l'abus de la morphine remonte à quelques années, mais n'est pas habituel. Il a déjà eu deux accès, pendant lesquels il a été traité par un médecin et dont il a guéri grâce à ses soins. Il a alors présenté des symptômes de morphinisme grave, compliqué probablement par l'usage de la cocaïne : délire, hallucinations et même tendance au collapsus, tellement qu'une fois le prêtre a été appelé à son chevet. L'accès actuel remonte à quelques mois, il a débuté par l'usage médical de la morphine au cours d'une affection chirurgicale; mais il n'a pas tardé à dégénérer en abus et s'est prolongé au delà de la guérison de l'affection chirurgicale. Les deux accès antérieurs ont débuté dans des circonstances analogues.

Cet accès, d'après la déclaration de A... B..., ne paraît pas avoir été aussi grave que les autres ; dans les derniers temps, l'inculpé prenait six grains par jour, en deux doses. Il avait, au cours de cet accès, mais antérieurement au délit, pris de plus fortes doses et avait éprouvé des symptômes d'intoxication : ivresse, hallucinations désagréables de la vue, etc.

Depuis le moment de son arrestation, A... B... est privé de morphine; il présentait au moment où je l'ai examiné les phénomènes non douteux de la suppression brusque et de l'abstinence forcée de la morphine. Il était déprimé, faible, émotif, il éprouvait un sentiment de malaise et d'inquiétude, une sensation de vide dans la tête, des crampes et des douleurs dans les membres, il souffrait de diarrhée abondante, de sueurs profuses et d'insomnie. Tel est l'état dans lequel j'ai trouvé A... B..., lors des visites que je lui ai faites à la prison où il est détenu.

En dehors de ces phénomènes, il ne présentait aucun trouble mental proprement dit, pouvant indiquer chez lui l'existence d'une forme quelconque d'aliénation mentale, et il n'apparaît pas par l'examen que je lui ai fait subir, ni d'après ses antécédents, qu'il en ait jamais présenté à aucun moment de sa vie.

A... B... n'est donc pas aliéné actuellement et tout porte à croire qu'il ne l'a jamais été.

Tout se résume donc dans l'appréciation de l'action que le morphinisme a pu exercer sur son intelligence et sa responsabilité,

©BIUM

d'une manière générale et particulièrement surtout au moment où le délit a été commis.

Or, voici, d'après un auteur qui a écrit spécialement sur le sujet, les idées généralement reçues sur la morphinomanie :

« Le morphinomane arrive rapidement à commettre des actes indélicats ou délictueux sans comprendre la portée de ce qu'il fait; il existe certainement chez lui, soit à une période avancée de l'habitude, soit au moment de l'abstinence, une diminution réelle du libre arbitre. La volonté paralysée cesse de se révolter contre certaines tendances vicieuses ou criminelles. Au point de vue de la responsabilité légale, il faut savoir pertinemment si le délinquant était à jeun de son stimulant, au moment du crime, ou non, et le degré de son habitude. Dans le cas d'intoxication morphinique prolongée, alors que l'imprégnation morphinique a altéré le fonctionnement cérébral, lorsqu'il est constaté qu'elle a créé un affaiblissement intellectuel et une diminution du sens moral, l'atténuation de la responsabilité sera admise comme une règle presque absolue.

« Quand l'acte délictueux ou criminel sera le fait d'un morphinomane poussé par le besoin, etc., on le considérera comme une impulsion pathologique, et on accordera l'irresponsabilité entière. Dans l'état de delirium tremens morphinique, le morphinomane devra être considéré comme un véritable aliéné. »

Il est facile d'après ces données d'apprécier la responsabilité de A... B... Il est incontestable que le morphinisme n'a pas altéré l'intelligence de A... B... d'une manière permanente, sa conversation est cohérente et rationnelle, les détails qu'il m'a donnés sur son existence sont précis et il m'a paru être aussi intelligent que la majorité des gens de sa classe, de son éducation et de sa profession.

A... B... est donc suffisamment intelligent pour apprécier d'une manière générale la valeur morale de ses actes et en connaître la responsabilité pénale. En dehors des phénomènes directement sous la dépendance de la morphine, il n'a jamais présenté aucun trouble intellectuel. A... B... n'est pas un aliéné.

Reste à apprécier l'effet de la morphine en rapport avec le délit incriminé.

Lors du délit incriminé, A... B... n'était ni déprimé ni excité, rien d'anormal dans sa tenue, son maintien, ses discours n'a attiré l'attention. Il n'était donc pas en état de delirium tremens morphinique. D'ailleurs, d'après ses propres déclara-

©BIUM

tions, il n'en avait pas eu d'atteintes depuis un certain temps avant son arrestation.

Il n'apparaît pas non plus qu'il fût inconscient. En effet, A... B... est accusé d'avoir dérobé certains articles de commerce, chez un marchand, à l'étalage intérieur. Des témoins oculaires attestent la matérialité du fait. A... B... donne une version identique de tous les incidents qui ont précédé, accompagné et suivi l'arrestation, contemporaine du délit, avec cette différence qu'il nie sa culpabilité. Il affirme que les objets que l'on a cru voir tomber de dessous son pardessus, lorsqu'on lui a commandé de l'ouvrir, sont tombés en réalité de la table à échantillons. Il y a là une divergence qui peut mettre en cause la véracité des parties, mais non pas la conscience du prévenu. En effet, il s'est parfaitement rendu compte de toutes les circonstances du fait, mais il les dénature pour tâcher d'établir son innocence. La conscience est la faculté qui permet à l'homme de prendre connaissance d'un fait au moment où il se passe. La mémoire est la faculté de se rappeler un fait en le rapportant à l'époque à laquelle il a eu lieu. Mais la mémoire ne peut s'exercer qu'autant qu'il y a eu connaissance, c'est-à-dire conscience du fait. Le prévenu se rappelle, donc il y a eu connaissance. Comme la connaissance implique la conscience, on peut affirmer que A... B... n'était pas inconscient lors du délit incriminé. Le délit incriminé n'est pas l'acte non plus d'un morphinomane poussé par le besoin, il avait pris sa dose quotidienne de morphine, il était en état d'euphorie, c'est-à-dire de satisfaction. Il avait sur lui une certaine somme d'argent, il ne pouvait donc pas craindre de manquer immédiatement de morphine; de plus, il était sur la fin de l'accès, le besoin était moins aigu, puisqu'il avait diminué considérablement de lui-même la dose qu'il prenait au début.

A... B... ne paraît pas avoir cédé en se morphinisant à un penchant irrésistible, puisque les accès ont débuté dans des circonstances produites à la suite de l'usage médical. La morphine n'a pas agi d'une manière spéciale, puisque les phénomènes toxiques ne sont apparus qu'à l'occasion de fortes doses et d'un usage prolongé. Appréciant ainsi l'état mental du prévenu au point de vue spécial du morphinisme, il m'est impossible de conclure de ce chef à l'irresponsabilité absolue.

Les amis du prévenu le représentent comme un déséquilibré; mais ils n'ont apporté à l'appui aucun fait probant. Il est bon de dire que les déséquilibrés versent facilement dans tous les

©BIUM

excès et qu'ils sont les plus nombreux parmi les victimes des intoxications diverses.

Il me semble que les conclusions suivantes se dégagent de l'étude que je viens de faire :

1° Rien ne prouve que le prévenu soit devenu fatalement morphinomane ;

2° Il n'est pas démontré qu'il fût aliéné au moment du délit incriminé, ni qu'il l'ait jamais été ;

3° Il n'est pas prouvé non plus qu'il fût intoxiqué par la morphine au point d'avoir perdu conscience de ses actes.

L'acte qu'il a commis ne présente pas les caractères d'un acte pathologique. Krafft-Ebing, dans son *Traité clinique de psychiatrie*, dit que « le morphinique est un homme sans force de caractère, sans énergie, faible de volonté, un homme auquel il faudrait, *in foro criminali*, toujours accorder le bénéfice des circonstances atténuantes. » C'est une opinion que l'honorable juge pourrait appliquer au prévenu dans l'application de la peine, sous le contrôle des renseignements judiciaires qu'il possède sur ses antécédents.

Il est certain que l'usage de la morphine abaisse plus souvent le ton moral de l'individu qu'il n'affecte son intelligence.

Je dois dire en terminant à l'honorable juge qu'il a actuellement devant lui un malade, et il est du devoir du médecin de réclamer pour lui la plus large part d'indulgence.

Comme conséquence du rapport, le tribunal a accordé au prévenu le bénéfice des circonstances atténuantes et ne lui a appliqué qu'une peine légère.

II. — *Mal perforant buccal ;* par le Dr Chagnon. — J'ai l'honneur de vous présenter un cas d'une affection décrite par M. Raoul Beaudet, sous le nom de « mal perforant buccal » (*Thèse* de Paris, 1898). Cette maladie, d'une évolution plus ou moins rapide, se caractérise essentiellement par l'ébranlement et la chute des dents, la résorption alvéolaire, l'ulcération gingivale, la perforation et parfois la nécrose du maxillaire. M. Beaudet rapporte sept cas de perforation, dont trois lui sont personnels.

Depuis, M. Letulle a publié dans la *Presse médicale* (2 avril 1898) une nouvelle observation de cette singulière affection.

Je me permettrai de vous résumer l'histoire du malade que j'ai eu l'avantage d'observer.

O... G... est actuellement âgé de quarante-quatre ans. Il y

©BIUM

a près de dix ans, il aurait pris une syphilis, qu'il aurait traitée plus ou moins régulièrement. Deux ans plus tard, il se mariait et avait des enfants indemnes. Il ne faisait pas d'excès de liqueurs alcooliques. En juin 1895, il était admis à Saint-Jean-de-Dieu, présentant une excitation maniaque intense que nous avons traitée par l'alitement. Après deux mois, l'excitation disparaissait, et les symptômes physiques et psychiques de la paralysie générale, jusque-là masqués par l'état maniaque, commencèrent à se manifester ouvertement : embarras de la parole, tremblement fibrillaire de la langue, idées de grandeur et de richesse, et, couronnant le tout, un état démentiel.

La maladie poursuivit son évolution sans incidents remarquables jusque vers septembre 1897. A cette époque, l'on attira mon attention sur l'état de son système dentaire. L'examen me fait voir que les deux incisives, la canine, les deux pré-molaires et la première molaire du maxillaire supérieur gauche sont très ébranlées et je n'ai qu'à les cueillir. Toutes ces dents étaient absolument saines. L'ulcération, consécutive à la chute des dents, et qui intéresse en surface le bord alvéolaire, ne guérit pas. Vers la mi-septembre se détache le séquestre que je soumets à votre examen. Comme vous pouvez le voir, le travail de résorption alvéolaire n'est pas encore très avancé. La voûte palatine, constituant le bord antérieur du sinus maxillaire, fait aussi partie du séquestre, et il existait ainsi un large orifice de communication entre le sinus et la cavité buccale. Deux mois plus tard, l'ulcération était cicatrisée.

Etat actuel. — A la mâchoire inférieure, toutes les dents sont saines, il n'en manque aucune. Les deux pré-molaires et la canine droite de la mâchoire supérieure sont cariées; les deuxième et troisième molaires gauches, ainsi que la première molaire droite, sont ébranlées, mais sont parfaitement saines. Il n'existe pas de pyorrhée alvéolaire. Il n'existe plus de traces de l'ulcération, moins cependant un petit point qui n'admet pas le stylet. Il est impossible de rechercher la sensibilité, vu l'état démentiel profond du malade, qui le rend incapable de comprendre les questions posées. L'état physique est encore bon. Il y a seulement faiblesse des jambes.

J'attirerai l'attention snr l'évolution rapide de l'affection : moins de deux mois après la chute des dents, se détachait le séquestre, ce qui expliquerait le degré peu avancé de résorption alvéolaire. Mais, d'un autre côté, la maladie continue sans aucun doute à évoluer, si l'on prend en considération que les

©BIUM

deuxième et troisième molaires gauches, et la première molaire droite, sont actuellement ébranlées. Il sera, je crois, intéressant de suivre les étapes successives de cette affection.

E.-P. CHAGNON.

JOURNAUX FRANÇAIS

ANNÉE 1897

Archives de Neurologie.

I. — *Des psychoses religieuses à évolution progressive et à systématisation dite primitive;* par les Drs A. Marie et Ch. Vallon (numéros de décembre 1896 et de janvier et mars 1897). — Dans ce mémoire, extrait d'un ouvrage plus étendu, MM. Marie et Vallon étudient le délire chronique de forme religieuse, que l'on pourrait appeler *délire du moyen âge* par opposition au *délire moderne*.

Il y a deux sortes de démonomanes : 1° les *possédés* appartenant au groupe mélancolique, qui croient avoir le diable dans leur corps; 2° les *obsédés*, qui n'ont avec lui que des rapports externes. Ce sont ces derniers qui répondent au programme des auteurs. La distinction au début n'est pas facile, car les troubles de la sensibilité générale et viscérale, communs aux deux catégories, peuvent être assez accentués pour simuler des phénomènes de possession vraie chez les obsédés religieux. Toutefois ces derniers trouvent toujours moyen de se défendre des attaques dont ils se croient l'objet. Chez les mélancoliques, il n'y a pas d'idée d'attaque et, par suite, de défense; leur personnalité ne tarde pas à être dédoublée; celle des autres reste intacte: « Il faut bien distinguer le vrai dédoublement de la personnalité, qui se produit chez le mélancolique possédé par deux puissances contraires. Ce dédoublement subjectif des vrais possédés est bien différent du dédoublement apparent, objectif, des persécutés mystiques à hallucinations dialoguées ou idées de sens contraire. Chez ces derniers, tout se passe en dehors d'eux, dans le monde extérieur. »

Contrairement à ce qui se produit dans le délire chronique ordinaire, on constate chez les persécutés mystiques, la prédo-

©BIUM

minance d'hallucinations visuelles sur les troubles auditifs. Ces hallucinations visuelles diffèrent extrêmement de celles de l'alcoolisme ; elles sont de deux ordres : *terrifiantes* ou *consolantes*.

Au début, les hallucinations effrayantes de l'obsession démoniaque prédominent ; mais, avec le temps, elles s'effacent devant les hallucinations extatiques. La phase théomaniaque est alors constituée. Le moi est dédoublé, ou plutôt à la personnalité primitive du malade s'ajoute une personnalité nouvelle. Tantôt il conserve la notion de son unité et se croit un intermédiaire entre Dieu et le genre humain, tantôt les deux personnalités fusionnent et il croit à une sorte d'incarnation en lui du principe divin.

Par de nombreux exemples empruntés à la clinique ou à la littérature diabolique, MM. Vallon et Marie s'efforcent d'élucider complètement ce type intéressant de délire partiel. Ils montrent que, comme le délire systématisé ordinaire, il peut aboutir à la démence, mais après un très long délai seulement. Enfin, ils terminent leur travail en signalant les formes frustes écloses sur un terrain dégénératif, qu'il importe de séparer de la forme légitime et qui obéissent à une évolution toute différente.

II. — *L'obsession de la rougeur* (*éreuthophobie*) ; par les Drs A. Pitres et E. Régis (numéro de janvier). — La rougeur émotive du visage s'accompagne habituellement d'un sentiment de trouble et de confusion. Parmi les individus sujets à rougir, les uns ne sont que gênés ; d'autres, en dehors du phénomène, y pensent et en appréhendent le retour ; certains en sont assez troublés pour y penser sans cesse, provoquer ainsi le retour incessant de la rougeur, et être contraints à un isolement complet, tant ils sont rendus malheureux et par la crainte de rougir et par la rougeur elle-même qui survient aussi souvent que revient l'idée du phénomène morbide. Le troisième degré seul est pathologique. Les auteurs en quelques années en ont observé huit cas remarquables. Tous leurs sujets étaient à la fois des héréditaires et des neurasthéniques constitutionnels. Tous se souvenaient d'avoir rougi dès l'enfance ; mais ils n'en ont été troublés que vers la puberté. Chez tous, par les froids secs de l'hiver et les grands soleils de l'été, l'infirmité s'atténue ; elle augmente au contraire par les temps chauds, humides et orageux. Ils sont mieux le matin que le soir. Pénétrer dans un lieu public, parler ou agir devant du monde est pour eux une difficulté très grande. Si on a l'air de les regarder, ils se trou-

©BIUM

blent et rougissent aussitôt. Ils sont poursuivis dans toutes leurs démarches par cette obsession : « Si tu allais rougir, quel ennui ! »

Cette pensée précède invariablement la crise, qui est annoncée par des troubles nerveux variables selon les sujets. La rougeur est plus ou moins vive suivant les cas ; une sueur plus ou moins abondante marque la dernière période de la crise qu'accompagne un état mental spécial (confusion, irritation, colère, *furor brevis*). Presque tous prennent texte de leur infirmité pour se livrer à la rumination psychologique dans l'intervalle des crises. Le moyen qu'ils emploient le plus volontiers pour combattre et dissimuler leur rougeur, c'est de boire (eau-de-vie, rhum, absinthe), et certains finissent par s'intoxiquer.

L'obsession de la rougeur est des plus tenaces. Rien ne réussit contre elle. Si l'hystérie coexiste, il faut tenter le traitement psychique.

A propos de la physiologie pathologique de ce syndrome, les auteurs invoquant la théorie de James-Lange sur l'émotion, émettent l'idée que le trouble vaso-moteur (rougeur) en est le phénomène primordial, et que le phénomène émotif (confusion) et le phénomène intellectuel (idée fixe) en dérivent successivement. Ils reconnaissent que, toutefois, c'est un état psychique bien complexe dont l'interprétation peut donner matière à discussion.

III. — *Sur les hallucinations symboliques dans les psychoses et dans les rêves des sourds-muets ;* par le Dr Sanjuan (numéro de mars). — Le sourd-muet, considéré anthropologiquement, est un membre de la famille des dégénérés ; ses psychoses sont celles des dégénérés ; mais comme, au point de vue du langage, il ne peut être un auditif, il n'aura pas d'hallucinations auditives. Ces dernières seront remplacées par des hallucinations visuelles symboliques, c'est-à-dire par la vue de personnages exécutant une mimique expressive. Les symboles dont se servent ces personnages ont pour lui la même valeur qu'ont pour d'autres malades les paroles.

On manque de preuve directe de ce fait, les psychoses des sourds-muets n'ayant pas été étudiées ; mais le délire et le rêve étant presque identiques, on peut en inférer que ce qui se passe dans le rêve se passe aussi dans le délire. Or, dans le rêve, les sourds-muets ont autant de groupes d'hallucinations verbales que d'images acquises. Aux uns, les fantômes du rêve parlent avec un mouvement des lèvres ; aux autres, par le langage

©BIUM

manuel, ou encore par une mimique conventionnelle. Un sourd-muet alcoolique, non éduqué, voyait des hommes vêtus de rouge, qui, au moyen de gestes, le menaçaient de l'étrangler ; ce geste a, dans l'espèce, un caractère symbolique et la valeur d'une expression verbale.

IV. — *Des troubles du goût et de l'odorat dans le tabes ;* par le Dr M. Klippel (numéro d'avril). — Le tabes affecte un système physiologique, celui de la sensibilité générale et spéciale. De là des déterminations fréquentes et variées sur les nerfs des muqueuses linguale et pituitaire, c'est-à-dire sur les nerfs de l'olfaction et du goût.

Ces troubles reconnaissent pour cause, soit une lésion des nerfs de la sensibilité spéciale, du glosso-pharyngien et de l'olfactif, soit une lésion des branches du trijumeau qui commandent la nutrition des muqueuses pituitaire ou linguale ; soit peut-être un trouble primitif du sens musculaire entraînant le dégoût. Lorsqu'ils sont très marqués, ils s'associent toujours à d'autres troubles bulbaires. Ces symptômes olfactifs (anosmie à divers degrés, perversions de l'odorat, hallucinations olfactives) et les symptômes gustatifs (abolition, perversion, hallucinations du goût) sont importants au point de vue de la psychiatrie, ils alimentent le délire de persécution tabétique.

V. — *Sur la période terminale de la paralysie générale et sur la mort des paralytiques généraux;* par le Dr J.-L. Arnaud (numéro de juin). — Depuis Bayle et Calmeil, tous les auteurs qui ont écrit sur la paralysie générale ont admis que le paralytique succombait uniformément dans le marasme, après une longue période de gâtisme et de décubitus. Cette manière de voir est beaucoup trop exclusive. M. Arnaud a constaté que plus de la moitié des paralytiques qu'il a traités étaient morts *debout*, c'est-à-dire avant l'invasion de la troisième période. Il lui paraît évident que les ictus cérébraux jouent un rôle prépondérant dans la mort des paralytiques, et enfin que les troubles trophiques ne sont pas une conséquence nécessaire de la maladie et qu'on peut en empêcher la production.

VI. — *Un cas de gliome volumineux du cervelet* (*symptômes de compression et phénomènes hallucinatoires*) ; par les Drs Trénel et Antheaume (numéro de juillet). — La tumeur volumineuse était située entre le côté gauche de la protubérance, le bord interne du lobe temporo-sphénoïdal et le bord antérieur du cervelet dont elle émanait. Outre le syndrome cérébelleux, le malade avait présenté à une époque postérieure des troubles

©BIUM

mentaux : poussée brusque de délire mélancolique avec tentative de suicide et des hallucinations auditives et visuelles. Les hallucinations auditives se sont montrées d'une manière précoce et transitoire, elles ont coïncidé avec une diminution de l'ouïe à gauche, par suite d'une otite moyenne de ce côté. Les hallucinations visuelles ont été très complexes : zoopsie, défilé d'objets agréables, lumineux, mobiles, toujours de gauche à droite, et, d'autre part, une hallucination unique, permanente, apparaissant seulement quand le regard était dirigé à gauche et en haut. Ce cas est intéressant en ce que les hallucinations sont rares dans les lésions du cervelet. Elles ne se produisent vraisemblablement que chez les prédisposés.

VII. — *Du mutisme chez l'enfant qui entend (un cas de guérison)* ; par M. A. Boyer (numéro de juillet). — L'idiot peut être *retardé* dans le développement du langage, ou être *privé totalement* de la parole. Certains de ces enfants peuvent être guéris de cette infirmité. L'auteur en donne une observation. Le rétablissement de la parole et l'amélioration intellectuelle obtenue chez cet enfant démontrent l'efficacité de la méthode employée à l'Institution nationale des sourds-muets.

VIII. — *Maladies du système nerveux et sclérose multiple disséminée* ; par le professeur Grasset ; leçons recueillies par le Dr Vadel (numéro d'août). — Dans beaucoup de cas de maladies du système nerveux, il y a en même temps de la *sclérose multiple disséminée*, et on est alors autorisé à dire que les deux groupes morbides ne font qu'une maladie. Les diverses maladies du système nerveux sont uniquement des syndromes anatomo-cliniques et non des espèces nosologiques. Le tabes, l'atrophie musculaire progressive, la sclérose latérale amyotrophique, les polynévrites ne sont que des syndromes et non des maladies distinctes. Telle est la thèse que défend brillamment M. Grasset dans cette étude.

IX. — *Le personnel des asiles publics d'aliénés et le rapport du Dr Dubief à la Chambre* ; par le Dr Marandon de Montyel (numéro de septembre 1897). — Ce mémoire est consacré aux deux articles 5 et 6 du projet de loi qui vise l'organisation du personnel des asiles d'aliénés.

D'après ce projet, l'état-major des asiles comprendrait un directeur-médecin et des médecins-chefs de service ; ainsi disparaîtraient les directeurs laïques et les médecins-adjoints. M. Marandon est opposé à cette conception, qui met aux prises le directeur-médecin investi de l'autorité et les médecins trai-

©BIUM

tants, simples subordonnés. Les conflits, loin d'en être diminués, en seraient bien plutôt accrus. Il voudrait au lieu du directeur-médecin un simple préposé responsable qui laisserait aux médecins-chefs de service toute l'autorité et toute l'initiative.

Le projet veut confier aux préfets la nomination des agents subalternes. M. Marandon s'élève avec raison contre cette prétention, faisant observer que la plaie des asiles en province est l'ingérence des influences locales, que les préfets sont obligés de subir. Cette nomination, par les préfets, des agents et préposés, que nous sommes loin d'approuver, aurait cependant pour ces agents un avantage, celui de les faire admettre à la caisse départementale des retraites, ce que les conseils généraux refusent énergiquement quand ils sont à la nomination du directeur. Je connais un asile où le secrétaire de la direction, nommé par le directeur, conformément à l'ordonnance du 18 décembre 1839, n'a jamais pu obtenir son admission à la caisse départementale, alors que le concierge de la préfecture, nommé par le préfet, jouit de ce privilège.

X. — *Le règlement du 20 mars 1857 et l'organisation médico-administrative;* par le Dr Taguet (numéro d'octobre). — M. Taguet, dans cet article, fait ressortir l'inutilité du directeur laïque, son despotisme injuste et ridicule et la source inépuisable de conflits navrants ou grotesques qui découle de cette institution : « J'ai beau chercher le directeur, disait Falret, je ne trouve que le médecin » ; c'est la formule qui devrait inspirer les pouvoirs publics dans cette revision de l'organisation médico-administrative des asiles.

XI. — *Hystérie infantile en Vendée ;* par le Dr Terrien (numéro d'octobre). — L'histoire de l'hystérie infantile est de date récente ; elle ne remonte guère qu'à quinze ou vingt ans et il reste encore bien des points obscurs dans son étude. M. Terrien, exerçant dans un milieu extrêmement fertile en hystérie, a réuni dans ce mémoire un nombre important de cas infantiles qu'il groupe sous les chefs suivants : manifestations hystériques simulant : 1° les affections médullaires ; 2° les affections cérébrales ; 3° les affections des autres organes ; 4° manifestations hystériques qui ne sont la copie d'aucune des affections précédentes et qui ne se retrouvent que dans la névrose hystérique ; 5° manifestations hystériques associées à d'autres maladies. Suivent de nombreuses observations cliniques du plus haut intérêt et qui échappent à l'analyse. A propos de polyurie hystérique, M. Terrien dit quelque part, dans son mémoire, que la

©BIUM

suggestion chez les enfants donne souvent des résultats négatifs. Souvent est beaucoup dire. Quoi qu'il en soit, elle réussit très bien, précisément d'après mon expérience, dans la polyurie hystérique des enfants atteints d'incontinence d'urine, et cette polyurie guérit souvent avant même que l'incontinence elle-même ait été influencée.

XII. — *Les troubles trophiques dans la paralysie générale;* par le Dr Alex. Athanassio, de Bucarest (numéro de novembre). — L'auteur établit la fréquence des troubles trophiques dans la paralysie générale.

Du côté de la peau, on observe des éruptions diverses, le zona, des ecchymoses, de l'érythème, une desquamation facile de la couche épidermique sous l'influence des rayons solaires (pseudo-pellagre). Ces symptômes seraient le résultat d'un trouble de l'innervation. On observe aussi souvent des démangeaisons persistantes qui poussent les malades à se mutiler, l'obsession dentaire, des œdèmes, des abcès, des collections purulentes. M. Athanassio ne signale pas la gangrène symétrique des extrémités, qui n'est cependant pas inconnue dans la paralysie générale. Pour ma part, j'en ai observé deux cas.

Les fractures se produisent avec facilité et se consolident facilement aussi ; résultat paradoxal en raison de l'état cachectique parfois avancé du malade.

L'auteur signale ensuite la fréquence de l'hématome de l'oreille. Ce dernier nous paraît toutefois beaucoup plus fréquent dans la folie congestive simple, surtout chez les vieillards.

Suit une observation clinique destinée à faire ressortir la présence de troubles trophiques nombreux chez un paralytique.

XIII. — *Recherches cliniques sur l'alcalescence du sang et les injections de solutions alcalines chez les épileptiques;* par les Drs R. Charon et E. Briche (numéro de décembre). — Travail expérimental dont les conclusions sont les suivantes : 1° chez les épileptiques, le degré d'alcalescence du sang subit des variations avec minima et maxima en rapport avec les conditions du travail digestif ;

2° Les attaques convulsives présentent des variations numériques également constantes, isochrones et en rapport inverse avec les variations de l'alcalescence du sang ;

3° Les injections répétées de solutions alcalines ne modifient que d'une façon très fugitive (une heure environ) ce degré d'alcalescence ;

©BIUM

4° Les injections ont pour effet de diminuer le nombre des attaques isolées et de provoquer leur rassemblement en série. Le nombre total en est plutôt augmenté ;

5° Elles aggravent les troubles psychiques post-paroxystiques en provoquant dans certains cas de véritables accès maniaques.

Revue de psychiatrie.

I. — *Hystérie infantile et suggestion hypnotique;* par le professeur Joffroy ; leçon recueillie par le Dr H. Dufour (numéro de juin-juillet). — M. Joffroy présente une fille de quinze ans, qui est prise de crises convulsives provoquées par l'action de s'asseoir sur une chaise, ce qui la condamne à se tenir constamment debout, à genoux ou couchée. Cet état dure depuis un mois, mais s'était déjà manifesté antérieurement. Les stigmates hystériques sont très peu marqués (hypoesthésie à droite, à moins que ce ne soit de l'hyperesthésie à gauche) ; néanmoins le diagnostic d'hystérie s'impose en raison des antécédents de la malade. Comme traitement, on peut choisir entre l'hydrothérapie aidée des toniques et de l'hygiène, et l'hypnotisme. M. Joffroy recommande, à propos de ce dernier, d'être très circonspect et entre dans des détails circonstanciés sur les dangers de l'hypnotisme, qu'il exagère peut-être un peu. Il recommande de préférence la suggestion à l'état de veille, qui dans beaucoup de cas peut suffire.

II. — *Sur l'état mental et physique des individus condamnés pour attentats à la pudeur;* par le Dr H. Colin, médecin de l'asile d'aliénés criminels de Gaillon (numéro de juin-juillet). — On peut, d'après l'auteur, diviser les détenus qui se sont rendus coupables d'attentats à la pudeur en deux grandes catégories : 1° les infirmes, les gens mal bâtis, les vieillards. Ces détenus présentent le plus souvent des anomalies sexuelles ; 2° les faibles d'esprit, les débiles, chez lesquels les anomalies sexuelles sont aussi très fréquentes au même titre que les autres stigmates physiques de la dégénérescence. Le fait que les attentats à la pudeur sont souvent commis par des individus porteurs d'anomalies sexuelles est paradoxal et pourtant exact; il s'explique peut-être par la timidité, la crainte qu'inspire une défectuosité physique à ceux qui en sont porteurs. Dans beaucoup de cas, en effet, les individus condamnés ont eu peu de rapports normaux avec les femmes, et souvent ils n'en ont jamais eu.

Suivent de nombreux exemples cliniques résumés.

©BIUM

III. — *Le traitement des mélancoliques par le repos au lit;* par le Dr P. Sérieux, médecin de l'asile de Ville-Evrard (numéro d'août). — Le traitement des psychoses aiguës par le *repos permanent* au lit est actuellement très répandu dans la plupart des asiles d'Allemagne, de Russie, de Suisse et d'Autriche, nous dit M. Sérieux, et partout on est d'accord sur les excellents résultats fournis par l'application de cette méthode thérapeutique dont est surtout justiciable la *mélancolie aiguë.*

Au point de vue physique, le repos au lit favorise le relèvement de l'état général, la circulation, les fonctions de la peau et le retour du sommeil. Au point de vue mental, il diminue dans une proportion considérable les sensations et les réactions motrices. Il réduit aussi au minimum les perceptions visuelles auditives, tactiles, thermiques, capables d'entretenir l'hyperesthésie psychique. Le cerveau se repose, l'irritabilité se calme, la dépression diminue.

Le traitement par le lit ne dispense pas d'avoir recours aux autres moyens thérapeutiques, et en particulier, à la médication opiacée, qui, dans beaucoup de cas, se montre héroïque.

IV. — *Délire et auto-intoxication hépatique ;* par le Dr Klippel, médecin des hôpitaux (numéro de septembre). — Le foie joue un rôle important dans un certain nombre de délires. Ce ne sont pas les lésions du tissu conjonctif qui commandent l'intoxication, ce sont les troubles matériels ou biologiques de la cellule hépatique elle-même. De là, le délire hépatique n'éclate au cours des cirrhoses qu'à la condition que ces derniers troubles soient réalisés, ce qui explique que beaucoup de cirrhotiques échappent au délire.

En second lieu, le délire hépatique est favorisé dans son apparition par la prédisposition héréditaire, les altérations cérébrales latentes et l'insuffisance rénale. Dans l'alcoolisme chronique, le délire d'origine hépatique serait chose fréquente.

L'auteur en fournit deux exemples : 1° un cas de congestion hépatique au cours de laquelle le malade, alcoolique mais abstinent depuis plusieurs semaines, se met à faire du délire de rêve; 2° un cas d'hépatite aiguë survenue chez un alcoolique en traitement à l'hôpital pour une myocardite scléreuse, qui n'avait pas bu depuis un certain temps, hépatite accompagnée de délire confus avec hallucinations.

Dans ces cas, l'alcool n'est plus en cause comme influence directe, il s'agit bien d'une auto-intoxication surajoutée. Néan-

©BIUM

moins, le syndrome clinique demeure révélateur de l'étiologie alcoolique de l'auto-intoxication actuelle.

V. — *Du suicide chez les aliénés ;* par le Dr A. Vigouroux, médecin de la colonie familiale de Dun-sur-Auron (numéro de décembre). — La fréquence du suicide chez les aliénés n'a donné lieu jusqu'ici qu'à des opinions contradictoires. Pour arriver à se former sur ce point une manière de voir éclairée, il convient d'étudier en clinique les *idées de suicide* et les *tentatives de suicide effectivement réalisées*. En effet : 1° les idées de suicide sont sous la dépendance directe de l'émotivité. Elles apparaissent fréquentes surtout dans la mélancolie où des émotions tenaces de nature triste torturent le sujet ; 2° les tentatives de suicide sérieuses et qui mettent la vie du malade en danger sont beaucoup plus rares ; ces tentatives sont sous la dépendance directe de la volonté presque toujours pervertie chez les aliénés.

D'où la conclusion que la seule apparition de l'idée de suicide chez les aliénés ne doit pas imposer la conviction qu'il court un danger. C'est affaire d'espèce et un grand nombre d'aliénés à idées de suicide peuvent bénéficier de la vie libre sous une surveillance éclairée ou des avantages de la vie familiale dans les colonies disposées à cet effet.

Revue neurologique.

I. — *L'automatisme considéré comme une des manifestations de la syphilis cérébrale ;* par le professeur Bechterew (n° 1). — L'état d'automatisme peut être observé en dehors de la névrose épileptique, notamment dans l'alcoolisme chronique. Chez les alcooliques, les crises d'automatisme apparaissent à titre épisodique sous l'influence des excès d'alcool. L'auteur a acquis la conviction qu'un automatisme présentant le même caractère que celui observé dans l'épilepsie et l'alcoolisme chronique pouvait se manifester à titre de phénomène parfaitement indépendant aussi dans la syphilis cérébrale.

Il présente à ce propos l'observation d'un individu sans tares héréditaires et sans alcoolisme qui, ayant eu douze ans auparavant la syphilis, éprouva d'abord des maux de tête tenaces, puis, au bout de deux mois, des obscurcissements de conscience momentanés. Les attaques lui arrivaient pendant ses occupations. Cette perte intantanée de conscience faisait oublier au malade ce qui se passait et ce qu'il faisait pendant cette

©BIUM

attaque. Au bout de trois mois, les attaques eurent une plus longue durée. A l'examen, on constatait des deux côtés du crâne une tuméfaction légère de l'os, extrêmement douloureuse à la percussion et à la pression. Psychiquement, il n'y avait qu'un certain affaiblissement de la mémoire. Le traitement spécial amena une guérison rapide.

Faut-il considérer le cas comme expression de la névrose épileptique développée sous l'influence de la lésion intra-crânienne ou comme un état morbide indépendant développé sur le terrain de la syphilis? L'auteur se range à cette dernière opinion.

II. — *Contre le traitement chirurgical du torticolis mental;* par le Dr E. Brissaud (n° 2). — Le torticolis mental est une névrose qui relève exclusivement du traitement psychique et qui est d'autant moins difficile à guérir qu'elle est plus récente et que le sujet est moins âgé.

L'auteur s'élève avec raison contre la prétention de certains chirurgiens qui revendiquent cette affection comme faisant partie de leur domaine. On ne se contente plus de la section du spinal, on fait la section du sterno-mastoïdien, de la portion occipitale du trapèze, du splénius, du grand complexus, du petit complexus et de l'oblique inférieur, tout cela pour aboutir à un échec, si les malades ainsi sectionnés ne s'entretiennent par la gymnastique méthodique des mouvements de l'extrémité céphalique. Que ne commencent-ils par là?

III. — *La signification de quelques rêves;* par le professeur Thomayer, de Prague (n° 4). — L'auteur rapporte deux exemples cliniques qui ont pour but de démontrer qu'il y a des rêves d'un caractère pénible, le plus souvent périodiques, qui doivent être considérés comme des accès d'épilepsie.

IV. — *Asystolie post-épileptique;* par le Dr Ch. Féré, médecin de Bicêtre (n° 6). — La coïncidence de maladies du cœur avec l'épilepsie est assez fréquente pour qu'on ait souvent attribué les accidents nerveux aux troubles de la circulation. Mais l'épilepsie peut aussi provoquer des troubles cardiaques, conséquence de l'augmentation de la pression artérielle pendant l'attaque.

M. Féré donne l'observation d'un épileptique qui, à la suite d'une série d'accès, eut une crise d'asystolie aiguë avec congestion pulmonaire, œdème des membres inférieurs et asphyxie imminente. Cet accident constitue une indication de plus de la discipline thérapeutique chez les épileptiques atteints d'affec-

©BIUM

tions du cœur ou arrivés à un âge où le cœur est affaibli. Le bromure de potassium est étranger à cet accident qui n'en constitue pas une contre-indication.

V. — *Contribution à l'étude clinique de la migraine ophthalmique;* par le Dr J.-B. Charcot (n° 8). — Chez une femme de trente-huit ans, survient une hémicranie gauche qui s'accompagne au bout de huit jours de la paralysie du moteur oculaire commun et du moteur oculaire externe du côté gauche. Guérison successive de ces accidents. Deux ans après, hémicranie droite et, consécutivement, paralysie partielle du moteur oculaire commun droit, puis, dix mois après, paralysie de la VIe paire gauche. Au bout d'un mois de traitement polybromuré, disparition de l'ophthalmoplégie, sauf en ce qui concerne le droit supérieur et le réflexe lumineux à droite.

Rapprochant cette observation de toutes les observations jusqu'ici publiées de migraine ophthalmique, l'auteur justifie le bien fondé de ce diagnostic dans le cas actuel dont il fait ressortir les particularités originales, surtout les caractères de l'ophthalmoplégie.

VI. — *Les neurones, l'hypnose et l'inhibition*; par le professeur Bombarda, de Lisbonne (n° 11). — De la discussion à laquelle il se livre, M. Bombarda conclut que « l'inhibition est un fait de contracture et partant d'immobilisation des prolongements neuroniques, et que l'hypnose est un fait d'inhibition du cerveau ».

Progrès médical.

I. — *Influence étiologique de l'alcoolisme sur l'idiotie;* par Bourneville (n° 2). — Les statistiques de M. Bourneville fournissent sur ce point des renseignements tout à fait démonstratifs. Sur 1.000 cas d'idiotie, l'alcoolisme du père a été constaté 471 fois, celui de la mère 84 fois, celui des deux conjoints 65 fois ; 209 fois l'alcoolisme faisait défaut et 171 fois il n'y avait pas de renseignements. Dans 57 cas, la conception a eu lieu durant l'ivresse alcoolique du père.

II. — *Méningo-encéphalite chronique ou idiotie méningo-encéphalique;* par Bourneville et Mettetal (n° 8). — Cas clinique d'une forme particulière d'idiotie décrite et classée déjà par M. Bourneville, symptômes dans une certaine mesure comparables à ceux de la paralysie générale, lésions presque identiques.

©BIUM

III. — *Idiotie myxœdémateuse (myxœdème infantile); traitement par l'ingestion de glande thyroïde du mouton;* par Bourneville (n° 10). — Nouveaux cas d'idiotie myxœdémateuse communiqués par l'auteur le 22 janvier 1897 à la Société médicale des hôpitaux et résultats heureux du traitement thyroïdien. Deux observations.

IV. — *Quelques réflexions sur la fièvre frénétique ou maniaque pernicieuse d'origine paludéenne;* par les Drs Jean P. Kardamatis et Spiridion Jean Kanellis, d'Athènes (n° 15). — Une femme de trente-cinq ans, à la suite d'un accès paludéen pernicieux, est prise de délire maniaque avec agitation furieuse et hallucinations; injections de quinine; dix-huit heures après, l'accès avait disparu. Les auteurs, après avoir rappelé le rôle du poison palustre comme agent provocateur de l'hystérie, semblent faire de cette psychose transitoire une psychose hystérique, d'autant que la malade venait d'avoir ses règles. Le reste de leur mémoire est consacré à des considérations générales sur le rôle des toxines sur le système nerveux.

V. — *Imbécillité; paraplégie spasmodique (maladie de Little);* par Bourneville et Rellay (n° 21). — Cas clinique à propos duquel les auteurs rappellent la fréquence des affections paralytiques et spasmodiques dans l'idiotie : 1° *diplégies* dues à des lésions symétriques, foyers anciens de ramollissement ou d'hémorragie (pseudo-porencéphalie) ; méningo-encéphalite, sclérose atrophique et hypertrophique, hydrocéphalie, porencéphalie vraie, etc.; 2° *rigidité spasmodique*; 3° *athéthose* double; 4° *chorée* généralisée; 5° *hémiplégie* avec contracture permanente, etc. L'observation rapportée est un cas remarquable de paraplégie spasmodique infantile.

VI. — *Note sur un cas d'ictère épileptique;* par Ch. Féré (n° 14). — L'influence du système nerveux central sur la fonction biliaire est connue depuis longtemps. M. Féré rappelle à ce propos la fréquence des calculs biliaires chez les aliénés et l'influence des émotions tristes sur la production de ce phénomène dont le mécanisme est inconnu.

La colère provoque aussi parfois l'ictère ; les orages épileptiques ne sont pas sans analogie avec cette dernière, aussi pouvait-on s'attendre à voir la jaunisse figurer parmi les accompagnements de l'épilepsie. Esquirol considère le fait comme banal sans en fournir de preuves; en réalité, c'est un accident rare; l'auteur en fournit un cas probant. Il s'agit d'une dame dont les accès convulsifs ayant débuté à la ménopause s'accompa-

©BIUM

gnaient invariablement d'ictère. Il n'est pas possible de mettre en doute le lien qui existe entre la jaunisse et le paroxysme, puisque la séquence est constante.

VII. — *Le double syndrome de Brown-Séquard dans la syphilis spinale;* par Brissaud (nos 29 et 51). — La méningo-myélite chronique est la forme la plus commune de la syphilis médullaire et les troubles qui la caractérisent peuvent s'expliquer par des phénomènes de compression radiculaire autant que par des phénomènes de compression spinale. Lorsque la compression atteint un certain degré, la lésion étant bilatérale et symétrique, on observe une *paraplégie sensitivo-motrice*, la plupart du temps des deux membres inférieurs et quelquefois de quatre membres. Elle devient assez rapidement spasmodique et peut se compliquer de paralysie des réservoirs et des sphincters. Les troubles de la sensibilité affectent les sensations thermiques et douloureuses et épargnent le plus souvent les sensations de contact. Cette dissociation *syringomyélique* est une difficulté pour le diagnostic; toutefois la paraplégie syphilitique n'est pas toujours bilatérale; elle est sensitivo-motrice de deux façons, car tantôt les deux ordres de phénomènes moteurs et sensitifs sont associés sur le même membre, tantôt ils sont dissociés et rappellent l'hémiparaplégie spinale avec hémianesthésie croisée comme dans le syndrome de Brown-Séquard.

Si dans la syphilis méningo-médullaire le syndrome de Brown-Séquard n'est qu'ébauché et transitoire, c'est que la lésion unilatérale qui le produit n'équivaut pas à une hémisection de la moelle. Le plus souvent elle respecte les cordons postérieurs, ce qui explique la persistance de la conductibilité tactile. L'auteur résume dans les trois propositions suivantes la question traitée :

1° Le syndrome de Brown-Séquard est une manifestation fréquente de la syphilis spinale;

2° Dans le syndrome de Brown-Séquard d'origine syphilitique, l'hémianesthésie croisée est remplacée par une simple thermo-analgésie croisée;

3° Quant aux paraplégies sensitivo-motrices bilatérales dues à la syphilis médullaire, les troubles moteurs s'y manifestent toujours comme conséquence de lésions homologues; mais les troubles sensitifs relèvent tantôt de lésions homologues, tantôt de lésions croisées. Dans ce dernier cas, la paraplégie sensitivo-motrice bilatérale constitue un double syndrome de Brown-Séquard.

©BIUM

VIII. — *Tabes juvénile et tabes héréditaire;* par le professeur P. Raymond (nos 32 et 33). — A propos d'un tabétique vrai dont le fils était atteint d'une affection médullaire analogue, le professeur Raymond aborde dans ces leçons le rôle de l'hérédité dans l'étiologie du tabes et l'étude du tabes infantile.

Il ne faut pas confondre la maladie de Friedreich, maladie familiale, avec le tabes vrai. La transmission héréditaire directe de ce dernier est tellement rare que quelques auteurs vont jusqu'à la nier. Il est plus ordinaire de voir l'affection héritée différer par quelque côté. Ainsi, chez le jeune homme en question, dont le père est tabétique, on ne constate ni le tabes vrai, ni la maladie de Friedreich, mais une forme hybride qui emprunte ses traits à deux ou trois espèces morbides différentes. « Il semble qu'il n'y ait presque pas deux maladies familiales qui se ressemblent d'une façon exacte, il semble que chaque fois qu'une tare héréditaire se glisse dans une famille pour devenir le germe d'une maladie nerveuse qui se transmet ensuite à plusieurs membres de celle-ci, cette maladie porte l'empreinte d'une sorte d'individualisme qui la distingue des maladies plus ou moins semblables qu'on observe dans d'autres familles. »

Il est extrêmement rare que le tabes dorsal se développe chez des enfants ou des adolescents; la science n'en compte qu'une demi-douzaine de cas. Un symptôme prédominant leur est souvent commun, l'atrophie bilatérale du nerf optique; mais la symptomatologie, d'une façon générale, est la même que chez l'adulte.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale.

I. — *Considérations cliniques et médico-légales sur l'amnésie rétrograde dans l'épilepsie;* par le Dr J. Séglas. Communication faite à la Société de médecine légale, séance du 8 mars 1897 (numéro de mai). — L'*inconscience* et l'*amnésie*, ces deux critériums indiscutables de la crise épileptique, ne sont pas absolues. Le fait est démontré pour l'inconscience, qui peut n'être que relative. Quant à l'amnésie, c'est à tort qu'on admet que son principal caractère est de porter sur la phase épileptique elle-même, de commencer et de prendre fin avec elle. On rencontre en effet des cas dans lesquels certains actes antérieurs à l'ictus, combinés et exécutés en toute connaissance de cause, sont compris cependant dans l'amnésie consécutive à l'ictus et lui impriment ainsi un caractère *rétrograde* des plus nets. L'au-

©BIUM

teur en fournit deux exemples démonstratifs. Ces faits doivent être distingués de ceux où le caractère rétrograde de l'amnésie n'est qu'apparent (aura délirante d'une certaine durée, vertige précédant de près l'attaque complète). Il faut les distinguer encore de ceux ou l'amnésie rétrograde peut être attribuée à un autre facteur (alcoolisme, traumatisme).

Cette amnésie a été peu étudiée; est-elle rare? C'est ce qu'on ne peut dire. Elle est sans doute beaucoup plus fréquente qu'il ne paraît au premier abord. Alzheimer, qui a étudié le phénomène, penche pour sa fréquence. Il signale certains cas où s'exagèrent encore l'étendue et la durée de l'amnésie rétrograde (à la suite d'accès en série).

II. — *L'internement des aliénés;* par le Dr Marandon de Montyel (numéro de juin). — M. Marandon a peu à peu acquis la conviction profonde que tout était erreur dans notre manière d'hospitaliser les aliénés. Tout, c'est beaucoup dire; mais il a raison quand il rappelle que la prompte assistance de l'aliénation dès son apparition, avant toute manifestation dangereuse, constituerait une grosse économie financière en même temps qu'un devoir social. Il a moins raison quand il soutient que l'aliéné serait aussi promptement secouru si l'admission était ordonnée par l'autorité judiciaire; il est vraisemblable qu'il ne le serait ni plus tôt ni mieux. M. Marandon ne sait-il donc pas qu'à l'heure actuelle, pour les juges de paix qui sont chargés des enquêtes des parquets sur les placements des aliénés, nombre de ces placements sont dénoncés par eux comme constituant des séquestrations arbitraires? Il compte vraiment trop sur les lumières de la magistrature. Ce qui est vrai pour la capitale pourrait bien être faux pour la province. Dans son argumentation, M. Marandon est trop Parisien.

III. — *La construction des établissements d'aliénés d'après les nouvelles données;* par le Dr Marandon de Montyel (numéro de décembre). — L'auteur s'élève avec raison contre l'ostracisme dont sont frappés les médecins aliénistes quand il s'agit de renseigner les pouvoirs publics sur les conditions à remplir pour l'édification des asiles d'aliénés. Les progrès réalisés ailleurs sont inconnus chez nous, et les architectes livrés à eux-mêmes continuent à construire pour l'hospitalisation des aliénés les casernes inaugurées du temps de Louis-Philippe.

Nous approuvons la campagne énergique de M. Marandon sans partager cependant toutes ses illusions. Quand il nous dit, par exemple, que 60 à 70 p. 100 des aliénés hospitalisés doi-

©BIUM

vent être complètement libres, dans des habitations non fermées, il exagère évidemment ou ne parle que pour une catégorie spéciale d'aliénés différente de la masse de ceux qui sont internés partout. Cela n'existe nulle part, pas même dans les pays où fleurit l'Open-door et cette exagération nuira plus à la cause des aliénés qu'elle ne la servira. Ma critique n'enlève rien à l'intérêt du mémoire de M. Marandon, qu'il faut lire, une courte analyse ne pouvant en donner une idée.

Archives générales de médecine.

I. — *Etude sur un cas de monoplégie incomplète consécutive à un traumatisme cranien grave;* par MM. E. Lenoble et A. Termet (numéro de février). — Un individu reçoit dans la région pariétale gauche le lourd timon d'un fardier; il en résulte un enfoncement du crâne et un état comateux qui dure près de vingt-quatre heures. Puis la sensibilité, la motilité et l'intelligence reviennent peu à peu; mais une paralysie du bras droit persiste, ainsi qu'une aphémie complète. Le trépan permet de reconnaître un enfoncement ovalaire de la partie médiane du pariétal gauche de 10 centimètres sur 6. La portion enfoncée est enlevée, ainsi qu'un vaste épanchement sus-dure-mérien. Un léger épanchement sous-méningé est respecté. A la suite de l'opération, l'aphémie disparaît progressivement; mais la paralysie du bras droit persiste et se complique peu à peu d'une atrophie du membre et de cyanose de son extrémité. L'absence de contractions fibrillaires et de la réaction de dégénérescence éloigne toute idée d'une participation de la moelle ou des nerfs périphériques à la production de ces symptômes qui sont d'origine centrale. Les signes d'atrophie permettent, d'autre part, de croire à l'altération irrémédiable des centres atteints.

II. — *Le syndrome bulbaire d'Erb;* par MM. E. Brissaud et Lantzenberg (numéro de mars). — En 1898, Erb décrivit un syndrome bulbaire susceptible de guérir et ne dépendant, au moins en apparence, d'aucune lésion anatomo-pathologique; le syndrome débute d'une façon variable : « Ce sont d'abord des troubles fonctionnels provenant de la fatigue précoce et non justifiée d'un groupe musculaire, diplopie, gêne de la déglutition, difficulté pour parler; faiblesse des muscles de la nuque. Quelquefois, les muscles des membres sont pris les premiers. Constituée, la maladie se caractérise pur une faiblesse particulière de tout le système musculaire, avec différences sympto-

©BIUM

matiques selon les localisations prédominantes, ptosis uni ou bilatéral, parfois ophtalmoplégie externe; masque facial fixe et immobile, muscle frontal parésié, lèvres tombantes ; fatigue extrême des masticateurs, voix nasonnée, paroles bredouillées et confuses ; mais c'est surtout aux muscles de la nuque et des extrémités qu'apparaissent les caractères les mieux définis du syndrome. L'amyosthénie est moindre le matin, elle est sujette à des oscillations. Pas de troubles objectifs de la sensibilité, réflexes tendineux conservés. L'atrophie musculaire est rare. »

Le syndrome d'Erb peut présenter des rémissions de longue durée équivalant à de véritables guérisons. Quand la mort survient, elle est le fait d'une paralysie bulbaire. Dans tous les cas où l'autopsie a été faite, elle a été négative. S'agit-il d'une entité morbide distincte ou d'un groupement artificiel de faits disparates? La réponse dépendra de l'anatomie pathologique ; on peut espérer qu'avec une technique plus avancée on découvrira des altérations jusqu'ici inaperçues. Telle est du moins l'opinion des auteurs, qui font remarquer combien il y a d'analogies entre le syndrome d'Erb et les polioencéphalomyélites.

III. — *Contribution à l'étude de l'astasie-abasie;* par G. Milian (numéro de mars). — L'astasie-abasie est un syndrome hystérique caractérisé par l'impossibilité de la station verticale et de la marche normale contrastant avec l'intégrité de la sensibilité, de la force musculaire et de la coordination des autres mouvements (P. Blocq).

On distingue : *a*) une astasie pure ; *b*) une astasie-abasie à forme paralytique, choréiforme, trépidante pure ou saltatoire.

Ces expressions dépeignent suffisamment les formes variées du syndrome.

Après avoir rappelé ces données classiques, l'auteur rapporte une observation d'astasie-abasie à forme trépidante. Il existait aussi une astasie-abasie des membres supérieurs (tremblement comparable à celui des alcooliques). En comprimant la zone cardiaque, tous ces symptômes disparaissent. On applique un tampon compresseur et la guérison est obtenue en quelques jours.

IV. — *Accès d'asthme provoqués par l'épluchage d'asperges crues;* par le Dr E. Deschamps (numéro de septembre). — Nouveau cas à ajouter à ceux, fort nombreux, où l'on voit les accès d'asthme être provoqués par l'influence d'odeurs, de vapeurs, de poussières en suspension dans l'air. Il s'agit d'un individu arthritique et impressionnable, restaurateur, qui de-

©BIUM

puis vingt ans, chaque fois qu'il épluche des asperges crues, est pris d'éternuements répétés accompagnés d'écoulement nasal abondant, d'irritation des conjonctives, suivis au bout d'un quart d'heure d'un véritable accès d'asthme qui, au début, durait une heure ou deux, mais qui maintenant se prolonge un ou deux jours avec des symptômes inquiétants.

L'auteur pense à une névrose du trijumeau à cause du point de départ nettement nasal.

V. — *Sur une variété de rhumatisme déformant des mains et sur l'intervention du système nerveux dans les arthropathies de ce genre;* par M. Klippel (numéro d'octobre). — On rencontre assez souvent une forme particulière de rhumatisme chronique des mains dont les caractères sont les suivants :

Ankylose de l'articulation carpo-métacarpienne du pouce;

Subluxation consécutive, ou même luxation spontanée, parfois symétrique du pouce;

Absence complète de douleur à toutes les périodes de la maladie;

Evolution en coïncidence avec des nodosités de Heberden et d'autres troubles trophiques;

Absence de lésion de la synoviale; ostéite végétante et atrophie du court adducteur du pouce;

Athéromasie cérébrale.

Plusieurs raisons autorisent à réunir cette forme au rhumatisme d'Heberden : intégrité de la synoviale et indolence du point lésé, présence constante des nodosités de la partie inférieure des phalangines, artério-sclérose et troubles nerveux de l'arthritisme (migraines, névralgies).

Dans ce cas comme dans bien d'autres, tous ces symptômes impliquent nettement la participation du système nerveux aux troubles du rhumatisme chronique; mais les symptômes nerveux sont-ils consécutifs à des lésions articulaires retentissant secondairement sur la moelle, ou sont-ils au contraire commandés par une affection spinale ou cérébro-spinale primitive?

L'action pathogénique participe vraisemblablement de ces deux mécanismes, et l'auteur formule ainsi son opinion : « C'est de cette influence réciproque du système cérébro-spinal sur les articulations, et d'autre part des articulations malades sur les nerfs et sur la moelle, qu'il faut, selon nous, envisager les rapports de tout rhumatisme chronique avec le système nerveux. »

A. Cullerre.

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE

De la phtisie et en particulier de la phtisie latente dans ses rapports avec les psychoses; par le Dr Jules Chartier. Thèse de Paris, 1899.

L'auteur passe d'abord en revue les principaux travaux ayant trait à la question. C'est d'abord Esquirol qui avait constaté que non seulement la phtisie peut précéder la lypémanie, mais encore que cette tuberculose peut échapper à l'observation la plus attentive. Il est certain, disait-il, que souvent la phtisie cause ou, du moins, précède l'aliénation mentale et alterne avec elle.

C'est ensuite Calmeil et Marcé qui prétendent que le plus grand nombre des cas de phtisie appartiennent à la démence.

D'après O'swell, la phtisie atteint surtout les déments qui ont été mélancoliques.

Pour Morel, la mélancolie est la compagne de la tuberculisation commençante, tandis que l'exacerbation maniaque caractérise ordinairement les dernières phases de l'existence chez les aliénés phtisiques ; il note aussi que la phtisie, dans sa période de germination, peut engendrer le délire.

Parmi les auteurs étrangers, celui qui a le mieux étudié la folie des tuberculeux est Clouston qui a donné une bonne description d'ensemble des troubles mentaux qui surviennent dans le cours de la tuberculose pulmonaire, depuis la période de germination jusqu'à la terminaison fatale. En même temps qu'il décrit avec une extrême minutie les symptômes lypémaniaques, il met en lumière un symptôme nouveau désigné par lui sous le nom de *manie du soupçon* et qui consiste dans une altération graduelle de la manière d'être du malade avec une tendance à une défiance maladive vis-à-vis de son entourage.

Le professeur Ball, tout en admettant dans ses grandes lignes la description de Clouston, pense que la manie du soupçon n'est pas la seule forme que peut affecter l'aliénation chez

©BIUM

un phtisique. Quoi qu'il en soit, la tuberculose est fréquente chez les aliénés et il insiste sur ces faits si curieux où l'on voit la folie et la phtisie entrer alternativement en scène, l'apparition de l'une coïncidant avec l'effacement de l'autre.

M. le Dr Cullerre, dans un article paru en 1876 dans les *Annales*, déclare que la phtisie se développe plus spécialement chez les mélancoliques et les déments, ou encore chez les malades dont la folie s'accompagne d'une dépression profonde passagère ou définitive du système nerveux.

En somme, les rapports de la phtisie et de la tuberculose peuvent se définir de la façon suivante :

1° La tuberculose est la conséquence de la maladie mentale ;

2° La tuberculose joue un rôle dans l'étiologie et la pathogénie de la psychose.

Plusieurs cas sont à considérer dans cette seconde hypothèse :

a) La psychose naît au cours de la phtisie ;

b) Elle alterne avec des poussées tuberculeuses ;

c) Elle apparaît après la guérison plus ou moins apparente de l'affection pulmonaire.

d) La psychose se développe et évolue chez un sujet atteint de tubercules latents, c'est-à-dire ne se révélant par aucun des symptômes habituels de l'infiltration des poumons par le bacille de Koch.

C'est cette dernière forme que l'auteur étudie plus particulièrement dans son travail.

Un des signes les plus constants de la période prodromique de la folie des tuberculeux est la modification de l'humeur et du caractère d'où découlent d'ailleurs tous les symptômes psychopathiques subséquents, à savoir la dépression mélancolique et les idées de persécution plus ou moins systématisées avec conceptions délirantes multiples et hallucinations.

Les observations citées par l'auteur sont particulièrement intéressantes.

Un de ses malades présentait surtout des idées de persécution avec délire mystique et accès panophobiques, hallucinations de l'ouïe et de la vue. Il n'avait au début aucun signe de phtisie ; mais, comme il était fort déprimé, on jugea utile de lui faire des injections hypodermiques de sulfate de soude. L'intervention thérapeutique, en excitant la circulation, provoqua de la congestion autour des foyers bacillaires et c'est ce qui permit de relier le processus psychopathique à sa cause véritable.

On remarque très fréquemment chez les aliénés tuberculeux

©BIUM

une excitation génitale très prononcée qu'il ne paraît pas déraisonnable de considérer comme étant la conséquence directe de l'infection bacillaire.

Plusieurs observations viennent à l'appui de cette opinion; c'est ainsi qu'un malade, mort phtisique à l'asile, manifesta pendant la période latente de sa tuberculose une excitation sexuelle si extraordinaire que, pendant vingt-quatre heures, il ne cessa de se livrer au coït et il fallut l'intervention de la police pour soustraire sa femme à ses importunités.

Presque tous les malades que l'auteur a eu l'occasion d'observer étaient des dégénérés; mais l'infection tuberculeuse paraît avoir joué un rôle déterminant dans l'éclosion de la psychose. C'est ainsi que l'un d'eux, vrai type de dégénéré hystérique, délirant à propos de tout, fait, coïncidant avec une poussée tuberculeuse, un accès de folie aiguë où dominent les phénomènes démentiels ; cela n'empêche pas que la guérison survint dans un délai relativement court en même temps que la disparition des symptômes pulmonaires.

Si l'on reconnaît que les toxines tuberculeuses sont susceptibles de provoquer des désordres spéciaux du côté de l'estomac ou des reins et d'amener de la dyspepsie ou de l'albuminurie, on doit admettre également qu'elles peuvent aussi produire du délire, qui est la manière de réagir de l'organe cérébral. Quelles sont ces toxines? C'est un sujet encore mal connu ; mais ce que nous savons de la tuberculine de Koch nous montre quelle énergie possèdent les poisons tuberculeux.

D'après le professeur Ball, la folie des tuberculeux peut évoluer dans trois conditions différentes :

1° Chez les uns, les deux affections psychique et somatique suivent une marche parallèle ;

2° La phtisie et la folie obéissent à la loi d'alternance et se remplacent mutuellement;

3° La folie remplace en quelque sorte la phtisie ; c'est-à-dire que dans une famille de tuberculeux on verra un sujet n'échapper à la maladie familiale que pour succomber à la folie par une sorte de transformation de l'hérédité morbide.

Il est permis de mettre en doute la réalité de ces lois, tout au moins dans la forme rigoureuse où elles sont présentées. En effet, la loi d'alternance ou la métamorphose de l'hérédité morbide est une théorie légitime en ce qui concerne la diathèse goutteuse, par exemple ; mais il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit d'une maladie infectieuse comme la tuberculose.

©BIUM

Toutefois, la clinique révèle tant de singularités, quand on étudie la marche de la phtisie chez les aliénés, qu'il serait téméraire de faire table rase des opinions anciennes.

L'auteur reprend donc chacune des lois de Ball et il examine, en produisant des observations à l'appui, dans quelle mesure la clinique paraît s'y conformer.

En ce qui concerne la marche parallèle des deux affections aucune difficulté ne se présente. Le fait est exact, mais le parallélisme n'est pas forcément continu et il arrive souvent de constater une certaine discordance contre les deux ordres de phénomènes. Le malade peut aussi passer par une série de périodes d'amélioration et d'aggravation, physique, alors que la maladie mentale continue son évolution sans modifications parallèles.

Les faits d'alternance, c'est-à-dire ceux qui se confondent avec la deuxième loi de Ball, paraissent d'une fréquence beaucoup moindre.

A ce propos, le Dr Grenier rapporte une observation remarquable par l'intervalle très net de folie qui a séparé deux poussées tuberculeuses dont la dernière fut rapidement mortelle. Assez souvent la paralysie générale paraît se développer chez les tuberculeux guéris. En admettant qu'il ne s'agisse pas là d'une simple coïncidence on peut se demander si l'affection bacillaire est susceptible de déterminer une modification nutritive du cerveau, comme le fait la syphilis, ou bien s'il n'existait pas en même temps chez ces malades, soit la syphilis elle-même, soit une autre infection d'une importance étiologique égale.

Pour expliquer les cas dans lesquels la folie simple alterne avec la tuberculose, il paraît vraisemblable d'admettre qu'il s'agit de perturbations nutritives atteignant alternativement le cerveau où elles favorisent la naissance du délire et le poumon où elles préparent le terrain pour le développement du bacille de Koch. Dans certains cas, les faits d'alternance semblent en relation avec les diverses modifications de la tuberculose ; par exemple, à une tuberculose locale, lupus, carie, adénite, succède la folie, et le drame se termine par la phtisie pulmonaire à marche rapide.

On rencontre assez fréquemment la phtisie chez les parents ou les descendants des aliénés. Ball et Moreau (de Tours) expliquaient ces faits par une transformation de l'hérédité. Le Dr Grenier ne voit là que des échantillons différents de la dégénérescence qui sévit dans ces familles, car en matière de

©BIUM

maladie infectieuse il ne peut être question d'hérédité ou de métamorphose.

La marche et la durée de la folie des tuberculeux sont expressément variables. Certains aliénés restent de nombreuses années en puissance de tuberculose sans que la maladie semble évoluer. Cette phtisie latente est très difficile à dépister, car on ne constate rien d'anormal à l'auscultation. Le signe le plus hautement significatif en pareil cas, c'est l'anémie qui se révèle surtout par une pâleur terne et jaunâtre chez la femme, plutôt terreuse chez l'homme.

A côté de ces symptômes on note presque toujours des troubles menstruels chez la femme et des pertes séminales avec palpitations nocturnes chez l'homme. Quelquefois, au contraire, l'affection marche avec une grande rapidité et le malade succombe à brève échéance.

Dans le cas où la psychose alterne avec les poussées tuberculeuses, les deux ordres de phénomènes peuvent se manifester durant des périodes plus ou moins longues ; les plus longues appartiennent à l'aliénation.

Le pronostic, bien que le plus souvent très grave, ne l'est pas d'une façon absolue puisqu'on a signalé des guérisons du double processus morbide après une durée de près de vingt années.

Dr Rayneau.

Su le idee fisse. Lezione (Leçon sur les idées fixes); par le Dr L. Bianchini, professeur de la clinique psychiatrique de Naples. Extrait de la *Clinica moderna*, année IV, nos 51, 52. Firenze, 1899.

La maladie des obsessions consiste en un fait psychique irrationnel, à base asthénique d'ordinaire émotive, déterminé le plus souvent par une perception inassimilable qui reste implantée dans la conscience sans désagréger la personnalité et se représente toujours dans d'identiques conditions d'existence avec tout son cortège d'émotions, toujours en lutte avec la conscience, qui succombe à chaque fois. Dans les esprits normaux, des millions de perceptions qui parviennent à chaque instant à la conscience, une partie devient utilisable et toujours facile à évoquer ; le reste tombe dans l'océan de l'inconscience, d'où il peut rejaillir dans les grandes perturbations

©BIUM

mentales. Dans les intelligences en état morbide par hérédité ou par une autre influence dégénérative, ce processus est troublé et un concept destiné à passer transitoirement dans la conscience ne peut plus être éliminé, subsiste comme produit inassimilable, étranger au travail d'échange intellectuel qu'il ralentit et embarrasse, suscitant une réaction impuissante de l'intelligence scandalisée.

Il y a des idées, produit des conditions sociales ou historiques, qui apparaissent dans la conscience des hommes et incarnent le principe dirigeant d'une époque, sans être des idées fixes : ce sont des idées assimilables pour tous et assez puissantes pour entraîner la personnalité dans leur sillage. L'obsession exige des conditions spéciales : 1° l'excessive émotivité du sujet qui les renforce en paralysant la défense de la conscience ; 2° la débilité congénitale ou acquise de l'esprit ; elle a pour caractère de ne pas être assimilable, par conséquent d'être en lutte perpétuelle avec la conscience.

On commet une confusion en classant l'idée fixe dans les paranoïa, comme font Kirn, Krafft-Ebing, Arndt, Morselli, Spitzka (monomanie abortive, paranoïa rudimentaire). Dans la paranoïa, il y a modification de la personnalité dans le sens d'idées délirantes assimilées à la conscience ; dans la maladie de l'obsession, la personnalité ne subit aucune transformation, différence notée par Morel, Westphal, Church.

Quel est le mécanisme de l'idée fixe ? Westphal et Krafft-Ebing considèrent la maladie comme un trouble de l'idéation, sans coexistence d'état émotif ou passionnel ; presque tous les auteurs français, Morel, Féré, Séglas, Ballet, Dallemagne, Pitres et Régis font naître l'idée fixe de l'émotivité morbide, ainsi que beaucoup d'auteurs allemands : Berger (névrose émotionnelle), Friedenreich, Hans, Kaan, Schüle, Wille, Freud, Hecker (névrose d'angoisse). Si l'émotion accompagne souvent à un certain degré l'idée fixe, il y a des cas où celle-ci émane directement du champ intellectuel et ne s'accompagne que consécutivement de l'état émotif. D'après Pitres et Régis, l'émotion s'atténue avec le développement de la maladie intellectuelle.

Pour d'autres auteurs, la maladie consiste en une décadence de la volonté, hypothèse fausse, car le processus idéatif et l'association des idées sont réglés par des lois auxquelles la volonté est étrangère ; à peine celle-ci peut-elle fixer l'attention sur un point, et aucun psychologue n'admet maintenant

©BIUM

que la pensée obéisse à la volonté. Il n'y a pas défaillance de l'esprit, mais inefficacité à chasser l'obsession.

Ribot soutient à tort que l'obsession est une hypertrophie chronique de l'attention, laquelle pourrait même, chez un individu normal, dominer un état intellectuel ; or, l'attention n'est qu'un état d'âme secondaire et ne peut se produire qu'après l'aperception. Non seulement les idées, mais les perceptions, les émotions, les concepts, les actes, les désirs peuvent donner lieu à l'obsession ; d'ordinaire ce sont les émotions inférieures, les perceptions frivoles, les vieilles questions métaphysiques, les désirs contrariés ; dans tous les cas apparaît le caractère d'infériorité de l'intelligence.

La condition indispensable à la production de l'idée fixe est la débilité mentale congénitale (phrénasthénie héréditaire) ou acquise, et le contraste suivi de lutte entre l'obsession et la personnalité.

L'auteur distingue les obsessions en émotives, idéatives, impulsives, groupes d'ailleurs enchevêtrés. Westphal n'a pas mis en valeur les obsessions émotives, bien délimitées par Tamburini. Tuke divise les obsessions en idées impératives, impulsions impératives, émotions impératives. Van Eeden les distingue en concepts obsessifs, émotions obsessives, idées obsessives, impulsions obsessives. Pitres et Régis les classent en panophobies, monophobies, idées fixes. Les émotions obsessives se distinguent en phobies et désirs.

La folie du doute est une obsession, mais presque tous les obsédés sont hésitants : c'est la conséquence du défaut de pouvoir perceptif et représentatif caractérisant la débilité mentale, congénitale ou acquise ; c'est l'effet de la lutte inégale entre l'obsession et la volonté. La peur n'est que le doute perpétuel en face de l'inconnu. Quelquefois, chez les neurasthéniques, le doute peut être par lui-même une obsession, irrationnelle et impossible à détruire (par exemple, peur de n'avoir pas fermé une porte).

Il faut distinguer la panophobie mélancolique, forme fréquente de mélancolie, de la panophobie obsessive rare (observations de Morel, Freud, Régis).

Tous les modes de la sensibilité ayant un caractère perceptif et idéatif, toutes les perceptions peuvent donner lieu à une obsession systématisée : phobies du tact, misophobie, claustrophobie, acrophobie, métallophobie, hydrophobie, etc. L'auteur en cite des cas de son observation. Quelquefois les phobies n'apparaissent

©BIUM

que dans des conditions données. Les désirs, à l'antipode des phobies, peuvent donner lieu à des idées fixes ; ils n'acquièrent leur pouvoir d'absolue domination que chez les débiles d'origine congénitale ou acquise ; ils sont, eux aussi, irrationnels et obsédants (Ex. dipsomanie, morphinomanie, cocaïnomanie, etc., habitudes devenues tyranniques et ayant pour point de départ un bien-être ressenti par le sujet au début de leur emploi).

Les impulsions obsessives, idées à contenu moteur imposant leur réalisation à l'esprit, contrastent avec les sentiments et les tendances du sujet (Ex. : obsession du suicide dans la mélancolie, de l'homicide dans la paranoïa, l'épilepsie et la folie morale ; arithmomanie, onomatomanie, coprolalie).

Les obsessions frivoles, qui n'entrent pas en lutte avec les sentiments moraux, deviennent des actes automatiques, des tics (obsessions musicales, éreuthrophobie, coprophobie). L'obsession peut être de nature hypocondriaque.

En somme, la phobie et les obsessions sont le produit de perceptions se produisant sur un fond émotif morbide et qui, par leur durée et leur intensité, s'imposent à l'esprit d'une façon tyrannique.

Séglas, à tort, fait de l'obsession un dédoublement de la personnalité. Celle-ci n'est pas changée sauf le pouvoir inhibitoire affaibli, ainsi que la volonté et le pouvoir d'élimination.

Breuer, Freud et Janet ont décrit des idées fixes, des peurs, des jugements, des impulsions, tous états subconscients, apparaissant dans les attaques hystériques ou les accès de somnambulisme. On ne doit pas les ranger dans les idées fixes ; celles-ci sont une maladie de la conscience, celles-là de l'inconscience.

L'auteur approuve Morselli de distinguer les idées fixes en égoïstes et altruistes. Les idées fixes ne s'accompagnent pas en général d'hallucinations et ne deviennent pas des idées délirantes, fait noté par Morel et Falret (Congrès international 1889) ; pourtant Stéphani, Séglas, Catsaras, Mirto, Féré, Wernicke, Pitres et Régis en ont publié des observations. Les idées fixes peuvent devenir des idées délirantes, noyau d'un système de phobies, de jugements et de conceptions fausses. La perversion de l'instinct sexuel ne paraît pas devoir rentrer dans la classe des idées fixes.

Pour le pronostic, l'auteur admet deux catégories de cas : ceux de psychoasthénie originelle par maladie cérébrale infantile ou hérédité, peu curables, et ceux de neurasthénie acquise.

©BIUM

Par suite de l'association des idées et de l'état panophobique, l'obsession s'étend peu à peu. Rarement l'obsession se transforme en une autre psychopathie, avis que l'auteur partage avec Meynert, Schafer, Wille, Kræpelin, Wernicke, Morselli, Mickle, Séglas, qui ont observé la transformation de l'obsession en délire systématisé hypocondriaque. Falret, Magnan, Legrain nient toute transformation. Pitres et Régis ont cité des cas de passage à la mélancolie anxieuse avec idées délirantes et hallucinations. Le suicide est rare à cause du caractère indécis des sujets, surtout passé le début. Dans les cas de neurasthénie acquise la guérison est plus fréquente que dans la forme originelle.

Le traitement doit être prophylactique chez les héréditaires, avec exercice physique et mental. Chez les sujets normaux devenus neurasthéniques secondairement, traiter la neurasthénie. Il est rare de se trouver dans des conditions qui nécessitent l'internement : Westphal le croit nuisible, Rouillard et Iscovesco nécessaire ; c'est surtout la forme impulsive et la forme délirante hallucinatoire qui le nécessitent. S'inspirer des circonstances, de l'entourage, de la nature de l'obsession, de la débilité plus ou moins accentuée du malade. La suggestion hypnotique ou à l'état de veille donne peu de résultats (succès de Bramwel Milne). Employer plutôt la gymnastique intellectuelle et une direction intelligente de l'esprit, les paroles d'encouragement, la prophylaxie.

Dr G. Gombault.

Aliénés méconnus et condamnés ; par les Drs Geo. Villeneuve et E.-P. Chagnon, de Montréal. Extrait de l'*Union médicale du Canada*. Juin 1899.

Quelque souci que l'on prenne, en traitant un sujet médical, de réunir et de mentionner tous les travaux qui s'y rattachent, on court toujours et presque fatalement le risque d'être incomplet. Aussi dans l'exposé oral de mon rapport sur les *Aliénés méconnus et condamnés*, au Congrès de Marseille, en avril dernier, je m'accusais et m'excusais d'avance des lacunes que présenterait certainement ce travail. Certaines de ces lacunes ont été heureusement comblées au cours de la discussion ; le mémoire de deux de nos confrères d'un pays de langue française vient encore en combler d'autres et je n'ai qu'un regret, c'est de n'a-

©BIUM

voir pas eu le plaisir de les entendre le faire eux-mêmes à notre réunion annuelle.

Ces auteurs ont eu l'amabilité d'adopter ma division des aliénés méconnus et condamnés en deux grands groupes ; et de là à distinguer deux groupes d'erreurs judicaires dont peuvent pâtir ces sujets, il n'y avait qu'un pas. Ils appellent les premières erreurs judiciaires *intentionnelles*. Ce sont celles dont sont victimes les aliénés déclarés à tort responsables par les experts, ou par les tribunaux, malgré les conclusions inverses de l'expertise médico-légale. Le second groupe d'erreur comprend les erreurs judiciaires *non intentionnelles* qui frappent les aliénés dont l'état est totalement méconnu.

J'avais passé rapidement, à cause de leur rareté relative, sur les erreurs du premier groupe, tout en constatant combien elles étaient profondément regrettables quand elles se produisaient. Les auteurs canadiens ont agi de même. Ils se sont bornés à rappeler l'opinion de la *British Medical Association* et de Daniel Clarke, surintendant de l'asile d'aliénés de Toronto (Canada), ainsi que celle de M. H.-E. Allison, surintendant de la Matteawan State Hospital (Etats-Unis), qui constate que près de 50 p. 100 aliénés homicides ont été frappés de condamnations, 40 p. 100 au moins de ces sujets étant certainement aliénés à l'époque de la perpétration du crime.

MM. de Villeneuve et Chagnon ont, à bon droit, réservé toute leur attention et consacré toute la première partie de leur étude à ce qu'ils appellent les erreurs judiciaires non intentionnelles. Aux travaux cités dans mon rapport, ils ont ajouté ceux de MM. Thibaud et Lemesle (1896) et des recherches étrangères que j'avais sciemment écartées, ne voulant ni ne pouvant, sous peine de m'étendre outre mesure, faire une étude médico-légale internationale, comme l'a d'ailleurs fort obligeamment remarqué M. le Dr Pagl-Feldhof, qui a bien voulu analyser longuement mon rapport dans la revue du Dr Bresler, de Fribourg en Silésie (1), travail dont je suis heureux de le remercier ici. Les auteurs ont cité les recherches faites en Allemagne, à la prison de Waldheim (27 aliénés condamnés p. 100), et les travaux du Dr Kuhn qui a vu 144 aliénés condamnés pour délits, ainsi que les opinions de M. Fred. Hall et du professeur Leacock qui arrivent aux mêmes conclusions en Ecosse.

---

(1) Pagl-Feldhof. *Psychiatrische Wochenschrift*, 17 juin 1899, Fribourg en Silésie.

©BIUM

Pour la province de Québec, dont ils se sont spécialement occupés, ils ont vu que, de 1881 à 1897 inclusivement, 1.197 aliénés ont été reçus dans les prisons communes de la province. De ce nombre, 498 seulement n'y ont été reçus que temporairement, en attendant que les procédures instituées pour les placer dans les asiles fussent complètes ; ce qui laisse une balance de 699 aliénés condamnés pendant une période de dix-sept ans, soit une moyenne annuelle de 41 aliénés méconnus et condamnés.

La preuve que ces détenus étaient aliénés lors de leur condamnation est inscrite dans les registres de la prison. Ils y sont portés comme atteints d'aliénation mentale lors de leur admission, afin de les distinguer de ceux qui sont devenus aliénés pendant leur détention. Ce nombre de 699 doit être certainement majoré, car les registres portent 155 détenus comme devenus aliénés pendant leur incarcération. Or, les auteurs n'ont jamais vu, pour leur part, de cas d'aliénés condamnés sans que l'aliénation ne fût antérieure à la condamnation. Il peut donc y avoir là une erreur d'appréciation. Ils signalent, en passant, un cas intéressant par le libellé du jugement. Un constable arrête une folle échappée à la surveillance de ses parents pendant un congé d'essai et le magistrat la condamne à la prison, « attendu qu'une fille de nom inconnu, *mais qui se dit être la fille de Dieu*, a été reconnue par cette cour vagabonde, libertine, débauchée et coureuse de nuit, etc. ».

Les auteurs consacrent la deuxième partie de leur travail à l'examen de cas fort intéressants. Il s'agit d'aliénés condamnés et ayant subi toute leur peine néanmoins. Mais à l'expiration de cette peine, la plupart ont été transférés dans les asiles comme *incapables de prendre soin d'eux-mêmes* à cause de leur état mental. On aurait peut-être pu commencer par là, comme le font très judicieusement remarquer nos confrères.

J'avais déjà eu à mentionner l'exemple de la Belgique qui a organisé l'inspection psychiatrique des prisons. Il paraît qu'elle est nécessaire au Canada et encore ailleurs, car c'est elle que met aussi en relief le Dr Pagl-Feldhof dans l'analyse que j'ai rappelée plus haut.

On ne peut qu'approuver hautement les conclusions qui terminent le mémoire dont je viens d'esquisser les principaux traits :

1° Il ressort de cette étude que l'appréciation de la folie échappe manifestement à la compétence des magistrats, qui

©BIUM

restent forcément étrangers aux connaissances spéciales de la médecine.

2° Les magistrats devraient donc considérer comme un devoir de leur charge d'ordonner l'expertise médicale des prévenus chez qui les circonstances du crime, l'attitude ou les antécédents peuvent faire soupçonner un état mental défectueux.

3° Chaque fois que la défense allègue l'irresponsabilité du prévenu, les magistrats devraient ordonner une expertise médicale rigoureuse portant sur tous les éléments de la cause.

4° Les magistrats devraient confier cette mission à des médecins dont les connaissances spéciales et l'expérience donneraient toute garantie de compétence.

5° Les médecins des prisons devraient examiner tous les prévenus et faire rapport aux magistrats sur ceux dont l'état laisse des doutes.

Ces conclusions sont à peu de chose près celles de tous ceux qui ont touché la question. Je regrette que MM. de Villeneuve et Chagnon ne les aient pas formulées avant la lecture de mon rapport, car j'aurais été heureux de les y reproduire et cela me confirme dans mon opinion qu'il n'y a guère d'inconvénients à annoncer d'avance les questions à mettre au rapport dans les congrès, quoi qu'on en ait dit à Marseille, en avril dernier, pourvu que les auteurs qui seraient tentés par le sujet voulussent bien communiquer leurs résultats au rapporteur, ou tout au moins les apporter à la discussion, à quoi la science et l'humanité trouveraient certainement leur compte.

Dr Th. Taty.

I vantaggi economici della lavorazione agricola e industriale nei manicomi (Les avantages économiques du travail agricole et industriel dans les asiles); par le Dr G. Antonini, médecin chef de section au Manicome provincial de Bergame. — 1899.

« ..... Ce n'est pas mon intention, délibérément exclue d'ailleurs du titre de ces observations, de parler de la bienfaisante influence du travail champêtre, en tant qu'agent de traitement et de guérison..... Aussi bien, nulle question n'est plus à soulever techniquement, touchant l'utilité du travail non seulement agricole, mais encore industriel..... Je veux seulement montrer comment un asile où le travail est organisé

©BIUM

sur une vaste échelle voit diminuer ses charges, soit par le fait que, les guérisons s'y montrant plus rapides et en plus grand nombre, *le chiffre des journées de présence y sera moins élevé*, soit parce que le produit du travail des malades pourra véritablement ajouter à son bilan..... »

Ces quelques lignes résument fidèlement la notice que nous avons sous les yeux. Sa partie essentielle consiste dans une série de Tableaux donnant par *Doit* et *Avoir*, au cours de l'année 1894, le mouvement des ateliers en exercice à l'asile de Bergame : cordonnerie, vestiaire et lingerie, forge, étamage, menuiserie, vannerie de paille, toiles cirées, filature, tissage, etc. Ces tableaux sont des plus instructifs et semblent parfaitement coordonnés ; le malheur est que certains d'entre eux supportent mal l'examen détaillé et que, pour démonstratif que puisse en demeurer l'ensemble, l'esprit n'est pas moins impressionné défavorablement par les erreurs manifestes qu'ils offrent çà et là. Evidemment M. Antonini a inséré sans la contrôler une copie incorrecte du « Rapport administratif pour l'année 1894 », à moins que le typographe ne soit le vrai coupable du méfait... La chose n'a d'ailleurs qu'une importance secondaire, et s'il n'est plus tout à fait exact à nos yeux que ses seuls ateliers aient rapporté à l'asile un bénéfice net de vingt-deux mille neuf cent trente-cinq francs quatre-vingt-quinze centimes, la thèse du moins ne nous paraît avoir souffert aucune atteinte et subsiste dans toute sa justesse. Pour n'en citer, après l'auteur, que deux exemples probants, disons que la somme employée à l'entretien des bâtiments fut de 2.599 fr. 18, en 1894, grâce au travail fourni par les malades, alors que, en 1884, ce même article atteignit par l'emploi de la main-d'œuvre étrangère 2.611 fr. 27 ; la différence paraît d'abord insignifiante, mais i n'en est plus ainsi quand on sait que la valeur totale des édifices restaurés montait à 1.500.000 francs dans le premier cas et à 300.000 francs seulement dans le second, l'asile ayant beaucoup construit depuis 1884. — La paire de souliers, à cette dernière époque, revenait à 6 fr. 58 par individu séquestré et tombait à 4 fr. 18 après application du système nouveau.

Il semblerait que les asiles italiens, et en particulier celui de Bergame, n'aient pas de budget spécial et qu'ils figurent simplement, pour leurs recettes et dépenses, au milieu d'éléments analogues dans le budget global de la Province. C'est la seule façon de comprendre la phrase soulignée par nous intentionnellement au début de cette analyse : pour un asile français, qui

©BIUM

a son budget propre, la prospérité est en raison *directe* du nombre des journées de présence; le contraire ne saurait être exact qu'à l'égard de la caisse chargée d'acquitter le montant de ces journées, c'est-à-dire, chez nous, la caisse départementale, en Italie, la caisse provinciale. Les considérations ci-après confirment cette manière de voir : « ..... L'Administration qui, dans son ardeur généreuse, pourvut grandiosement par l'édification du nouvel asile au bien-être matériel et moral des aliénés de la province de Bergame, s'emploie continuellement, et de bonne grâce, à favoriser toute innovation utile et mérite vraiment d'être assignée comme modèle, pour avoir su en toute circonstance, *tout en tenant compte de l'obligation qui lui incombe de ne pas gaspiller les deniers publics*, rester à la hauteur des *desiderata* de la science et du progrès. La nouvelle installation coloniale en est une preuve... » Suit, comme hors-d'œuvre, la description détaillée, avec figures à l'appui, de cette installation vraiment remarquable. A ce dernier titre nous croyons devoir analyser compendieusement ce paragraphe un peu, pourtant, en dehors du sujet.

Orienté au midi, isolé dans les champs, à 500 mètres environ des dernières constructions nord de l'établissement, le pavillon colonial est long de 35 mètres et comprend, au rez-de-chaussée, outre un portique de onze arcades, une salle de réunion pour les malades et des magasins ou réserves agricoles. Par l'arceau médian, le plus large de tous (5 mètres), on accède au réfectoire, haut de $3^{m}50$ et carrant $11^{m}40 \times 4.75$. Ce local ouvre, au sud, trois grandes fenêtres et deux portes-fenêtres; au nord, une porte fenêtrée de quatre ouvertures et apte ainsi à fournir une excellente ventilation; toutes les baies sont munies de châssis vitrés et d'impostes. Les tables sont en marbre comme celles de l'asile; des bancs mobiles en bois et quelques chaises complètent le mobilier; des lampes électriques assurent l'éclairage. Les aliments proviennent de la cuisine centrale, assez voisine pour qu'il ne soit pas nécessaire de les faire réchauffer. Dans le vestibule, à gauche du réfectoire, se trouve un lavabo muni de trois robinets fournissant de l'eau potable; sous le portique, se rencontre également une vasque avec robinet, destinée au lavage des pieds, en vue de ceux qui rentrent sales des champs. Un escalier de vingt-sept marches mène au premier étage et se termine par un palier de $2^{m}50 \times 1^{m}45$. Là, une porte centrale donne accès dans un corridor de $11^{m}56 \times 2^{m}45$, correspondant au portique inférieur et contenant une

©BIUM

vaste « toilette » à trois robinets ; il conduit aux latrines supérieures. Le dortoir de gauche (H = 3m50. A = 5m64 × 4m90) compte trois fenêtres, deux au nord, l'autre au midi, mesurant 1 mètre × 1m95, munies de châssis en bois verni, vitrées et condamnées par une fermeture de sûreté ; il contient cinq lits de fer à sommiers en mailles de cuivre sur ressorts, système De Maria..... Le dortoir de droite, avec une surface de 5m50 × 4m96 et même hauteur, abrite cinq lits : il est éclairé par quatre fenêtres ; un troisième lui est en tout semblable, et un quatrième, haut de 4m20, développe une aire de 7m95 × 5m42 : celui-ci compte huit lits. Dans le dernier, au-dessus du magasins du rez-de-chaussée (7m95 × 8m50, cinq fenêtres) reposent douze malades. L'éclairage des dortoirs, corridors et pièces avoisinantes est exclusivement électrique. Une terrasse dessert les quatrième et cinquième dortoirs ; de sorte que, par cette voie et le corridor déjà mentionné, l'on peut facilement surveiller du dehors et sans troubler le sommeil des hommes ce qui se passe à l'intérieur.

La colonie comporte trente-deux aliénés dirigés par quatre gardiens, dont trois les accompagnent aux champs et travaillent avec eux : ce sont plutôt des valets ruraux que des infirmiers. Le quatrième, qui remplit les fonctions de chef, s'occupe du service intérieur, assure les relations entre la colonie et l'asile, préside aux distributions d'aliments, de linge, de tabac, tient la main au bon ordre et à la propreté, etc.

L'organisation de cette annexe coloniale paraît, comme on voit, des mieux entendues ; sans vouloir lui marchander les éloges mérités, elle serait pourtant, croyons-nous, passible en un point de quelques critiques : le cube d'air affecté à chaque individu, pendant la nuit, nous semble insuffisant, quand on songe, surtout, qu'il s'agit là de travailleurs, c'est-à-dire de gens à surproduction excrémentitielle et, partant, susceptibles de vicier rapidement et profondément l'atmosphère ambiante. Les trois premiers dortoirs donnent à peine un coefficient de 18 mètres cubes par tête ; les deux derniers, moins de 24 mètres cubes. Ces pièces sont, il est vrai, pourvues de larges et nombreuses ouvertures ; mais on ne saurait les laisser ouvertes par tous les temps et il est des nuits, à coup sûr, où l'air y devient promptement irrespirable. A cette réserve près, nous n'en souhaiterions pas moins pour nos malheureux malades une installation agricole aussi heureusement organisée que *paraît* l'être celle du manicome bergamasque. Dr E. Nicoulau.

©BIUM

Leitfaden der Electrodiagnostik und Electrotherapie für Praktiker und Studierende (Manuel d'électrodiagnostic et d'électrothérapie pour praticiens et étudiants) ; par le Dr Toby Cohn. Avec une préface du professeur Mendel, 1 vol. in-8°. Berlin, 1899.

Le Dr Toby Cohn, qui, pendant plusieurs années, a professé à la clinique psychiatrique du Dr Mendel, à Berlin, où il faisait des exercices pratiques d'électrodiagnostic et d'électrothérapie, a publié sous forme de manuel le résultat de son enseignement. Après avoir reconnu les difficultés qu'éprouvent les débutants en présence des explications mathématiques et physiques, qui les rebutent et les découragent pour une étude qui pourtant a son importance, il a tenu à présenter un vade-mecum, contenant sous une forme concise des notions indispensables, tout en étant suffisamment complètes, pour les étudiants et les praticiens.

L'ouvrage se compose de deux parties essentielles et bien distinctes, l'une consacrée à l'électrodiagnostic, et l'autre à l'électrothérapie.

Dans la première, on trouve d'abord les indications techniques essentielles, avec la description-type des courants galvaniques (éléments, courants, batteries, galvanomètres, etc.), et des courants faradiques (courants induits, interrupteurs, etc.). Mais tout cela est succinct et schématique, car un livre à lui seul ne peut suffire : il ne sert que comme indicateur pour les besoins pratiques et le maniement des appareils. On passe aux explications physiologiques (lois de Du Bois-Reymond, lois des secousses de Pflüger, électrotonus, etc...), et l'on aborde ensuite un des chapitres les plus importants, celui qui a trait à la pratique de l'exploration électrique. Une disposition des plus ingénieuses permet de se rendre facilement compte des lieux d'élection : une première figure d'anatomie descriptive montre la répartition topographique des muscles et des nerfs, et au-dessus se trouve superposée une mince feuille de papier pelure, fixé seulement à la partie supérieure, et sur lequel sont dessinés les téguments où les points d'élection pour l'exploration électrique se trouvent marqués en rouge. Cette mince feuille, par sa transparence et la superposition exacte, permet de se rendre compte scientifiquement de la façon dont on opère. Il existe six belles planches ainsi disposées pour la tête, les membres supérieurs, le tronc, et les membres infé-

©BIUM

rieurs. Après avoir étudié les variations physiologiques et pathologiques de la réaction des muscles et des nerfs moteurs (réaction de dégénérescence, etc.), on arrive à l'exploration des organes internes et de la sensibilité électrique, et, avec les variations de la résistance, on en a fini avec l'électrodiagnostic et les explications physiologiques qui occupent, à dessein une place prépondérante dans l'ouvrage.

Dans la seconde partie, l'auteur commence par affirmer qu'il n'attribue à la « suggestion » qu'un rôle bien secondaire dans les bienfaits obtenus par l'électrothérapie, et après quelques principes généraux sur le mode et l'opportunité de l'intervention, il passe en revue les applications aux différentes maladies concernant : — les nerfs périphériques (névralgies, névrites, tics, sciatique, paralysies radiale et faciale, etc.), — les muscles (dystrophies, myosites, rhumatismes, crampes), — la moelle (tabes, paralysies spinales, paresthésies et hyperesthésies), — le cerveau : galvanisation locale de la tête dans l'artério-sclérose, les méningites, la paralysie générale (?), les psychoses de toute sorte, tumeurs, hémiplégies d'origine cérébrale, migraines, vertiges, atrophie du nerf optique, maladies du bulbe, asphyxie, etc., — et enfin dans une foule d'affections diverses : hystérie, neurasthénie, hypocondrie, névroses traumatiques, troubles vésicaux et sexuels, insomnies, palpitations de cœur, chorée, athétose, maladie de Basedow, paralysie agitante, tétanie, névroses professionnelles, troubles vaso-moteurs des extrémités (asphyxie locale, œdème, urticaire, hyperhidrose), — affections de l'estomac et du rectum (constipation), — prurigo, sclérodermie, — chlorose et anémie.

En terminant, on trouve la description des différents appareils employés et leur mode d'application, et enfin dans un appendice un exposé sommaire de la franklinisation.

L'auteur a laissé volontairement de côté les courants de haute fréquence, la galvanocaustique, et la radiographie.

Dr Lalanne.

©BIUM

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Bureau pour 1900

La Société médico-psychologique a procédé, dans sa séance du 26 décembre 1899, au renouvellement de son Bureau pour l'année 1900.

Ont été élus :

Président : M. MAGNAN.
Vice-président : M. JOFFROY.
Secrétaire général : M. RITTI ;
Secrétaires annuels : MM. SEMELAIGNE et SOLLIER ;
Trésorier : M. BRUNET.
Bibliothécaire-archiviste : M. BOISSIER.

LISTE DES MEMBRES

MEMBRES HONORAIRES

DAGONET (H.), médecin en chef honoraire des asiles de la Seine, 1, rue Cabanis. — 22 *février* 1858.

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

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

MITIVIÉ (Albert), médecin, 33, rue de Bourgogne. — 22 *avril* 1863.

ROUSSELIN, ancien inspecteur général des asiles d'aliénés, 8, rue de la Rochelle, Elbeuf (Seine-Inférieure). — 27 *février* 1865.

MEMBRES TITULAIRES

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

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

©BIUM

médecin des hôpitaux, 39, rue du Général-Foy. — 28 *mai* 1883.

BLIN, médecin à l'asile de Vaucluse, par Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise). — 25 *mai* 1889.

BOISSIER (François), médecin, 20, rue du Vieux-Colombier. — 29 *octobre* 1894.

BOUCHEREAU, médecin en chef à l'asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis. — 27 *novembre* 1871.

BOURNEVILLE, médecin de Bicêtre, 14, rue des Carmes. — 26 *janvier* 1880.

BRIAND (Marcel), médecin en chef à l'asile de Villejuif (Seine). — 25 *juillet* 1881.

BRUNET (Daniel), médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés, 20, rue des Écoles. — 30 *janvier* 1860.

CHARPENTIER, médecin de la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital. — 30 *mai* 1881.

CHASLIN (Ph.), médecin de Bicêtre, 64, rue de Rennes. — 23 *mai* 1887.

CHRISTIAN (Jules), médecin de la maison nationale de Charenton, Saint-Maurice (Seine). — 26 *juin* 1865.

DENY, médecin de la Salpêtrière, 18, rue de la Pépinière. — 27 *décembre* 1897.

DUBUISSON (Paul), médecin en chef à l'asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis. — 18 *mai* 1885.

DUPAIN, médecin en chef de l'asile de Saint-Méen, Rennes (Ille-et-Vilaine). — 25 *juin* 1888.

FALRET (Jules), médecin honoraire de la Salpêtrière, 114, rue du Bac. — 27 *mars* 1854.

FEBVRÉ, médecin en chef à l'asile de Ville-Evrard, près Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 25 *février* 1889.

FÉRÉ (Ch.), médecin de Bicêtre, 37, boulevard Saint-Michel. — 25 *juin* 1883.

GARNIER (Paul), médecin en chef de l'infirmerie spéciale du Dépôt de la Préfecture de police, 16, boulevard Montmartre. — 25 *juillet* 1881.

GOUJON, sénateur, 15, place Daumesnil. — 2 *février* 1877.

HUET, médecin, 21, rue Jacob. — 24 *novembre* 1890.

JANET (Pierre), médecin, professeur au collège Rollin, 21, rue Barbet-de-Jouy. — 28 *janvier* 1895.

JOFFROY, professeur à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux, 195, boulevard Saint-Germain. — 25 *mai* 1891.

KLIPPEL, médecin des hôpitaux, 20, rue de Grenelle. — 27 *novembre* 1893.

LEGRAIN, médecin en chef à l'asile de Ville-Evrard, près Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 30 *juillet* 1888.

©BIUM

LEGRAS, médecin-adjoint de l'infirmerie spéciale du Dépôt de la Préfecture de police, 7, passage Saulnier. — 26 *décembre* 1898.

MAGNAN (V.), médecin en chef à l'asile Sainte-Anne, membre de l'Académie de médecine, 1, rue Cabanis. — 27 *novembre* 1871.

MARANDON DE MONTYEL, médecin en chef à l'asile de Ville-Evrard, près Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 26 *mars* 1888.

MEURIOT, médecin-directeur de la maison de santé, 17, rue Berton, Paris-Passy. — 2 *février* 1877.

MOREAU (DE TOURS), médecin-directeur de la maison de santé Esquirol, 23, rue de la Mairie, Ivry-sur-Seine. — 26 *mars* 1877.

MOTET (A.), médecin-directeur de la maison de santé, membre de l'Académie de médecine, 161, rue de Charonne. — 24 *février* 1862.

NAGEOTTE, médecin suppléant de Bicêtre, 5, rue Vavin. — 25 *juillet* 1898.

PACTET, médecin de l'asile de Villejuif (Seine). — 29 *février* 1892.

POTTIER (Paul), médecin-directeur de la maison de santé, 10, rue Picpus. — 27 *février* 1888.

RAFFEGEAU, médecin de l'établissement hydrothérapique, 9, avenue des Pages, le Vésinet (Seine-et-Oise). — 24 *novembre* 1884.

RAYMOND (F.), professeur à la Faculté de médecine, 156, boulevard Haussmann. — 30 *novembre* 1896.

RITTI (Ant.), médecin de la maison nationale de Charenton-Saint-Maurice (Seine). — 27 *mars* 1876.

ROUBINOVITCH (G.), médecin-suppléant de la Salpêtrière, 113, rue du Faubourg-Poissonnière. — 27 *juin* 1892.

ROUSSEL (Théophile), sénateur, membre de l'Académie de médecine et de l'Académie des sciences morales et politiques, 71, rue du Faubourg-Saint-Honoré. — 25 *novembre* 1889.

SÉGLAS (J.), médecin de l'hospice de Bicêtre, 96, rue de Rennes. — 28 *juillet* 1884.

SEMELAIGNE (René), médecin-directeur de la maison de santé, château de Saint-James, 16, avenue de Madrid, Neuilly (Seine). — 29 *décembre* 1890.

SÉRIEUX (Paul), médecin à l'asile de Ville-Evrard, par Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 25 *janvier* 1892.

SOLLIER (Paul), médecin-directeur de la maison de santé, 145, route de Versailles, Boulogne (Seine). — 25 *mai* 1891.

TAGUET, médecin en chef à l'asile de la Maison-Blanche, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 15 *novembre* 1875.

TAULE, directeur honoraire des asiles d'aliénés, 270, boulevard Raspail. — 31 *janvier* 1887.

TOULOUSE, médecin à l'asile de Villejuif (Seine). — 27 *juin* 1892.

©BIUM

VALLON (Ch.), médecin en chef à l'asile de Villejuif (Seine). — 12 *mars* 1883.

VOISIN (Jules), médecin de la Salpêtrière, 23, rue Saint-Lazare. — 10 *novembre* 1879.

MEMBRES CORRESPONDANTS

ANGLADE, médecin-adjoint de l'asile de Braqueville (Haute-Garonne). — 31 *juillet* 1899.

ANTHEAUME, ancien chef de la clinique des maladies mentales de la Faculté de Paris, 6, rue Scheffer, Paris. — 27 *mars* 1899.

ARMAINGAUD, médecin, Bordeaux (Gironde). — 29 *novembre* 1880.

BÉCOULET, médecin honoraire des asiles d'aliénés. — 27 *février* 1882.

BERNARD-LEROY (Eugène), médecin, 30, rue Miromesnil, Paris. — 27 *novembre* 1899.

BEUGNIÈS-CORBEAU, médecin, Givet (Ardennes). — 25 *mai* 1891.

BIAUTE, médecin en chef de l'asile d'aliénés, Nantes (Loire-Inférieure). — 28 *juin* 1880.

BLAISE, médecin, 69, boulevard Magenta, — 28 *janvier* 1889.

BOETEAU, médecin, 18, rue de Chanzy, Le Mans (Sarthe). — 27 *juin* 1892.

BONNET (Henry), médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés, 13, boulevard Porée, Saint-Servan (Ille-et-Vilaine). — 30 *avril* 1860.

BONNET, médecin en chef de l'asile de Saint-Robert (Isère). — 25 *janvier* 1892.

BOUBILA, médecin en chef à l'asile de Marseille (Bouches-du-Rhône). — 25 *avril* 1892.

BOUCHAUD, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Lommelet, près Lille (Nord). — 12 *mars* 1894.

BOURDIN (V.), médecin-adjoint de l'asile de la Charité (Nièvre). — 28 *juin* 1897.

BRETON, médecin, 15, place Daray, Dijon (Côte-D'or). — 27 *novembre* 1899.

CAMPAGNE, médecin en chef honoraire des asiles d'aliénés. — 26 *mars* 1866.

CARRIER (Albert), professeur agrégé de la Faculté de médecine, médecin honoraire des hôpitaux, 138, route de Vienne, Lyon (Rhône). — 28 *janvier* 1884.

CHAMBARD (E.), médecin en chef à l'asile de Clermont (Oise). — 28 *juillet* 1884.

CHARON (René), médecin-directeur de l'asile de Saint-Alban (Lozère). — 27 *juin* 1898.

COLIN (H.), médecin de l'asile de Gaillon (Eure). — 29 *février* 1892.

©BIUM

COULON, médecin-adjoint de l'asile de Clermont (Oise). — 30 *janvier* 1899.

CULLERRE, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de La Roche-sur-Yon (Vendée). — 30 *juin* 1879.

DANNER, directeur de l'École de médecine de Tours (Indre-et-Loire). — 26 *octobre* 1868.

DARIN (Henry), ancien interne des asiles de la Seine. — 1er *juin* 1896.

DARNIS, ancien médecin en chef de l'asile d'aliénés de Montauban. — 27 *mars* 1871.

DELAPORTE, médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés. — 23 *février* 1891.

DÉRICQ (Lucien), médecin-directeur de l'asile de Bonneval (Eure-et-Loir). — 26 *novembre* 1888.

DESMAISONS, ancien médecin-directeur de la Maison de santé de Castel-d'Andorte, le Bouscat, près Bordeaux (Gironde). — 12 *décembre* 1859.

DHEUR, médecin-adjoint de la maison de santé Esquirol, 23, rue de la Mairie, Ivry (Seine). — 28 *février* 1898.

DOUTREBENTE (Gabriel), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Blois (Loir-et-Cher). — 27 *mars* 1871.

DUBUISSON (Maxime), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Braqueville, près Toulouse (Haute-Garonne). — 24 *novembre* 1890.

DUFOUR, député, médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés, Paris. — 27 *novembre* 1871.

DUMAS, agrégé de philosophie, 14, rue de l'Abbé-de-l'Épée, Paris. — 28 *juillet* 1890.

DUMAZ, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Bassens (Savoie). — 23 *février* 1891.

DUPRÉ, professeur agrégé de la Faculté de médecine, 47, rue Saint-Georges, Paris. — 26 *décembre* 1898.

FABRE DE PARREL, médecin, Dieppe (Seine-Inférieure). — 28 *juin* 1880.

FUSIER, médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés, Chambéry (Savoie). — 26 *janvier* 1857.

GALLOPAIN (Clovis), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Fains, près Bar-le-Duc (Meuse). — 28 *janvier* 1878.

GARNIER (Samuel), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Dijon (Côte-d'Or). — 28 *janvier* 1889.

GIRAUD (Albert), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Saint-Yon, par Sotteville-lès-Rouen (Seine-Inférieure). — 22 *mai* 1882.

GODFERNAUX, docteur ès lettres, professeur de l'Université. — 24 *février* 1896.

©BIUM

GORODICHZE, médecin, 35, rue de la Bienfaisance, Paris. — 26 *février* 1894.

GREFFIER, médecin, Grenoble (Isère). — 11 *décembre* 1882.

GUIBERT, médecin en chef de l'asile d'aliénés, Saint-Brieuc (Côtes-du-Nord). — 28 *juin* 1897.

HANNION, médecin, 40, rue Libergier, Reims (Marne). — 29 *octobre* 1894.

HOSPITAL, médecin en chef de l'asile Sainte-Marie, 54, rue Sainte-Claire, Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme). — 27 *mai* 1872.

KÉRAVAL, médecin-directeur de l'asile d'Armentières (Nord). — 29 *novembre* 1897.

LABITTE (Georges), médecin, Clermont (Oise). — 18 *mai* 1885.

LACHAUX, médecin, 57, rue Saint-Ferréol, Marseille (Bouches-du-Rhône). — 31 *décembre* 1894.

LACOUR, médecin des hôpitaux, Lyon (Rhône). — 28 *octobre* 1878.

LAGRANGE, médecin-directeur de l'asile de Poitiers (Vienne). — 30 *juillet* 1888.

LAILLER, pharmacien en chef honoraire des asiles d'aliénés, 23 *bis*, rue de Sotteville, Rouen (Seine-Inférieure). — 28 *février* 1876.

LALLEMANT, médecin-directeur de l'asile de Quatre-Mares (Seine-Inférieure). — 28 *novembre* 1898.

LAPOINTE, médecin-directeur de l'asile d'aliénés d'Auxerre (Yonne). — 25 *juillet* 1881.

LARROQUE (Benjamin), médecin, 1131, Calle Cuyo, Buenos-Ayres (République Argentine). — 26 *juillet* 1886.

LARROUSSINIE, médecin de la maison de santé, Caudéran, près Bordeaux (Gironde). — 24 *juillet* 1893.

LAURENT (Armand), ancien médecin en chef des asiles d'aliénés, médecin-chef de l'Hôtel-Dieu, rue Jeanne-d'Arc, Rouen (Seine-Inférieure). — 28 *juillet* 1862.

LE FILLIATRE, médecin, 37, Grande-Rue, Villejuif (Seine). — 30 *décembre* 1895.

LEMOINE, professeur à la Faculté de médecine, 29, boulevard de la Liberté, Lille (Nord). — 27 *février* 1888.

LEROY (Raoul), médecin-adjoint à l'asile d'Evreux (Eure). — 28 *mars* 1898.

LIONET (Ch.), médecin, Doué-la-Fontaine (Maine-et-Loire). — 25 *novembre* 1889.

LWOFF, médecin-adjoint de l'asile de Prémontré (Aisne). — — 20 *janvier* 1893.

MABILLE (H.), médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Lafont, près la Rochelle (Charente-Inférieure). — 30 *juin* 1879.

MAIRET (A.), professeur de la clinique des maladies mentales, 10, avenue du Stand, Montpellier (Hérault). — 28 *février* 1885.

©BIUM

MARET, médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés. — 30 *novembre* 1874.

MARIE, médecin-directeur de la colonie d'aliénés, Dun-sur-Auron (Cher). — 25 *janvier* 1893.

MASBRENIER, médecin, Melun (Seine-et-Marne). — 25 *mai* 1874.

MAUPATÉ, médecin-adjoint de l'asile d'Armentières (Nord). — 28 *mai* 1894.

MEILHON, médecin-directeur de l'asile de Quimper (Finistère). — 27 *juillet* 1891.

MORDRET, médecin en chef honoraire des asiles d'aliénés, le Mans (Sarthe). — 26 *mars* 1877.

NICOULAU, médecin en chef de l'asile de Cadillac (Gironde). — 29 *février* 1892.

NIEPCE, médecin, Allevard (Isère). — 25 *janvier* 1858.

NOIR (Julien), médecin, 45, rue Monge, Paris. — 28 *février* 1898.

PAILHAS, médecin-adjoint de l'asile du Bon-Sauveur, Albi (Tarn). — 25 *janvier* 1897.

PARANT (Victor), médecin-directeur de la maison de santé, 17, allées de la Garonne, Toulouse (Haute-Garonne). — 27 *décembre* 1875.

PÉON, médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés, 2, rue Botanique, Angers (Maine-et-Loire). — 11 *novembre* 1872.

PETIT (Gilbert), médecin en chef de l'asile du Mans (Sarthe). — 26 *novembre* 1888.

PICARD, médecin, la Malgrange, près Nancy (Meurthe-et-Moselle). — 29 *avril* 1878.

PIERRET, professeur de la clinique des maladies mentales, médecin en chef à l'asile d'aliénés de Bron (Rhône). — 12 *mars* 1883.

PITRES, doyen de la Faculté de médecine, 119, cours d'Alsace-et-Lorraine, Bordeaux. — 30 *novembre* 1896.

RAMADIER, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Rodez (Aveyron). — 24 *décembre* 1888.

RÉGIS (Emmanuel), chargé de cours de pathologie mentale à la Faculté de médecine, 154, rue Saint-Sernin, Bordeaux (Gironde). — 27 *juin* 1881.

REY (Ph.), médecin-directeur de l'asile d'Aix-en-Provence. (Bouches-du-Rhône). — 25 *février* 1884.

REYNAUD, ancien médecin-adjoint des asiles d'aliénés. — 28 *mars* 1881.

RIST (Adrien), médecin-directeur de la maison de santé, la Châtaigneraie, 11, rue des Deux-Moulins, Versailles (Seine-et-Oise). — 25 *juillet* 1881.

ROUBY, médecin de la Maison de santé de Saint-Eugène, Alger. — 26 *décembre* 1892.

ROUGÉ (Calixte), médecin en chef de l'asile d'aliénés, Limoux (Aude). — 28 mai 1883.

©BIUM

SAINT-LAGER, médecin, Lyon (Rhône). — 30 *mars* 1868.
SIMON (Max), médecin en chef honoraire des asiles d'aliénés, 7, place Saint-Jean, Lyon (Rhône). — 27 *novembre* 1882.
SIZARET, médecin en chef honoraire des asiles d'aliénés, Clermont (Oise). — 15 *novembre* 1875.
TEILLEUX, médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés, le Mans (Sarthe). — 31 *décembre* 1855.
TERRIEN, médecin, Les Essarts (Vendée). — 24 *décembre* 1898.
THIBAUD, médecin-adjoint de l'asile de Quimper (Finistère). — 28 *juin* 1897.
THIVET, médecin-adjoint de l'asile de Quatre-Mares (Seine-Inférieure). — 31 *mars* 1890.
TISSIÉ (Ph.), médecin, 95, rue Fondaudège, Bordeaux (Gironde). — 25 *novembre* 1895.
TOY, médecin-adjoint de l'asile de Larochegandon (Mayenne). — 25 *janvier* 1897.
TRENEL, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Yon (Seine-Inférieure). — 29 *juillet* 1895.
VIGOUROUX, médecin-adjoint de la colonie d'aliénés, Dun-sur-Auron (Cher). — 27 *mars* 1893.

MEMBRES ASSOCIÉS ÉTRANGERS

ALLEMAGNE.

BROSIUS, médecin-directeur de la maison de santé, Bendorf, près Coblence. — 28 *octobre* 1878.
LAEHR (Hans), médecin-directeur de la maison de santé de Schweizerhof, près Berlin. — 11 *novembre* 1889.
NÆCKE (L.), médecin de l'asile d'aliénés de Hubertusburg, près Leipzig (Saxe). — 27 *novembre* 1893.
NEISSER (Clemens), médecin de l'asile de Leubus. — 28 *mars* 1892.
PIERSON (R.-H.), médecin de la maison de santé de Lindenhof-Coswig, près Dresde. — 27 *mai* 1895.
SCHULE (H.), médecin-directeur de l'asile d'aliénés d'Illenau (Grand-Duché de Bade). — 28 *mai* 1888.
TUCZEK (F.), professeur de psychiatrie à la Faculté de médecine, directeur de l'asile d'aliénés, Marburg (Hesse-Cassel). — 27 *novembre* 1893.
ZIEHEN (Th.), professeur à l'Université d'Iéna (Saxe-Weimar). — 22 *février* 1897.

ANGLETERRE.

BATEMAN, médecin, Norwich. — 25 *janvier* 1875.
BROWNE (sir J. Crichton), médecin, « Lord Chancellor's Visitor » New Law Courts, Strand, W. C. — 31 *octobre* 1881.

©BIUM

CLOUSTON, médecin superintendant de l'asile royal de Morningside, Edimbourg. — 31 *octobre* 1881.

CONOLLY-NORMAN, médecin de l'asile de Richmond, Grangegorman, Dublin (Irlande). — 26 *novembre* 1894.

FLETCHER BEACH, Winchester House, Kingston Hill, Surrey (Angleterre). — 26 *novembre* 1894.

GASQUET (J.-R.), médecin, Saint-George's Retreat, Burgess Hill. — 31 *octobre* 1881.

GRANVILLE (Mortimer), médecin, Londres. — 26 *janvier* 1880.

MACKINTOSH (Donald), médecin, 10, Lancaster Road, Belsize Park, N. W — 25 *novembre* 1867.

MAUDSLEY (Henry), ancien professeur de médecine légale à l'University College, Londres. — 26 *décembre* 1864.

NICOLSON (David), medical-superintendant de l'asile d'Etat de Broadmoor, Wokingham, Berks. — 31 *octobre* 1881.

PERCY SMITH, superintendant de l'Hôpital de Bethlem, Londres. — 24 *juin* 1895.

ORANGE (William), ancien médecin en chef de l'asile de Broadmoor, 12, Lexham Gardens, Londres. — 31 *octobre* 1881.

RAYNER (Henry), médecin, 2, Harley Street, Londres. — 31 *octobre* 1881.

ROBERTSON (Charles A. Lockhart), Lord Chancellor's Visitor, Gunsgreen, the Drive, Wimbledon. — 24 *décembre* 1864.

RUTHERFORD (James), médecin en chef de « Crichton Royal Institution », Dumfries. — 31 *octobre* 1881.

SAVAGE (G.-H.), médecin, 3, Henriette Street, Cavendish Square, W. — 31 *octobre* 1881.

SHAW (Thomas C.), médecin en chef du « London County Asylum », Banstead, Surrey. — 31 *octobre* 1881.

SIBBALD (John), « Commissionner in Lunacy » pour l'Ecosse, 3, Saint-Margared's Road, Edimbourg. —

URQUHART, médecin-directeur de « James Murray's Royal Asylum, Perth (Ecosse). — 26 *décembre* 1892.

AUTRICHE-HONGRIE.

KRAFFT-EBING (DE), professeur de clinique des maladies mentales à l'Université de Vienne. — 25 *mars* 1867.

LAUFENAUER (CH.), professeur des maladies mentales et nerveuses à l'Université de Budapest (Hongrie). — 11 *novembre* 1889.

OBERSTEINER (Henri), professeur à l'Université, médecin-directeur de la maison de santé d'Ober-Dœbling, près Vienne. — 26 *novembre* 1883.

PICK (Arnold), professeur de psychiatrie à l'Université de Prague (Bohême). — 24 *novembre* 1884.

©BIUM

PILCZ, médecin-adjoint de 1re clinique psychiatrique de Vienne. — 27 *juin* 1898.

SALGO, médecin de l'asile d'aliénés de Lipometzo, Budapesth (Hongrie). — 25 *novembre* 1889.

BELGIQUE.

CUYLITS, médecin en chef de l'asile d'Evère, 44, boulevard de Waterloo, Bruxelles. — 30 *juin* 1884.

DESGUIN (Victor), membre de l'Académie de médecine de Belgique, 24, rue de Vanneau, Anvers. — 26 *octobre* 1885.

FRANCOTTE, professeur à l'Université, 15, quai de l'Industrie, Liège. — 31 *décembre* 1894.

LEFEBVRE, professeur à l'Université de Louvain. — 30 *novembre* 1874.

LENTZ, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Tournai, inspecteur-adjoint des asiles d'aliénés du Royaume. — 24 *novembre* 1874.

MASOIN, professeur à l'Université, médecin de l'asile d'aliénées de Louvain. — 20 *décembre* 1875.

MOREL (Jules), médecin en chef de l'asile des aliénées, inspecteur-adjoint des asiles d'aliénés du Royaume, Mons. — 30 *novembre* 1874.

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

SANO (Fritz), médecin, 2, rue Montebello, Anvers. — 30 *octobre* 1899.

VAN DEN ABEELE, médecin en chef de l'hospice Saint-Julien, Bruges. — 17 *février* 1868.

VERMEULEN, médecin en chef des asiles d'aliénées et du Strope, à Gand, inspecteur-adjoint des asiles d'aliénés du royaume. — 17 *février* 1868.

BRÉSIL.

COUTINHO, médecin de l'asile d'aliénés de Pernambuco. — 24 *juin* 1889.

NINA RODRIGUEZ, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Bahia. — 6 *juin* 1898.

SOUZA-LEITE, médecin, ancien interne des asiles d'aliénés de la Seine, Balma. — 11 *novembre* 1889.

TEIXEIRA-BRANDAO, médecin, Rio-de-Janeiro. — 26 *novembre* 1883.

CANADA.

BOURQUE (E.-J.), professeur de clinique des maladies mentales, médecin en chef de l'asile Saint-Jean-de-Dieu, Longue-Pointe, près Montréal. — 11 *novembre* 1889.

©BIUM

CHAGNON, médecin-assistant de l'asile Saint-Jean-de-Dieu, Longue-Pointe. — 27 *mars* 1899.

VALLÉE (Arthur), médecin de l'asile d'aliénés de Québec. — 11 *novembre* 1889.

CHILI.

BECA (Manuel), médecin de la Casa de Orates, Santiago. — 29 *mars* 1897.

ÉGYPTE.

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

ESPAGNE.

GINE Y PARTAGAS, médecin, Barcelone. — 29 *juillet* 1878.

PII Y MOLIST, médecin de l'asile d'aliénés, Barcelone. — 31 *janvier* 1859.

SANJUAN, médecin en chef de l'asile d'aliénés, Saragosse. — 26 *juillet* 1897.

ÉTATS-UNIS.

ALDER BLUMER, superintendant, Utica State Hospital, New-York — 30 *octobre* 1899.

BURR (C.-B.), secrétaire de l'Association médico-psychologique américaine, Flint, Michigan. — 27 *novembre* 1899.

CLARK BELL, avocat, président de la Société médico-légale, nº 57, Broadway, New-York. — 11 *novembre* 1889.

COWLES (Edward), superintendant g. de l'Hôpital de Mac-Lane, Sommerville, Boston (Massachusetts). — 25 *mars* 1895.

ECHEVERRIA, médecin, New-York. — 29 *novembre* 1878.

GRAY, médecin en chef de l'asile d'aliénés de New-York, Utica. — 24 *novembre* 1880.

HALL (David), médecin de l'asile d'aliénés de Northampton (Massachusetts). — 23 *mai* 1887.

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

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

ROBINOVITCH (Mlle Louise), médecin à New-York. — 30 *octobre* 1899.

GRÈCE.

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

MITAFTSIS (Télémaque), professeur agrégé des maladies nerveuses

©BIUM

et mentales, à l'Université, 68^A, rue de l'Académie, Athènes. — 30 *octobre* 1899.

Hollande.

Hubrecht, secrétaire général du ministère de l'intérieur, la Haye, — 27 *octobre* 1879.
Jong (de), médecin à la Haye. — 27 *octobre* 1879.
Sweens, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Vorburg, Vucht, près Bois-le-Duc. — 11 *novembre* 1889.
Van Andel, inspecteur des asiles d'aliénés de la Hollande. — 27 *octobre* 1879.
Van der Lith, ancien médecin-directeur de l'asile d'Utrecht. — 27 *octobre* 1879.
Van der Swalme, médecin, à Middelbourg. — 27 *octobre* 1879.
Van Persijn, médecin-directeur de l'asile de Meerenberg. — 27 *octobre* 1879.
Wellenbergh, médecin, à Amsterdam. — 29 *novembre* 1886.

Italie.

Azzurri (Francesco), architecte, 68, via Panisperna, Rome. — 25 *avril* 1864.
Biffi (Séraph.), médecin-directeur de l'établissement sanitaire de Saint-Celse, Milan. — 30 *avril* 1855.
Bini, médecin, Florence. — 30 *juillet* 1877.
Cascella (Francesco), médecin du manicome d'Aversa. — 30 *mars* 1896.
Frigerio, médecin-directeur de l'asile d'aliénés d'Alexandrie. — 26 *novembre* 1883.
Fochi (Camille), médecin du manicome de Colorno. — 28 *juillet* 1884.
Funaioli, professeur de psychiatrie à l'Université, directeur du manicome de Sienne. — 29 *avril* 1878.
Giacchi, médecin-directeur du manicome provincial de Cuneo, à Raconigi. — 28 *novembre* 1878.
Lombroso, professeur de médecine légale et de psychiatrie à l'Université de Turin.
Massalongo (Roberto), médecin à l'hôpital Major, Vérone. — 28 *janvier* 1889.
Mingazzini (Giovanni), docent de clinique psychiatrique à l'Université de Rome. — 30 *décembre* 1895.
Morselli (E.), directeur de la Clinique psychiatrique, professeur de neuropathogie et d'électrothérapie, 46, via Assaroti, Gênes.
Perla, médecin, Aversa. — 25 *mai* 1868.

©BIUM

RIVA, médecin-directeur de l'asile d'Ancone. — 27 *mars* 1882.
SANNICOLA, médecin, Aversa. — 25 *mai* 1868.
SANTE DE SANCTIS, professeur agrégé à l'Université de Rome. — 29 *mars* 1897.
SEPPILLI, médecin-directeur du manicome de Brescia. — 27 *mars* 1882.
STACCHINI, vice-directeur du manicome de Florence. — 30 *juillet* 1877.
TAMBURINI, directeur du manicome de Reggio-Emilia, professeur de clinique psychiatrique à l'Université de Modène. — 24 *juin* 1878.
TONINO, médecin-directeur de la maison de santé Colombo, à Milan. — 26 *mars* 1866.
VENTURI (Silvio), médecin du manicome provincial de Catanzaro, à Girifalco. — 26 *novembre* 1888.
VIRGILIO, médecin-directeur du manicome d'Aversa. — 28 *novembre* 1881.

LUXEMBOURG (GRAND-DUCHÉ DE).

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

PORTUGAL.

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

RÉPUBLIQUE ARGENTINE.

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

ROUMANIE.

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

RUSSIE.

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

©BIUM

BERNSTEIN (A.), médecin de la Clinique psychiatrique de Moscou. — 30 *novembre* 1896.

BECHTEREW (W.), médecin des maladies mentales et nerveuses, Saint-Pétersbourg. — 11 *novembre* 1889.

DMITREVSKY, médecin en chef de l'asile Notre-Dame-des-Affligés, près Saint-Pétersbourg. — 26 *décembre* 1898.

GORSKY (Mme DE). — 29 *octobre* 1888.

HERZOG, médecin, Saint-Pétersbourg. — 13 *avril* 1863.

JACOBY (Paul), médecin, Moscou. — 26 *décembre* 1881.

KORSAKOFF, privat docent à l'Université de Moscou. — 11 *novembre* 1889.

KOWALEWSKI, professeur à l'Université de Kharkoff. — 31 *mai* 1886.

MIERZEJEWSKI, professeur de la clinique des maladies mentales à l'Académie médico-chirurgicale, Saint-Pétersbourg. — 28 *octobre* 1878.

ORCHANSKY, professeur à l'Université de Kharkow. — 27 *février* 1899.

POPOFF, professeur à l'Université de Varsovie. — 29 *octobre* 1888.

ROTHE, médecin, Varsovie. — 30 *avril* 1877.

SOKALSKY, médecin de l'hôpital de Saint-Nicolas, Saint-Pétersbourg. — 28 *février* 1898.

SOUKHANOFF, médecin de la clinique psychiatrique de Moscou. — 27 *juillet* 1896.

SKWORTZOFF (Mlle Nadine). — 25 *juillet* 1881.

TOKARSKY, médecin de la clinique psychiatrique de Moscou. — 11 *novembre* 1889.

SERBIE.

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

SUÈDE ET NORVÈGE.

BECHHOLM, médecin-adjoint de l'asile de Bergen. — 28 *décembre* 1896.

BERLINY, médecin, à Malmö.

BJOLSTROM, professeur de psychiatrie de l'Université de Stockholm. — 27 *octobre* 1884.

LINDBOE, médecin en chef de l'asile de Gaustad, près Christiania. — 29 *décembre* 1874.

PLATOU, médecin en chef de l'asile d'Eg, près de Christiansand. — 29 *décembre* 1884.

SALOMON, médecin de l'asile d'aliénés, Malmö. — 23 *avril* 1863.

SUISSE.

CHATELAIN, ancien médecin en chef de l'asile de Préfargier, Saint-Blaise (Neuchâtel). — 28 *juillet* 1890.

©BIUM

DUNANT, ancien professeur d'hygiène à l'Université de Genève. — 14 *mars* 1863.

GODET, médecin-directeur de l'asile de Préfargier (Neufchâtel). — 27 *février* 1899.

LADAME (Paul), privat docent à l'Université, 24, rue de la Corraterie, Genève. — 28 *juillet* 1884.

MARTIN (Joannès), médecin-directeur de l'asile d'aliénés, Genève. — 26 *février* 1895.

PACHOUD, médecin de l'asile de Bois-de-Céry, près Lausanne. — 28 *mars* 1892.

RABOW, professeur à la Faculté de médecine de Lausanne, médecin de l'asile de Cery. — 27 *février* 1899.

SERRIGNY, médecin-directeur de l'asile de Marsens (Fribourg). — 26 *décembre* 1898.

TURQUIE.

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

Récapitulation.

Membres	honoraires	5
—	titulaires.	47
—	correspondants	98
—	associés étrangers. . .	139
	Total . . .	289

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Arrêté de juillet 1899 : M. le Dr DODERO, déclaré admissible aux emplois de médecin-adjoint des asiles d'aliénés (Concours de Lyon du 5 mai 1896), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Saint-Ylie (Jura), et placé dans la deuxième classe de son grade (2.500 fr.).

— *Arrêté de septembre* 1899 : M. le Dr CHAUSSINAND, directeur-médecin de l'asile de Saint-Dizier (Haute-Marne), est promu à la 1re classe de son grade (7.000 fr.).

— *Arrêtés d'octobre* 1899 : M. le Dr CHOCREAUX, médecin-adjoint de l'asile d'Alençon (Orne), est promu à la classe exceptionnelle de son grade (4.000 fr.);

M. le Dr THIBAUD, médecin-adjoint de l'asile de Quimper (Finistère), est promu à la 1re classe de son grade (3.000 fr.);

M. le Dr BELLAT, directeur-médecin de l'asile de Breuty-la-Couronne (Charente), est promu à la 1re classe de son grade (7.000 fr.);

©BIUM

M. le Dr Allaman, médecin-adjoint de l'asile de Blois (Loir-et-Cher), est promu à la classe exceptionnelle de son grade (4.000 fr.);

— *Arrêtés de novembre* 1899 : M. Mengadurque, ancien préfet, est nommé directeur de l'asile de Bordeaux (Maison de santé de Château-Picon), en remplacement de M. H. Calès, décédé;

M. le Dr Monestier, médecin-adjoint de l'asile d'Aix-en-Provence, est promu à la classe exceptionnelle de son grade (4.000 fr.);

M. le Dr Coulon, médecin-adjoint de l'asile de Clermont (Oise), est promu à la 1re classe de son grade (3.000 fr.);

M. le Dr Terrade, médecin en chef de l'asile privé de Leyme (Lot), déclaré admissible aux emplois de médecin-adjoint des asiles d'aliénés (Concours de Bordeaux du 11 mai 1896), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Lafont (Charente-Inférieure), en remplacement de M. le Dr Mahon, nommé médecin en chef préposé responsable du quartier d'aliénés de l'hospice d'Agen (Lot-et-Garonne);

M. Clère, Gabriel, ancien sous-préfet, est nommé directeur de l'asile de Sainte-Catherine d'Yzeure (Allier).

— *Arrêtés de décembre* 1899; M. le Dr Pichenot, médecin en chef de l'asile de Montdevergues (Vaucluse), est promu à la 1re classe de son grade (7.000 fr.);

M. le Dr Journiac, directeur-médecin de l'asile d'Alençon (Orne), est promu à la 2e classe de son grade (6.000 fr.).

NÉCROLOGIE

Professeur Azam. — Le professeur Eugène Azam, qui vient de mourir, était né à Bordeaux en 1822. Après avoir terminé ses études médicales à Paris, il vint s'installer dans sa ville natale, où il s'adonna surtout à la chirurgie. Il fut professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine, et, plus tard, à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Azam ne se cantonna pas dans sa spécialité; de tout temps il s'intéressa aux questions médico-psychologiques, et il apportait dans ses recherches un esprit d'observation d'une grande sagacité. Dès 1858, il publiait un intéressant travail intitulé : *De la folie sympathique provoquée ou entretenue par l'utérus.* L'année suivante, le 11 décembre 1859, il venait à la Société médico-psychologique de Paris, dont il était membre correspondant, prendre part à cette remarquable discussion sur les *névroses extraordinaires*, si peu connue en dehors de quelques aliénistes, et y faisait une communication des plus suggestives sur l'*hypnotisme*. Il s'y montre un véritable précurseur :

©BIUM

il y passe en revue la plupart des phénomènes décrits, depuis, avec tant de soin, et dans leurs plus minutieux détails, par Charcot et ses élèves.

En 1876, les *Annales* publièrent sous ce titre : *Amnésie périodique ou doublement de la vie*, l'histoire de Félida X..., qui donna lieu à de nombreuses discussions et controverses, et qui est certes un des documents les plus intéressants et les plus curieux de psychologie expérimentale.

Citons encore parmi les travaux de ce savant si consciencieux, d'intéressantes études sur les *troubles intellectuels provoqués par les traumatismes cérébraux* (1881) ; sur les *troubles sensoriels, organiques et moteurs provoqués par les traumatismes cérébraux* (1891) ; sur le *caractère dans la santé et dans la maladie* (1887), etc.

M. le professeur Th. Ribot a placé, en tête de ce dernier travail, une courte préface que méditeront avec fruit tous ceux qui s'intéressent à cette étude du *caractère*, si négligée d'ordinaire par les psychologues « qui, pour des raisons qu'il ne serait pas malaisé d'indiquer, ont toujours eu une tendance à mettre la vie affective au second rang, quoique dans la vie réelle, qu'on le sache ou qu'on l'ignore, elle soit toujours au premier, parce qu'elle est l'expression directe et immédiate de l'organisme tout entier, du tempérament ». Cette œuvre, comme le fait remarquer avec raison M. Th. Ribot, est importante et par le sujet traité et par la méthode employée. Azam y a fait usage surtout de la méthode comparative. « Il cherche les premiers traits du caractère dans l'animal, puis dans l'individu humain, à l'état sain et morbide, puis dans les nations où, par l'effet de causes multiples, les ressemblances s'additionnent, se fixent intérieurement par l'hérédité, extérieurement par les mœurs, et produisent ainsi des types irréductibles que l'on peut parfois opposer l'un à l'autre, comme une antithèse parfaite : tels seraient l'Hindou et l'Américain du Nord. »

On voit, par ces emprunts à la préface du savant professeur du Collège de France, la portée scientifique et philosophique de cette étude si remarquable de notre regretté collègue, sur le caractère dans la santé et la maladie.

Azam consacra les loisirs de la retraite à réunir son œuvre médico-phychologique, à laquelle il attachait, et avec raison, de l'importance. Sous ce titre, un peu long peut être : *Hypnotisme et double conscience ; origine de leur étude et divers travaux sur des sujets analogues*, il publia, en 1893, un volume contenant la plupart de ses travaux de psycho-physiologie ; on y verra avec quelle sagacité de méthode, avec quelle probité scientifique, il étudie ces questions, « qui autrefois étaient la proie du char-

©BIUM

latanisme et de la crédulité », et que, plus que tout autre, il a contribué à faire entrer dans le domaine scientifique.

Azam doit donc être considéré comme un des travailleurs de la première heure dans ces recherches de psychologie expérimentale, qui ont enfin arraché à la métaphysique, c'est-à-dire aux discussions stériles, l'étude des fonctions les plus élevées de l'homme, pour en faire « une science : la Physiologie des fonctions intellectuelles, ou la Psycho-physiologie ».

Dr Paul Aubry. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr Paul Aubry, de Saint-Brieuc, décédé le 30 octobre 1899, dans sa quarante-deuxième année.

Paul Aubry avait été l'élève du Dr Moreau (de Tours) à la Salpêtrière. Docteur en médecine, en 1887, il avait choisi pour sujet de thèse la *contagion du meurtre*. Ce travail intéressant fut très apprécié; remanié et complété, il trouva place dans la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*. Un des nouveaux chapitres de ce volume, consacré à l'histoire d'une famille de déséquilibrés, et qui parut d'abord dans les *Annales* donna lieu à un procès en diffamation, malgré l'objectif absolument scientifique et désintéressé de l'auteur.

Après un voyage en Orient, d'où il rapporta des notes sur les hôpitaux et asiles d'aliénés des régions qu'il visita, Paul Aubry s'installa à Saint-Brieuc. Les soucis de la clientèle ne l'empêchèrent pas de continuer ses travaux scientifiques. Il avait envoyé aux *Annales* des articles estimés. Curieux des choses du passé et chercheur infatigable, il compulsa les archives de son pays, et, en collaboration avec le Dr Corre, il publia, en 1895, un volume des plus remarquables, intitulé : *Documents de criminologie rétrospective* (*Bretagne au* XVIIe *et* XVIIIe *siècles*). C'est un modèle dans son genre et qui mériterait d'être imité par les érudits et curieux des questions d'anthropologie criminelle qui habitent les autres parties de la France.

Notre collaborateur, qui s'était acquis par son savoir et son aménité une situation très honorable à Saint-Brieuc, que ses confrères avaient désigné pour occuper les fonctions de secrétaire du syndicat médical des Côtes-du-Nord, est mort, dans la force de l'âge, des suites d'un terrible accident de voiture. Sa perte sera vivement ressentie par le corps médical de Saint-Brieuc, dont il avait su gagner l'estime, et par ceux qui, comme nous, avaient l'avantage de le connaître et de l'apprécier.

Paul Aubry avait été élu membre correspondant de la Société médico-psychologique, le 31 janvier 1887.

Dr Calès. — Nous apprenons avec regret la mort du Dr J.-G. Calès, directeur de l'asile des aliénées de Château-Picon, à Bordeaux, décédé dans cet établissement le 2 novembre 1899, dans sa soixante-douzième année.

©BIUM

Né le 24 juillet 1828, à Villefranche-de-Lauraguais (Haute-Garonne), dans une famille de médecins, il fit, lui aussi, ses études médicales. Reçu docteur en médecine en 1854, il s'installa dans son pays natal, et, pendant plus de trente ans, y fut un des praticiens les plus estimés. En 1870, après la chute de l'Empire, il aborda la politique ; successivement sous-préfet, puis maire de Villefranche, conseiller général, député de la Haute-Garonne, il fut enfin nommé directeur de l'asile des aliénées de Bordeaux, le 20 août 1889. C'est en cette qualité qu'il fut appelé à diriger l'installation du nouvel asile de Château-Picon, en juillet 1890.

Le Dr Calès était un administrateur distingué ; c'était aussi un homme affable et bon : aucun de nos confrères qui assistèrent au Congrès des aliénistes et neurologistes de Bordeaux n'oubliera la réception si pleine de cordialité qu'il nous fit dans le bel asile qu'il dirigeait, le discours plein de sentiments nobles et généreux qu'il prononça à cette occasion.

Notre honorable confrère a succombé à une congestion pulmonaire qui l'a emporté au bout de quelques jours de souffrances.

Prix de l'Académie de médecine.

L'Académie de médecine a tenu sa séance publique annuelle le mardi 12 décembre 1899, sous la présidence de M. Panas.

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

Prix Civrieux. — 800 francs (Annuel). — Question : *Du nervosisme.* — Trois mémoires ont été adressés à l'Académie. Le prix n'est pas décerné.

Une récompense de 500 francs a été accordée à MM. les Drs A. Marie, directeur de la colonie familiale de Dun-sur-Auron, et A. Vigouroux, médecin de cette colonie.

Prix Théodore Herpin (de Genève). — 3.000 francs (Annuel). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses. — Douze concurrents se sont présentés.

L'Académie décerne le prix à M. le Dr P. Janet, chargé du cours de psychologie expérimentale à la Sorbonne, directeur du laboratoire de psychologie à la Salpêtrière (*Névroses et idées fixes. — L'automatisme psychologique*).

Des mentions honorables sont accordées à M. le Dr Ardin-Delteil, de Montpellier (*L'épilepsie psychique dans ses rapports avec l'aliénation mentale et la criminalité*) ; et à M. Maurice Faure, interne des hôpitaux de Paris (*L'épilepsie. —*

©BIUM

Les délires. — La confusion mentale et les psychoses toxi-infectieuses).

PRIX LEFÈVRE. — 1.800 francs (Triennal). — Question : *De la mélancolie*. — L'Académie a reçu trois mémoires sur cette question. Le prix n'est pas décerné.

Une récompense de 100 francs est accordée à MM. les Drs H. DUFOUR et ROGUES DE FURSAC, de Paris.

PRIX HENRI LORQUET. — 300 francs (Annuel). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales. — Trois concurrents ont pris part à ce concours.

L'Académie décerne le prix à M. le Dr G. TISSIÉ, de Bordeaux (*Les rêves, physiologie et pathologie; mémoires divers*). — Une mention très honorable est accordée à M. le Dr P. DHEUR, d'Ivry-sur-Seine (*Hallucinations volontaires*, etc.).

Dans la même séance, l'Académie a fait connaître les prix proposés pour les années 1900, 1901 et 1902. Les *Annales* ont déjà publié les questions relatives à la pathologie mentale et nerveuse proposées pour les deux premières années (V. les numéros de janvier 1898, p. 161, et de janvier 1899, p. 170) ; voici celles proposées pour 1902.

PRIX BAILLARGER. — 2.000 francs (Biennal). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics et privés consacrés aux aliénés.

Les mémoires des concurrents devront toujours être divisés en deux parties. Dans la première, ils exposeront, avec observations cliniques à l'appui, les recherches qu'ils auront faites sur un ou plusieurs points de thérapeutique. Dans la seconde, ils étudieront séparément, pour les asiles publics et pour les asiles privés, par quels moyens, et au besoin par quels changements dans l'organisation de ces asiles, on pourrait faire une part plus large au traitement moral et individuel.

PRIX CHARLES BOULLARD. — 1.200 francs (Biennal). — Ce prix sera décerné au médecin qui aura fait le meilleur ouvrage et obtenu les meilleurs résultats de guérison sur les maladies mentales, en en arrêtant ou en en atténuant la marche terrible.

PRIX CIVRIEUX. — 800 francs (Annuel). — Question : *Des diverses formes de la démence.*

PRIX FALRET. — 700 francs (Biennal). — Question : *Des somnambulismes.*

PRIX THÉODORE HERPIN (de Genève). — 3.000 francs (Annuel). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meillleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

PRIX LEFÈVRE. — 1.800 francs (Triennal). — Question : *De la mélancolie.*

©BIUM

PRIX HENRI LORQUET. — 300 francs (Annuel). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales.

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

Les prix seuls donnent droit au titre de lauréat de l'Académie de médecine ; les encouragements, récompenses et mentions honorables n'y donnent pas droit.

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ

1. *Incendie et tentative d'homicide.* — On écrit de Bône au *Matin* (numéro du mardi 31 octobre 1899) :

« Un libraire nommé Crépu, habitant Bône depuis sept ans, a provoqué, dans la soirée, une forte émotion en ville. Crépu, qui *paraît ne pas jouir de toutes ses facultés* et que le mauvais état de ses affaires semble avoir rendu complètement *fou*, a imaginé dans la soirée de brûler son établissement.

« Sans se préoccuper des suites de cet incendie, il inonda sa papeterie et les étagères, de pétrole, installa au milieu du magasin un foyer composé de papiers, de paille, et y mit le feu. Puis, sans se soucier du reste, notre libraire ferma sa boutique et se rendit chez M. Cauvy, libraire, son concurrent.

« Arrivé devant la porte de ce dernier, Crépu jeta au beau milieu du magasin une bombe en acier munie de quatre capsules et de sept cartouches qui, heureusement, ne partit pas ; puis, sortant un revolver, il allait tirer sur Cauvy, lorsqu'on le désarma.

« Pendant ce temps, l'incendie allumé dans le magasin de Crépu, faisait éclater la devanture. Les pompiers accoururent et parvinrent à se rendre maîtres du feu, qui trouvait dans les papiers et le bois imbibés de pétrole un aliment facile et qui, déjà, menaçait de gagner les étages supérieurs.

« Crépu a été mis à la disposition de la justice. Il lui arrivait souvent de mettre à la porte de son magasin les acheteurs qui se présentaient chez lui. »

2. *Tentative d'homicide et suicide.* — On lit dans le *Progrès de la Nièvre* (numéro du mardi 7 septembre 1899) :

« Le 5 novembre, à Balleray, M. Jean M..., âgé de soixante-quatre ans, s'est suicidé dans sa maison à l'aide d'un fusil simple à piston, après avoir tiré sur sa voisine M^me^ Jeanne Fauchère, femme Delin, qui est assez grièvement blessée

©BIUM

d'après les constatations faites par M. le Dr Fonvielle, de Guérigny.

« M. M..., *ne jouissait pas de ses facultés mentales et avait manifesté à plusieurs reprises l'intention de se suicider ensuite.*

« M. M... était séparé de sa femme et de ses enfants, et vivait seul dans sa maison. »

3. *Uxoricide.* — On lit dans le *Temps* (numéro du mercredi 8 novembre 1899) :

« Dans la matinée, un cordonnier, nommé Pierre Milletot, père de cinq enfants, demeurant 12, rue Vicq-d'Azyr, est allé au commissariat de son quartier se constituer prisonnier.

« Il a déclaré qu'il avait étranglé sa femme. On s'est rendu à son domicile et l'on a constaté qu'en effet sa femme était très grièvement blessée. On l'a transportée à l'hôpital Saint-Louis.

« Milletot *ne jouit pas de toutes ses facultés ; il a déjà été traité à Ville-Evrard.* Sa mère est morte folle. Il est âgé de quarante-sept ans. »

4. *Homicide et suicide.* — M. Daniel Dupuis, graveur en médailles, officier de la Légion d'honneur, habitait avec sa femme, depuis cinq ans, un charmant petit hôtel qu'il avait fait construire au n° 10 de la villa Spontini. Le maître graveur était riche et honoré. On lui doit la dernière pièce de billon qui représente la tête de la République coiffée du bonnet phrygien traversé par une branche de laurier, et, sur l'autre face, une femme casquée accueillant un enfant.

Mme Dupuis, qui était âgée de quarante-cinq ans, de cinq à six ans plus jeune que son mari, souffrait depuis un certain temps de violentes douleurs de tête, qui altéraient parfois sa raison. *Elle se croyait*, en dernier lieu, *persécutée et atteinte d'un mal irrémédiable.* L'artiste donnait à sa femme des soins affectueux et la surveillait attentivement avec l'aide d'un médecin.

Mme Dupuis manifesta à son mari la crainte de mourir avant lui. En vain les consolations lui furent prodiguées, ses idées noires ne se dissipèrent point. La nuit dernière, vers dix heures, le maître graveur s'était endormi. Mme Dupuis profita de ce sommeil pour s'armer d'un revolver. Elle tua son mari, puis se tua elle-même.

Les concierges entendirent les deux détonations. Mais, nouvellement entrés en fonctions, n'ayant aperçu qu'une fois Mme Dupuis, qui ne sortait plus de sa chambre, ils ne crurent pas au drame. La semaine précédente, en soulevant le couvercle du calorifère, une petite explosion s'était produite, et ils crurent, nous ont-ils dit, à un accident de même nature. N'ayant pas l'habitude de monter dans les appartements du

©BIUM

premier étage, ils attendirent, en silence, quelques minutes, puis, ne percevant plus le moindre bruit, ils se rendormirent.

Le lendemain, à onze heures, le médecin, qui arrivait pour voir sa malade, trouvant la porte de la chambre fermée, appela les concierges.

Ceux-ci lui firent part de l'accident de la nuit, et, devant cette porte close, le soupçon d'un drame frappa tout à coup leur esprit. Ils enfoncèrent la porte. Les cadavres des deux époux gisaient sur le tapis couvert de sang. La mort avait été foudroyante pour l'un et pour l'autre. (Le *Temps*, numéro du jeudi 16 novembre 1899.)

5. *Incendie.* — On lit dans le *Temps* (numéro du dimanche 19 novembre 1899) :

« Cette nuit, un peu après onze heures, l'alerte était donnée aux sapeurs-pompiers de la caserne de la rue de Poissy; et, dans le même temps, M. Michaux, commissaire de police du quartier, était prévenu qu'un incendie considérable venait d'éclater dans un immeuble de la rue du Cardinal-Lemoine. Le magistrat s'y rendit; déjà les premiers attelages étaient arrivés et préparaient l'attaque du feu. Le balcon du cinquième étage était voilé de hautes flammes qui venaient lécher la toiture, et une fumée épaisse montait dans le brouillord.

« Les pompes furent mises en batterie, et, dès les premiers jets, l'effet fut prestigieux : plus de flammes, plus d'incendie, il ne restait plus que des lambeaux de fumée qui achevaient de s'effiloquer aux angles du toit. On juge de la stupéfaction des sapeurs-pompiers et des curieux accourus en grand nombre. La surprise augmenta, à la vue d'un grand vieillard apparu soudain sur le balcon, et qui semblait parler, avec de grands gestes, au peuple. M. Michaux et des agents s'élancèrent dans l'escalier; mais il leur fallut de grands efforts pour s'emparer de l'incendiaire devenu furieux.

« — Oui, c'est moi qui ai fait le coup, hurlait le vieillard en se débattant.

« Et il continuait à parler en invoquant Jeanne d'Arc et la reine Victoria. Le commissaire de police le pria de passer la fin de la nuit au commissariat, et, ce matin, il l'a fait conduire à l'infirmerie du Dépôt. M. Gustave M..., dont l'esprit s'est subitement dérangé hier soir, avait accumulé sur son balcon des quintaux de vieux papiers et y avait mis le feu; sans la prompte arrivée des pompiers, les suites de ce mouvement irréfléchi eussent été des plus sérieuses. »

6. *Excentricités et menaces de mort.* — On lit dans le *Figaro* (numéro du dimanche 19 novembre 1899) :

« Un jeune homme, d'allures très convenables, montait, avant-hier soir, à la gare de la Bastille, dans un compartiment

©BIUM

de 2e classe, au moment où le train se dirigeant sur Joinville-le-Pont allait partir. Il n'y avait plus qu'une place, il l'occupa.

« Le convoi s'était à peine ébranlé que le voyageur se mit à faire des grimaces à ses compagnons, qui ne firent qu'en rire. Mais on s'amusa moins quand on vit l'excentrique personnage sortir un couteau de sa poche et en menacer ses voisins.

« C'est avec beaucoup de peine qu'on réussit à le maîtriser. Encore, à la station de Vincennes, les employés durent-ils le ligoter pour l'emmener chez le commissaire de police qui, après constatation de son état, l'a fait conduire à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

« Ce malheureux qui, *déjà depuis plusieurs jours donnait des signes manifestes de démence*, est un nommé Colinaud, demeurant à Créteil. »

7. *Suicide.* — Le 23 courant, entre midi et trois heures du soir, la nommée Marie-Louise Julien, âgée de vingt et un ans, femme Joly, ménagère à Suilly-la-Tour, *atteinte d'aliénation mentale*, profitant de l'absence de son mari, s'est suicidée en se pendant dans sa maison. (*La Tribune républicaine de la Nièvre*, numéro du dimanche 26 novembre 1899.)

8. *Meurtre de quatre enfants et suicide.* — Un drame épouvantable vient d'avoir lieu aux Billaux, petite commune voisine de Libourne. La veuve Gaussens, née Savin, âgée de vingt-huit ans, a donné la mort à ses quatre enfants : Lisette, fillette âgée de dix ans, Liorique, garçon de sept ans, Corinne, petite fille de six ans, et Lyonnel, bébé de quatre ans, puis s'est suicidée.

Elle avait d'abord tenté de les asphyxier, mais elle avait été dérangée par une voisine. Elle les a endormis à l'aide d'un narcotique, puis tués à coups de revolver.

Le drame a été découvert par une voisine, Jeanne Coutolle, qui, en pénétrant dans la maison, vit les quatre enfants reposant sur un lit et rangés selon leur âge. L'aîné sur le bord, le plus jeune dans le fond. Les deux fillettes ont reçu à la tempe deux coups de revolver, et les deux garçons, toujours à la tempe, un coup seulement.

Le cadavre de la meurtrière, dévêtu comme pour se mettre au lit, était accroupi sur les quatre enfants et portait les traces de deux coups de revolver sous le menton.

Mme Gaussens, veuve d'un courtier en vins de Libourne, habitait les Billaux depuis trois ans. Elle était de mœurs plutôt légères. Elle a laissé deux testaments et une lettre mentionnant son intention de donner la mort à ses enfants et de se suicider ensuite.

Les motifs avoués de cette fatale résolution sont d'un ordre intime. On pourrait y ajouter la ruine prochaine que prévoyait

©BIUM

la veuve Gaussens, dont les ressources s'épuisaient chaque jour, et enfin *un détraquement du cerveau en proie depuis longtemps aux hallucinations, aux suggestions, au spiritisme.* (Le *Temps*, numéro du vendredi 8 décembre 1899.)

9. *Un aiguilleur qui devient fou.* — Sous ce titre, le *Petit Temps* (numéro du mardi 12 décembre 1899) publie le fait suivant :

« Vers huit heures hier soir, le chef de gare de l'avenue de Clichy (ligne de Ceinture), surpris de voir que plusieurs trains, annoncés depuis longtemps par la gare précédente, ne fussent pas encore passés, se rendit pour se renseigner auprès de l'aiguilleur le plus voisin, près du pont des Epinettes. Son étonnement fut grand lorsqu'il trouva l'aiguilleur à demi-nu, gesticulant et dansant sur la voie, à quelques pas de sa cabine.

« Le malheureux était devenu *subitement fou.* Il a été envoyé à l'infirmerie du Dépôt. »

10. *Blessés grièvement par un fou.* — La place du Panthéon a été le théâtre, hier, un peu avant midi, d'une scène de véritable sauvagerie. Un passant est devenu *subitement fou.* Il s'est mis, en poussant des cris incohérents, à déchirer ses habits ; et, comme des curieux s'approchaient, brusquement il tira de sa poche un fort couteau à virole, l'ouvrit et s'élança sur eux.

Un employé de commerce, M. Louis Ferrand, fut atteint à la poitrine et tomba, baignant dans son sang. Un garçon laitier, qui descendait de sa voiture, laissa là ses bouteilles et accourut courageusement pour tenter de désarmer le fou. Mais les mouvements de ce dernier étaient tellement furieux que le nouvel arrivant, M. Paul Verres, fut atteint à son tour et mis hors de combat. Aux cris poussés par les deux blessés, des agents de police accoururent du poste central de la mairie du 5e arrondissement, toute voisine, et engagèrent la lutte avec le fou. Heureusement, celui-ci eut l'inspiration de jeter son couteau ; il voulut continuer à se déshabiller. Les agents profitèrent du moment et s'emparèrent sans retard de l'homme ; mais il fallut le ligotter pour le conduire aux bureaux de M. Berthelot, commissaire de police du quartier de la Sorbonne.

Le magistrat fit conduire le fou, que des papiers trouvés sur lui firent reconnaître pour un nommé Emile G..., employé chez un tailleur du boulevard de Sébastopol, à l'infirmerie spéciale du Dépôt. Quant à ses deux victimes, elles ont dû être transportées à l'hôpital de la Pitié. (Le *Temps*, numéro du vendredi 15 décembre 1899.)

11. *Une scène de folie.* — M. Truy, secrétaire adjoint du commissariat de police de M. Archer, se rendait hier rue du Faubourg-Montmartre pour opérer l'arrestation d'un garçon

©BIUM

de bureau nommé Omer Lesnes, qui venait d'être pris d'un accès de *folie furieuse* et menaçait de mort ses voisins.

M. Truy avait à peine pénétré dans le domicile de cet homme que le fou, qui s'était tapi au fond de sa chambre, s'arma d'un couteau de cuisine et se précipita sur le secrétaire du commissaire. Celui-ci put parer le coup et se jeta à son tour sur l'aliéné. Après une terrible lutte au cours de laquelle il fut contusionné, M. Truy réussit à désarmer Omer Lesnes et à le maîtriser.

Le malheureux homme a été envoyé à l'infirmerie du Dépôt (Le *Temps*, numéro du samedi 23 décembre 1899.)

12. *Homicide et suicide.* — On lit dans le *Siècle* (numéro du lundi 25 décembre 1899) :

Un drame horrible s'est déroulé, hier matin, à Clichy, 203, boulevard Victor-Hugo.

Un marchand de vins, M. Jules Lecoq, âgé de trente-trois ans, qui habite à cet endroit, a pendu son fils dans l'intérieur de sa boutique.

Le pauvre enfant venait à peine de se lever, lorsque son père, qui n'avait pas encore retiré les volets du débit, fit des remontrances au bambin, âgé de quatre ans. Puis, subitement, le père, *dans un accès de folie*, prit l'enfant à la gorge, fit un nœud coulant à une corde, dont il accrocha l'autre extrémité à un crochet solide, et pendit son fils.

Le forcené assista à l'agonie du malheureux enfant, puis, se rendant dans sa chambre, il prit un revolver et se tira trois balles dans l'oreille.

Ne voyant pas la boutique s'ouvrir à l'heure habituelle, les voisins, craignant un malheur, coururent prévenir le commissaire de police, qui vint aussitôt accompagné de son secrétaire.

Le magistrat fit ouvrir la porte par un serrurier.

Lecoq respirait encore; on le transporta en hâte à l'hôpital Beaujon; mais son état est désespéré.

Quant au petit garçon, il avait cessé de vivre.

L'enquête a établi que le meurtrier avait perdu sa femme il y a quelques mois, et que cette mort avait altéré ses facultés. Il parlait fréquemment, depuis cet événement, de suicide, et le sort de son enfant le préoccupait beaucoup.

ENSEIGNEMENT

ASILE DE VILLEJUIF. — Service de M. TOULOUSE. Le mercredi, à 9 h. 1/2, visite du service; conférences cliniques au lit des malades.

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

EXCENTRICITÉS DES ZOOPHILES

Par le Dr Pierre HOSPITAL
Médecin en chef de l'asile de Clermont-Ferrand.

Ainsi que l'indique l'étymologie du mot, il s'agit ici des amis des animaux ; mais il doit y avoir un terme à ces sentiments, « *modus est in rebus* ». Avoir de l'humanité pour les bêtes, rien de mieux. Les anciens, qui admettaient les métamorphoses devaient par cette croyance même se montrer humains envers les animaux ; mêmes sentiments chez les Hindous, qui admettent la métempsychose ; la Bible nous montre l'ânesse de Balaam reprochant à son maître sa dureté ; l'Évangile dit : « Si un bœuf tombe dans un fossé, il faut l'en retirer même le jour du sabbat. » A l'époque révolutionnaire, ne voyons-nous pas Condorcet écrire à sa fille : « .... Sois bonne envers tout le monde, même envers les animaux »? Mais la gloire d'étendre jusqu'aux animaux le mouve-

©BIUM

ment d'idées humanitaires auxquelles on doit l'adoucissement des mœurs, le respect de l'existence, l'horreur des tortures, revient à l'époque contemporaine (1).

Il a fallu en arriver à notre siècle pour voir enfin une loi s'ériger contre le spectacle scandaleux et dangereux d'hommes assez cruels pour satisfaire leur colère ou leurs mauvais instincts en pouvant, jusque-là, impunément torturer des animaux. La loi Grammont est venue mettre un frein à ces cruautés, et, en mettant obstacle aux sévices, elle prépare l'homme à être meilleur pour ses semblables. Cette sage loi ne vise pas seulement la répression des tendances violentes des hommes et la disparition de scènes pernicieuses pour l'enfance, elle est également des plus utiles à l'espèce humaine en la moralisant, en la rendant meilleure ; en la contraignant à être bonne pour les animaux, elle perfectionne ses facultés affectives, et élève son sens moral. A un autre point de vue, la loi Grammont est aussi une source de bienfaits ; en effet, elle travaille à la salubrité en n'exposant pas le consommateur à l'usage de viandes provenant d'animaux maltraités, surmenés, meurtris de coups, malades de mauvais traitements. Enfin, elle protège directement les hommes, en assurant leur sécurité personnelle, par la prohibition de traitements barbares qui souvent allument la fureur des victimes, et parfois donnent lieu à de terribles représailles. C'est imbu de ces principes, qu'il y a déjà longtemps, j'introduisis aux abattoirs de Clermont-Ferrand et à l'établissement Sainte-Marie l'usage du « masque Bruneau », qui foudroie les grands animaux de boucherie, sans souffrances pour eux ni danger pour les assistants.

Parmi les animaux domestiques, les plus intelligents, les « intellectuels », sont susceptibles de perfectionne-

(1) Loi du 2 juillet 1850, dite « loi Grammont ».

©BIUM

ment par leur contact avec l'homme ; cette tendance assimilatrice ne peut-elle pas se manifester en mauvais ? « Un chien méchant a un maître méchant », dit un proverbe. Puisque nous venons de citer le chien, voyons-le un instant de près, à titre d'exemple de ce qui précède. Qu'avez-vous de plus intelligent que le chien d'arrêt, lui qui vit en rapports continuels avec la famille ? Il connaît les amis de la maison, leur souhaite une bienvenue plus ou moins expressive, selon le degré d'intimité, va parfois les voir chez eux, et, chose plus surprenante encore, dit bonjour... à sa manière au chien avec lequel il aura chassé quelques jours avant. « Ce qu'il y a de meilleur dans l'homme, c'est le chien », a dit un humoristique, Monselet ou Roqueplan, peu importe ; ce qu'il y a de certain, c'est que l'affectuosité de cet animal est extrême, et c'est elle qui a inspiré le peintre Vigneron, pour son beau dyptique de : « *L'enterrement du pauvre* ». Nous avons donc tout intérêt à user d'humanité envers les bêtes. Mais, de là à se sacrifier à quelque animal, à avoir pour lui une sorte d'adoration, il y a fort loin. Passe encore le culte des anciens Egyptiens pour le chat, dans un pays, immense grenier à blé, où pullulent les rats, pour l'ibis qui les délivrait des reptiles, pour les sauriens qui purgeaient le Nil des cadavres, pour le bœuf Apis, symbole de l'agriculture, très bien ; même respect pour la conservation des hirondelles, des cigognes, des cormorans, des crapauds, des salamandres, soit encore ; même condescendence pour les bêtes sacrées ou divinités animales : serpents-dieux de l'Afrique centrale, et de la Guyane hollandaise ; éléphant blanc de Siam, qui une fois capturé, a une maison princière, un titre mandarinal (Caligula nomma bien son cheval consul), des serviteurs respectueux ; et autres fétiches : nous en découvririons encore ; mais que dire de telle vieille douairière, par exemple, qui

©BIUM

n'entendra pas les cris de détresse d'enfants en guenilles, et qui entrera en pamoison au premier grognement de quelque carlin, se tordant sur un coussin pour avoir trop mangé!... Je connais une vieille dame fort aimable, qui possède perruche et griffon ; impossible de faire la conversation : à peine entre-t-on, que les deux bêtes aboient et jacassent ; jamais l'idée ne lui est venue de les expulser pendant les visites, ou même seulement d'essayer de les faire taire! Les auteurs, Guy de Maupassant et Jacques Normand, critiquent agréablement cette manie d'attachement extrême aux chiens et leur hospitalisation, qui en est la conséquence, dans une comédie : « *Musotte* ».

Ceci nous porte à considérer la question au point de vue de ses connexions avec l'humanitarisme : celui qui est bon pour les animaux en général, le sera-t-il pour l'espèce humaine? *A priori*, oui, puisque sa compassion s'appliquera, non à un animal, ni à quelques-uns, mais à tous ; son caractère est donc initialement porté à la bonté, et il serait en contradiction avec lui-même si tout autres étaient ses sentiments à l'égard de ses semblables. Mais à cette règle il y a néanmoins des exceptions ; ainsi il est des cas où la zoophilie est le résultat de l'isolement, de la misanthropie, de l'âge, de la rudesse, d'une sorte de mépris pour l'espèce humaine, de l'égoïsme, de perturbations psychiques, d'événements ayant entraîné des changements de manière de voir, des déplacements d'affectivité, etc., même de la vanité.

Mais comment fixerons-nous les frontières entre la normalité et l'exagération? Essayons : il n'y a rien d'exagéré à ce que vous gardiez chez vous, si c'est possible et que vos moyens vous le permettent, un animal domestique, devenu vieux et inutile, qui vous a rendu service, à plus forte raison s'il vous a sauvé la vie ; je comprends très bien que vous fassiez enfouir dans un

©BIUM

coin du jardin un vieux serviteur de chien qui vous a accompagné pendant dix ou quinze ans, plutôt que de le jeter à la voirie; ou qu'on envoie, si on le peut, à la campagne un vieux cheval qui longtemps vous a servi; ou bien encore, que si pour telle ou telle raison il vous faille vous en débarrasser, vous employiez une extinction sans souffrances, car il y a quelque chose de pénible à constater la déchéance de situation des animaux domestiques, uniquement parce qu'ils sont devenus vieux à notre service.

Nous avons fait ressortir plus haut le rôle éminemment utile de la « Société protectrice des animaux ». Collatéralement à cette œuvre, nous voyons des particuliers y collaborer d'une manière active et efficace. Ainsi, deux Anglaises essayèrent de fonder une maison hospitalière pour les animaux; un peu plus tard, la baronne d'Herpent organisait une maison de refuge pour les chiens et chats, route de la Révolte, à Paris, établissement en pleine prospérité aujourd'hui; rue de la Clef, à Paris, M^me^ Delvincourt a installé un refuge pour les chats; les hospitalisés y affluent; elle distribue, en outre, de la pâtée dans de vastes terrains, quelque temps qu'il fasse, pour les chats vagabonds (1); elle en a arraché de la Seine au risque de se noyer. Qui nous dit que l'œuvre zoophile n'a pas contribué à l'évolution et à la mise en pratique d'utiles mesures sanitaires et hygiéniques à l'endroit des animaux, telles que baignades, abreuvoirs, pastorisations, visites vétérinaires, etc.?

Nous allons entrer maintenant dans le domaine de l'excessif et de l'exagération. Après les soins pendant la vie, le souvenir après la mort : nous trouvons ce fait dans le *Petit Journal* : « Un comité vient de se

(1) Art. « Chiens et Chats », de Lesbom, *Monde illustré*, 1899.

©BIUM

« fonder, paraît-il, à Paris, pour la création d'un ci-
« metière de chiens ; la pensée du promoteur de l'idée
« est d'éviter que les pauvres toutous qui se sont
« montrés durant leur vie les compagnons fidèles et
« dévoués de l'homme, soient après leur mort impitoya-
« blement jetés à la voirie. En Angleterre, depuis fort
« longtemps déjà, des sociétés s'occupent d'assurer aux
« animaux, et en particulier aux chiens et aux chats,
« une sépulture convenable... Jadis, il y avait en France
« de nombreux cimetières de chiens ; tous les princes et
« les grands seigneurs possédaient non seulement des
« meutes nombreuses, mais avaient tous des levriers
« ou des carlins qui ne les quittaient presque jamais.
« L'affection que leurs maîtres avaient pour ces bêtes
« ne se démentait pas quand elles mouraient, et on se
« préoccupait toujours de les faire enterrer convena-
« blement. Dans de nombreuses propriétés, il existe
« encore aujourd'hui des tumulus qu'on désignait sous
« le nom de « Ménagerie » ; c'était l'endroit réservé par
« les châtelains à la sépulture de leurs chiens et de leurs
« chats. Dans sa propriété de Saint-Mandé, le surin-
« tendant Fouquet avait fait creuser aux approches du
« bois de Vincennes un souterrain où on enterrait ses
« bêtes favorites. Même précaution avait été prise à
« Sceaux par la duchesse du Maine, avec une colonne
« de pierre sur chaque tumulus. »

Aux environs de Saint-Pétersbourg existe un cimetière affecté spécialement à la sépulture des chevaux des tsars.

C'est encore dans le *Petit Journal* que nous trouvons le renseignement suivant : « Dans un recoin tran-
« quille de Hyde-parck, à Londres, existe un petit
« cimetière où reposent les restes de plus de trois cents
« chiens ; le terrain en est soigneusement entretenu ; la
« plupart des tombes ont des épitaphes plus ou moins

©BIUM

« suggestives, telles que : « Jockie... il fut adoré de ses « amis éplorés », ou bien, « Au revoir chéri, si Dieu le « veut » ; plusieurs inscriptions sont en français, en « latin, en grec ! Le chien favori de M. Gladstone a été « déposé dans un mausolée. » Quand on songe à la misère londonienne si bien décrite par Dickens, France, Féval et d'autres, on ne peut s'empêcher d'approuver hautement ces lignes qui terminent l'article de Thomas Grimm : « Certes, nous comprenons l'amour des ani- « maux même quand il semble poussé jusqu'à l'exagé- « ration, jusqu'à la manie. La preuve que ce sentiment « ne peut être très bas, c'est que la plupart des grands « hommes ont eu leur animal favori : c'est ainsi que « Gladstone et Bismarck, pour ne parler que de ceux-là, « ont adoré leurs chiens... A Londres notamment, où « les misérables sont si nombreux, si souffrants, si « atrocement dénués de tout, il nous semble que la « constitution d'un cimetière d'animaux pourrait bien » n'être qu'une excentricité coupable et dangereuse. « Certes chacun est libre, mais en dorlotant quelque « animal à la sensibilité et à l'intelligenee malgré tout « sommaires, l'homme ne doit pas oublier qu'il est le « frère de l'homme; en devenant un frère pour le chien, « il ne doit pas devenir un loup pour l'homme... Nous « ne dissimulerons pas que l'ami, le bienfaiteur des « hommes nous a paru supérieur au bienfaiteur des « bêtes. Qui sait si l'amour exagéré des animaux poussé « jusqu'à la sensiblerie n'est pas un dérivatif dange- « reux qui peut nuire à la solidarité, à la fraternité hu- « maine? » Un journal (*Moniteur du Puy-de-Dôme*, octobre 1899), nous apprend qu'en Amérique, un M. W. fait élever un mausolée de 5.000 francs à son cheval favori, mort dans un incendie.

Terminons par un coup d'œil sur l'excentricité. Dernièrement une grande dame, perdant un chien favori,

©BIUM

réglait le cérémonial : pendant la nuit, le « défunt » fut transporté à la « Ménagerie » suivi, jusqu'à sa dernière demeure, par tous les domestiques du château portant des torches !) (*Petit Journal*). Et pendant le même temps, dans mille endroits, on portait à la fosse commune d'obscures victimes du devoir ou de la profession, des guerriers tombés les armes à la main, et à l'amphithéâtre de dissection des mères de famille succombant à la misère, sans autre accompagnement que l'inébranlable insouciance des nécrophores.

On connaît le singulier testament du commandeur Machado, et son goût excessif pour les oiseaux.

Je suis bien convaincu qu'en parcourant les journaux, revues, et même les « *Annales* », je recueillerais une innombrable quantité de faits relatifs aux extravagances des zoophiles; mais ces recherches, tout en allongeant démesurément ce petit travail, ne reproduiraient que des redites fastidieuses. Je ne m'étendrai qu'aux quelques cas que j'ai pu moi-même observer, ou qui m'ont été communiqués avec toute garantie.

Mme Puray, ma grand'mère, a connu à Paris, lors de son séjour dans cette ville, une vieille dame qui aimait tellement les animaux qu'elle se réduisait à la portion congrue pour entretenir quantité de chèvres et une légion de chats. Divers passages de lettres adressées par son frère, officier, à mon grand-père en font foi : « .....Cette paresse est le résultat d'apathie où elle est « tombée par sa *passion*, qui croît avec l'âge, pour les « animaux, qui *absorbe chez elle tous les sentiments, « même ceux qui ont pour base la fraternité* » — « ... Ma « sœur, en femme très sensible, pourvoit à la nour- « riture de toute cette ménagerie, en se privant du « nécessaire, en se couchant souvent sans souper et en « supportant le besoin de manger. » — « Mais j'ai la « conviction que ma sœur et moi nous marchons en

©BIUM

« seconde ligne dans ses affections, le « *primo mihi* », « c'est pour les animaux, objets de sa sollicitude et de « son adoration; en plein Paris, huit chèvres, trois chats, « et beaucoup de poules. » Fragment de lettre de la même dame à ses parents : « ..... Ce que j'avais « promis est impossible; si ce projet s'était réalisé « (*renvoi des animaux*), je serais morte de chagrin; « abandonnez-moi dans mon malheur, mais ne me « parlez jamais d'un sacrifice qu'il m'est impossible « d'accomplir. » — « ..... Tout a été employé, repro- « ches, prières, interruptions de relations de famille, « intervention d'amis ». — Bien plus, la dame a fait connaissance d'une autre maniaque comme elle : « ..... « Cette dame passionnée pour les animaux a rencontré « dans ma sœur les mêmes goûts; le sujet de toutes « leurs conversations, l'objet de leur culte le plus fer- « vent, c'est une longue dissertation sur les quadru- « pèdes. Malheur aux profanes qui riraient de la futi- « lité de toutes ces niaiseries, qu'elles disent avec un « sérieux vraiment risible pour ceux qui écouteraient « ces balivernes. » Rendons justice à la vieille dame : « au dire de mes grands-parents, elle, sa sœur, et son « frère l'officier, étaient d'une inaltérable bonté.

— Dans les environs de Clermont, habite une dame aujourd'hui très âgée : à la mort de son mari, elle s'entoura de chats; puis ce furent les caniches; elle en a de vingt-cinq à trente; chaque jour on apporte de la ville d'amples provisions qui feraient le bonheur d'enfants déguenillés; de temps à autre, les voisins se plaignent; la famille fait enlever une dizaine de roquets, qu'on expédie au loin (peut-être bien au port d'attache où est amarrée la barque à Caron?), mais ils ne tardent pas à être remplacés.

— Une dame des environs, perdant un vieux chien pelé, fait envelopper le corps dans une serviette.

©BIUM

— On vint un jour me chercher pour aller voir dans un village voisin une femme, morte depuis dans la démence à Sainte-Marie; quand j'entrai dans la chambre, quatorze chats superbes sommeillaient sur le lit.

— Un amateur d'oiseaux avait fait construire dans son logement des cages à couloirs, communiquant ainsi avec toutes les pièces.

— Un ancien officier civil, devenu maniaque à la suite de tracas et de chagrins, nourrissait de poulet et de brioches cinq ou six griffons.

— Les demoiselles X..., buralistes près Clermont, l'une presque idiote, l'autre mégalomaniaque, toutes deux mortes à Sainte-Marie, se livrèrent un jour aux excentricités sous l'influence d'une sorte de folie à deux ; ayant perdu un chien, elles posèrent le corps sur un lit de parade entouré de fleurs et de lumières ; il fallut le leur arracher de force.

— Une dame de cinquante-cinq ans s'était fait remarquer par plusieurs excentricités : elle fit embaumer un beau chien mis dans une caisse de plomb, et enterrer dans un jardin avec deux arbrisseaux.

— En janvier 1897, à Paris, près de la Sorbonne, le commissaire de police ayant à instrumenter contre la demoiselle K..., âgée de cinquante ans, qui devait plusieurs termes, trouva celle-ci agenouillée et pleurant devant un petit cercueil contenant le squelette d'un chat, et des valeurs pour plus de 12.000 francs. Elle ne répondit que par des paroles incohérentes : envoyée au Dépôt.

— M. P..., ancien employé aux colonies, en avait rapporté des fièvres qui l'incitèrent à quelques excentricités ; il ne dînait qu'au milieu de la nuit ; il donnait à manger à une grande quantité de chats du voisinage ; il s'attacha à un griffon affreux, tellement obèse qu'il en était répugnant : photographie en grandeur naturelle ;

©BIUM

l'animal meurt de boulimie, malgré les soins les plus dévoués ; corps mis en caisse et inhumé dans une cour ; six mois après, exhumation ; de cet amas de chairs corrompues, il arracha quelques poils, avec lesquels un artiste capillaire reproduit le portrait du chien ; puis on nettoie les ossements pour les monter en squelette. Décédé peu d'années après.

Et maintenant, que conclure de tout cela si ce n'est que ces excessivités, ces aberrations d'affectivité, soit pour les animaux malheureux en général, soit pour quelques-uns, ou même l'un d'eux en particulier, sont des égarements affectifs, qui dénotent un équilibre imparfait. Qu'on soigne admirablement, et qu'on regrette un animal qui représente une valeur marchande par sa race, sa rareté, ses talents, ou qui a acquis des titres aux attentions, même dans certains cas à la reconnaissance de son maître, rien de plus juste ; mais en dehors des soins matériels, le reste est folie.

Parmi les exemples ou observations que j'ai brièvement relatés plus haut, il est à remarquer, que quelques zoophiles ont pu néanmoins rester dans le monde parce que leur fortune leur permettait de satisfaire leur fantaisie, et qu'aucun désagrément pour autrui n'en a été suivi ; d'autres sont manifestement devenus aliénés. J'ai connu un cas de paralysie générale qui avait débuté par la passion éphémère des oiseaux ; d'autres enfin ont dû être internés par suite de complication et d'extension de vésanie.

Bien entendu, on est prié de ne pas confondre « mes zoophiles », tels que je viens de les décrire, avec les amateurs de certains animaux en particulier, tels que la passion des chevaux, des chiens, les collectionneurs d'histoire naturelle, les colombophiles, les personnes qui aiment à avoir une volière ; ceux-ci sont parfaitement normaux, et se paient simplement un plaisir qui

©BIUM

les distrait, en satisfaisant leur goût, et que d'ailleurs leurs ressources leur permettent.

Dans les asiles, observe-t-on des zoophiles outrés? Difficilement, parce qu'ils ne sont pas en situation de satisfaire leur penchant, et d'ailleurs, l'attention de la plupart des malades est trop versatile ou trop insouciante pour s'attacher longtemps à des propensions de ce genre : on voit bien çà et là des éleveurs de moineaux ou de rats, et c'est tout.

Aime-t-on ou déteste-t-on les animaux, également à tout âge? Les hommes, plus en rapport que les femmes avec les animaux par les exigences de leurs occupations ou de leurs plaisirs, semblent les aimer, et aimer à en posséder; mais ce goût est en raison inverse de l'âge. En général, les enfants et les adolescents les aiment beaucoup, tout en étant le plus souvent leur bourreau. Cette passion peut être poussée fort loin, ainsi qu'il appert d'une curieuse observation. (V. les *Annales médico-psychologiques*, 1899, t. X, p. 257.) Un peu plus tard, ce sont les animaux nobles, éléphant, faucon, cheval, chien, qui servent aux déduits de l'âge viril. Dans la vieillesse on n'aime plus rien du tout; tout au plus voit-on quelques vieillards, se distraire de leur solitude avec un roquet insupportable, ou un matou philosophe. Une autre fois nous étudierons les « *Zoophobes* ».

©BIUM

CONTRIBUTION

A

L'ÉTUDE DU SUICIDE

DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Par le Dr MONESTIER
Médecin adjoint de l'asile d'Aix-en-Provence.

La démence et les troubles paralytiques sont les seuls symptômes constants de la paralysie générale (Baillarger, Camuset, Magnan, Régis, etc.).

La folie proprement dite n'existe pas dans de nombreuses observations ; et lorsqu'elle existe, elle n'est qu'accessoire ; les lésions du système nerveux n'ont pour effet que de produire la paralysie et l'affaiblissement intellectuel. « Quant au délire, on n'en connaît pas plus le mécanisme qu'on ne connaît celui de la folie simple (Camuset). »

Il y a dans la paralysie générale deux maladies distinctes : 1° la démence paralytique, maladie principale, qui « est permanente, continue, progressive, à ten- « dance fatale ; elle a des lésions déterminées, des « symptômes propres constamment les mêmes ; 2° la « folie, qui est *irrégulière*, *passagère* ; elle dépend le « plus souvent de la congestion et présente les mani- « festations les plus opposées » (Magnan).

La folie, dans la paralysie générale, peut revêtir toutes les formes ; mais la démence et le caractère irrégulier et passager du délire lui donnent un cachet

©BIUM

spécial. On confondra difficilement, par exemple, les actes délictueux commis par des paralytiques généraux avec ceux qui ont pour auteurs des aliénés non paralytiques. De même, dans leurs tentatives de suicide, on rencontrera le peu de fixité et la puérilité des idées qui les poussent à les commettre.

En est-il toujours ainsi dans ce dernier cas? C'est ce que nous nous proposons d'étudier dans ce travail en nous basant sur quelques observations que nous avons pu recueillir.

I. — Il ne suffit pas, pour qu'il y ait suicide ou tentative de suicide, qu'un homme se donne la mort ou essaye de se la donner ; il faut encore qu'il ait la volonté plus ou moins marquée d'accomplir cet acte.

Il est cependant toute une catégorie de faits dans lesquels les paralytiques généraux se donnent ou plutôt trouvent la mort et qu'on peut prendre pour des suicides. Tel malade arrivé à la dernière période de la démence et réduit à l'état d'automate prendra une fenêtre pour une porte et se tuera en voulant la franchir ; un autre s'égarera sur une voie de chemin de fer et sera écrasé par un train ; au milieu de l'excitation maniaque, un malade, trompé par la perception incomplète des objets extérieurs, peut trouver la mort en voulant accomplir des actes qu'il est incapable de faire, en voulant par exemple traverser une rivière profonde sans savoir nager. Les paralytiques généraux, en effet, perçoivent les choses de la réalité d'une façon imparfaite. Ils « voient mal ce qui se passe autour d'eux : ils « ont des illusions de la vue ; ils prennent les objets « pour ce qu'ils ne sont pas » (Luys).

Il en est d'autres qui s'exposent à la mort en vertu d'une idée de grandeur, comme ce *maniaque* d'Esquirol, dont la maladie est caractérisée par des idées de grandeur absurdes, qui « écrit des mots dont *les lettres, au*

©BIUM

lieu d'être mises sur la même ligne, sont écrites les unes au-dessus des autres, et qui va dans les rues, se jetant sous les roues des plus lourdes voitures, assurant qu'il ne peut être blessé ».

Enfin les hallucinations et les illusions peuvent être cause de ces pseudo-suicides, soit que le malade veuille échapper à des dangers imaginaires, soit qu'il veuille aller rejoindre les personnes qu'il voit ou qu'il entend.

L'observation suivante est un exemple de ce genre :

Observation I (service de M. Mabille).

B..., quarante-sept ans, entre à l'asile de Lafont le 2 février 1895. Profession : maître d'hôtel. Sait lire et écrire.

Il n'y a pas d'hérédité névropathique dans sa famille. Il a eu la fièvre typhoïde en 1871. Syphilis (?).

Sa maladie, qui remonte à trois ans environ, a débuté par une succession d'attaques congestives.

Depuis la fin de novembre, son état s'est aggravé et on a constaté chez lui de l'embarras de la parole, des idées de grandeur, des idées de négation. Il a eu des hallucinations de la vue et de l'ouïe. Les facultés se sont très affaiblies et il est devenu incohérent.

Première tentative de suicide : Quelques jours avant son entrée à l'asile, il s'est jeté sur les rails du chemin de fer.

Au moment de son entrée, le malade présente les troubles paralytiques suivants : tremblement de la langue et des mains, inégalité pupillaire, embarras très marqué de la parole.

Les troubles psychiques qu'il présente sont de l'incohérence des propos et des actes, des idées de grandeur très accusées (il a des millions, il ne porte que des épingles en or, il parle toutes les langues, etc.). De plus, il existe chez lui des *idées de négation :* « Il est vierge, il n'est pas marié, il n'existe plus, il est mort. » Hallucinations de la vue (voit sur une montagne son frère et d'autres personnes de son pays). Hallucinations de l'ouïe (répond à des personnages imaginaires).

Le 11 février, c'est-à-dire neuf jours après son internement, B... se précipite par une fenêtre. Voici le rapport fait par le surveillant en chef à son sujet : « Vers trois heures de l'après-midi, B..., qui cherche toujours à sortir et profite de la pre-

©BIUM

mière porte ouverte, a trompé la surveillance du gardien. Il est passé de la salle de l'infirmerie dans la chambre du gardien, est monté par l'escalier qui conduit au dortoir des ouvriers et a sauté par la fenêtre sur l'arbuste qui est à gauche de la porte. Les gardiens l'ont ramassé inanimé, l'ont mis au lit; il ne parle pas.

« Il est à croire qu'il a pensé, en sautant par la fenêtre, mettre les pieds sur le solide en les mettant sur l'arbuste, car, s'il avait voulu se faire du mal, il aurait sauté en face de la fenêtre, où il n'y avait rien pour amortir la chute. »

Le lendemain, lorsqu'on lui a demandé pourquoi il s'était précipité par la fenêtre, il a répondu qu'il n'avait que sauté. Depuis lors, le malade n'a manifesté aucune idée de suicide. Sa maladie évolue encore aujourd'hui (juin 1898) ; il a toujours ses idées de grandeur et ses hallucinations. Il a eu plusieurs ictus apoplectiformes. La démence est très prononcée, gâtisme.

La première tentative de suicide faite par B.... a peut-être été sous la dépendance d'hallucinations ; dans la seconde, il a été victime de la perception incomplète des choses extérieures due à la démence.

Mais il est certain que lorsqu'on interroge le malade il ne manifeste aucune idée de suicide. Malgré ses idées de négation, qui sont passagères, c'est le délire des grandeurs qui prédomine, et il n'a nulle envie de supprimer un être aussi fort, aussi puissant et aussi heureux que lui.

II. — En dehors des cas dont nous venons de parler et qui sont pour nous assez fréquents, où les malades dans la démence ou bien en proie à un délire violent sont le jouet de leurs illusions et de leurs hallucinations et commettent des actes qui compromettent leur vie sans que leur volonté intervienne, il en est d'autres où leurs tentatives de suicide sont la conséquence de leurs idées délirantes.

Nous savons que dans la paralysie générale la folie peut revêtir toutes les variétés. A côté des idées de grandeur de la forme expansive on rencontre aussi

©BIUM

fréquemment la mélancolie de la forme dépressive. Chacune de ces deux formes peut évoluer seule ou bien elles peuvent se combiner de diverses façons, soit qu'il s'agisse de la paralysie générale à double forme, soit que les idées de grandeur et les idées dépressives coexistent ou se succèdent rapidement chez le même sujet. Les idées mélancoliques s'accompagnent souvent de mutilations graves et de tentatives de suicide, soit au début de la paralysie générale (Talon, Thèse de Montpellier), soit dans le cours de la maladie. Le plus souvent, surtout lorsque la dépression existe en même temps que les idées de grandeur, les idées de suicide sont passagères et changeantes, et il est souvent facile d'en détourner les malades. Mais la démence a donné son empreinte au délire, la volonté est atteinte, la réflexion manque et la mort volontaire peut être la conséquence d'un de ces accès passagers d'idées tristes. Dans ce cas, comme chez l'enfant qui se suicide, l'acte est presque irraisonné, irréfléchi. Les malades subissent, pour ainsi dire, une impulsion ; ils font leur tentative aussitôt que l'idée triste est conçue, sans prendre la précaution de se cacher et interrompant parfois leur tentative pour s'abandonner à une idée nouvelle.

C'est de ces cas que MM. Christian et Ritti (in *Dictionnaire Encyclopédique*) ont pu dire : « Les idées qui « les poussent à se tuer sont le plus souvent enfan- « tines, elles ne présentent aucune *fixité* et il est aisé « d'en détourner les malades ; le plus léger incident « suffit pour donner à leurs préoccupations un tout « autre cours. Pour accomplir l'acte, les paralytiques » généraux ne prennent aucune précaution et ne « cherchent nullement à s'en cacher. » L'observation suivante est un exemple de ce type : il y a chez V..... un mélange d'idées de grandeur et d'idées d'indignité. Les idées de grandeur prédominent, mais il survient chez

©BIUM

lui des accès de mélancolie subite pendant lesquels il est sujet à de véritables impulsions. Il a fait trois tentatives de suicide pendant qu'il était entouré et surveillé, ne songeant nullement à se cacher et il a été chaque fois facile de l'en détourner en donnant un autre cours à ses idées.

OBSERVATION II (résumée) (service de M. Mabille).

V..., cinquante-huit ans, entre à l'asile de Lafont le 13 avril 1898. Pas d'antécédents héréditaires. Aurait eu autrefois la syphilis.

Malade depuis sept à huit mois, il a reçu les soins du Dr Régis (de Bordeaux), qui écrit à son sujet : « Le malade s'est présenté à moi avec le tableau symptomatique à peu près complet de la paralysie générale, y compris le délire des grandeurs absurde et caractéristique, la manie des achats, les propos grandioses, etc. »

Le malade était resté assez calme pour qu'on ait pu le garder dans sa famille, lorsqu'il est pris subitement d'un violent accès d'agitation avec tendances au suicide. A la suite de cet accès, il est amené à l'asile avec le certificat suivant :

Certificat. — « Je soussigné, Ch. L..., médecin à La Rochelle, certifie que V..., âgé de cinquante-huit ans, domicilié à B..., est atteint de paralysie générale caractérisée par des troubles du langage, des troubles psychiques, des idées de grandeur absurdes. Aujourd'hui, il a été *atteint subitement* d'une crise de manie aiguë avec idées de culpabilité (a commis des choses ignobles, s'accuse et mérite d'être fusillé). Il a cherché à se jeter dans le canal Maubec, a voulu se précipiter du troisième étage dans la rue et il y a urgence à l'enfermer dans une maison spéciale, etc.

« La Rochelle, 12 avril.

« Signé : L... »

Certificat de vingt-quatre heures. — « Est atteint d'aliénation mentale caractérisée par un délire des grandeurs semblable à celui des paralytiques généraux avec périodes d'excitation, idées de culpabilité et de suicide. Ce matin, ce malade s'est jeté la tête contre les murs et s'est brisé une dent en mordant avec fureur son chapeau.

« Signé : MABILLE. »

©BIUM

Des renseignements que nous avons pris auprès de la famille du malade, il résulte que ces tentatives de suicide se sont produites subitement, qu'il n'a pas essayé de se cacher et qu'il a été chaque fois possible de l'arrêter en détournant le cours de ses idées.

16 *avril*. Le malade n'a plus manifestement d'idées de suicide. Il est en proie à une excitation violente, cherche à mordre et à frapper les personnes chargées de le soigner. Il crie toute la nuit.

17 *avril*. L'état général devient mauvais, les traits sont grippés, la tête est chaude, le délire intense et incohérent. En présence de ces nouveaux symptômes, on pense à une complication méningitique.

21 *avril*. Mort dans le coma. N'a jamais manifesté d'idées de suicide depuis le jour de son entrée.

III. — La démence, nous le savons, est un symptôme constant de la paralysie générale et nous venons d'étudier ses conséquences dans la conception et dans la mise en exécution des idées de suicide chez la plupart des paralytiques généraux qui se donnent ou tentent de se donner la mort.

Mais si la démence est constante, elle peut être plus ou moins prononcée et n'atteindre surtout que certaines parties de l'intelligence. Nous voyons parfois certains malades conserver assez longtemps leur mémoire presque intacte avec des idées de grandeur et des troubles paralytiques généralisés. Il en est enfin qui conservent pendant un temps plus ou moins long la faculté d'associer passablement leurs idées et de tirer les conséquences de cette association.

Il fallait nous attendre à trouver l'influence de ces faits dans les cas de suicide dans la méningo-encéphalite.

L'observation suivante est remarquable par la *longueur des préparatifs de suicide et par la complication des actes que le malade a accomplis pour arriver à ses fins*.

©BIUM

Observation III

S..., trente-cinq ans, voilier, entre à l'asile (service de M. Mabille) de Lafont, le 29 mars 1895, pour être soumis à une observation médico-légale à la suite de vol à l'étalage.

Antécédents personnels et héréditaires inconnus.

A son entrée, on constate des idées de grandeur absurdes, de l'inégalité pupillaire, de l'embarras de la parole, du tremblement fibrillaire de la langue et des lèvres, du tremblement des membres, surtout des membres supérieurs, de l'exagération des réflexes. Pendant son séjour à l'asile, le malade s'est montré souvent violent, réclamant sans cesse sa sortie. Il a toujours manifesté des idées de grandeur, se disant riche, excellent chanteur, prétendant posséder trois voix (baryton, ténor et basse).

Rien ne pouvait chez lui faire supposer des idées de suicide, lorsque le 8 novembre 1895, au réveil, on l'a trouvé pendu dans sa cellule. S... avait descellé son lit, qu'il avait ensuite redressé contre le mur et, avec un lambeau de sa chemise, s'était suspendu par le cou à la partie supérieure du lit ainsi soulevé et située à deux mètres environ au-dessus du sol. Tous les soins donnés pour le rappeler à la vie furent inutiles.

A l'autopsie, faite le lendemain, nous avons constaté les lésions de la paralysie générale : œdème et congestion des méninges et du cerveau, adhérences des méninges à la substance cérébrale, etc.

Dans le cas suivant communiqué à la Société médico-psychologique par M. Rouillard au nom de M. Sizaret fils (séance du 26 octobre 1891), le malade prend toutes les précautions pour accomplir son suicide *qu'il a prémédité et préparé à l'avance et qui semble la conséquence logique de ses idées tristes*.

Observation IV

Il s'agit d'un homme de cinquante ans, présentant des troubles paralytiques tels que trémulation des fibres musculaires de la langue et des lèvres et l'inégalité pupillaire. Son état mental est caractérisé par la démence et par des idées délirantes di-

©BIUM

verses : en même temps que des idées de grandeur absurdes, le malade manifeste des idées de persécution et d'indignité : « Je ne suis pas, dit-il, coupable des fautes dont on m'accuse, je me suis trouvé forcé de faire ce qui m'a été reproché » ; et ailleurs : « Je vois l'avenir sombre, la peine ne me quittera plus. »

Il accuse sa famille de comploter contre lui.

C'est sous l'influence de ces *idées tristes* qui ne le *quittent pas*, de ces *idées de culpabilité qui le dominent*, que le malade fera deux tentatives de suicide, dont une mortelle.

Chacune de ces tentatives est préméditée, le malade se prépare à l'avance à l'exécution de son projet, il a soin de se cacher, et les plaies qu'il se fait sont profondes ; tout indique chez lui une intention bien arrêtée de se donner la mort.

La première fois, il se sert d'un couteau de table, qu'il a pu, trompant la surveillance du gardien, prendre pendant le repas et cacher ensuite dans ses vêtements : sans qu'on puisse rien remarquer de particulier dans ses allures, il va dans les lieux d'aisance, s'enfonce le couteau dans la poitrine et le fait pénétrer jusque dans la cavité péricardique. Quelques heures avant il avait demandé pardon à son infirmier et l'avait prié de l'embrasser.

Après être guéri de sa grave blessure, le malade, toujours tourmenté par ses remords imaginaires, prend de nouveau la résolution d'en finir avec la vie. Il n'a plus d'arme à sa disposition : il essaye de s'en fabriquer avec des morceaux de pain qu'il fait dessécher et qu'il taille en biseau. Quand il croit ses armes prêtes, il veut s'en servir, mais on le surveille : il déboutonne son gilet, et, de sa main placée sous sa chemise, dans une attitude très naturelle pour ne pas éveiller de soupçons, se sert de ces morceaux de pain et n'arrive qu'à sectionner la peau de la poitrine. Ne pouvant réussir ainsi, il prend un morceau de bois vert gros comme un crayon, le brise et se sert de son extrémité pointue, qu'il enfonce dans les plaies déjà faites avec le pain, jusqu'à ce que le bois reste enfin fixé entre deux côtes, ayant fait une plaie mortelle.

CONCLUSIONS

I. — Le suicide est assez fréquent dans la paralysie générale, aussi bien dans le cours de la maladie que dans la période initiale.

©BIUM

II. — Il est toute une série de faits où le suicide n'est qu'apparent, le malade chez lequel la perception nette des choses de la réalité est très notablement troublée devient la victime de ses illusions et de la perte de la conscience du danger qu'il peut courir. La volonté de se donner la mort n'existe pas.

III. — Dans la plupart des observations où la volonté intervient, les idées de suicide portent non seulement le cachet de la démence mais aussi celui du délire que présente le malade, délire presque toujours caractérisé par son irrégularité et son caractère passager.

IV. — Cette irrégularité et ce caractère passager sont plus ou moins marqués. Le plus souvent, les idées de suicide sont subites et de peu de durée, il est facile d'en détourner le malade, qui, du reste, ne prend aucune précaution pour se cacher.

Mais il est d'autres cas où les moyens employés pour arriver au suicide ne diffèrent en rien de ceux qu'emploient les autres vésaniques ; par les précautions que prennent les malades, par la préméditation de l'acte qu'ils veulent accomplir et par la longueur des préparatifs, il semble qu'il y ait chez eux une idée bien arrêtée de se donner la mort. Dans ces derniers faits, la démence est moins prononcée.

©BIUM

Médecine légale

—

DE

QUELQUES CAS D'HOMICIDE

COMMIS PAR DES PSYCHOPATHES

Par le Dr Georges WEHRLIN

Chef de la clinique psychiatrique de l'Université de Lausanne (Suisse)

Travail de la clinique psychiatrique du professeur S. Rabow.

Les méfaits de l'alcool pendant les fêtes du nouvel an ont été la cause de plusieurs procès criminels retentissants devant les tribunaux du canton de Vaud. Ainsi nous trouvons que, dans notre petit pays, de 1880 à 1898, quatre homicides entre autres ont été commis pendant cette période de fêtes à la suite d'excès alcooliques de leurs auteurs. La plupart de ces crimes ont été des actes d'individus dégénérés, psychopathes depuis longtemps, et ayant présenté des troubles psychiques plus ou moins graves avant les faits délictueux qui les ont amenés devant les tribunaux.

Ces quatres meurtres sont les suivants :

1° Affaire Ernest J., fratricide survenu le 1er janvier 1880.

2° Affaire John B., qui tua sa grand'mère dans la nuit du 1er au 2 janvier 1893.

3° Crime de Vallorbes, le 1er janvier 1898, dont la cause fut une rixe dans un café au sujet d'un cigare.

©BIUM

4° Affaire X., qui tua un vieillard septuagénaire dans la nuit du 4 au 5 janvier 1898.

De ces quatre cas d'homicide, trois ont donné lieu à la mise en observation des prévenus à l'asile de Cery. Seul le crime de Vallorbes n'a pas nécessité une expertise médico-légale.

Nous nous permettons de faire la relation des trois autres cas, qui nous semblent intéressants au point de vue psychiatrique.

1° Affaire Ernest J.

Sommaire. — Hérédité chargée. — Débilité mentale. — Tendances ambitieuses. — Fratricide à la suite d'excès alcooliques dans la nuit de la Saint-Sylvestre. — Condamnation à quinze ans de réclusion.

Il s'agit d'un drame de famille qui attrista profondément la population lausannoise tout entière, le jour de l'an 1880.

Voici brièvement l'exposé des faits de cette tragique affaire.

Dans la soirée du 31 décembre, Ernest J. eut une violente discussion avec son frère Paul, étudiant en théologie, qui était en visite chez ses parents. Ernest réclamait à son frère Paul des titres que celui-ci avait soustraits à son père dans la matinée; Paul, en effet, avait enlevé dans le bureau de son père des papiers pour une valeur assez importante, parce que ce dernier lui avait refusé une demande d'argent. Au cours de cette altercation, qui eut lieu en présence des parents, Ernest avait enfin menacé son frère Paul avec un revolver; mais celui-ci réussit sans peine à désarmer son frère Ernest et quitta le domicile paternel. Sur la simple promesse donnée par Ernest qu'il ne mettrait pas à exécution les menaces qu'il avait proférées contre son frère, la mère consentit à lui remettre le revolver qui venait de lui être enlevé. Fait à noter, il portait habituellement des armes.

Les deux frères passèrent chacun de leur côté la nuit de Saint-Sylvestre hors de la maison de leurs parents.

©BIUM

Ernest rentra au logis en état d'ébriété complète, ayant pris part à un banquet dont les libations se prolongèrent jusqu'à 5 heures du matin.

Quant à Paul, celui-ci ne regagna la maison paternelle que le 1er janvier, vers les 9 heures du matin ; il se jeta sur son lit à moitié habillé et s'endormit profondément. Sa mère profita de son sommeil pour fouiller ses vêtements et rentra bientôt en possession des titres soustraits.

Peu après l'arrivée de Paul, son frère Ernest était descendu au bûcher et avait déchargé son revolver contre une porte pour s'assurer, a-t-il dit, que son arme n'était pas dérangée. Il remplaça la balle tirée par une autre, puis il se rendit auprès de son père, qui lui annonça que sa mère avait retrouvé les obligations. Ernest sortit de la maison, rencontra en ville un ami vers les 11 heures du matin ; il paraissait préoccupé. A 11 heures 1/2, il se rendit dans sa chambre, passa dans celle de son frère, qu'il tua d'un coup de revolver, sans discussion et sans lutte. « J'entrai, — dit-il, — directement dans la chambre de Paul ; il dormait encore. Là, j'ai tiré un coup de revolver sur lui et je l'ai tué. »

Ayant accompli son horrible crime, il va auprès de sa mère et lui dit : « Je suis un assassin ; j'ai tué Paul. » Ce dernier avait reçu une balle dans la tempe, du côté droit, et la mort avait été instantanée.

Le soir même, Ernest J. est arrêté et conduit à Cery, ayant manifesté l'intention de s'ôter la vie ; il aurait même fait diverses tentatives de suicide (il a voulu se jeter par la fenêtre et a cherché à se couper la gorge avec un rasoir).

On le transféra déjà le 3 janvier à la prison de l'Evêché, d'où il fut envoyé à nouveau à Cery le 29 janvier 1880, pour y être mis en observation et y resta jusqu'au 27 mars 1880.

Examinons maintenant en quelques mots les antécédents héréditaires et personnels de Ernest J., afin de pouvoir apprécier son état mental et justifier les conclusions de l'expertise médico-légale.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — L'hérédité est convergente. Bien que plus chargée du côté maternel, nous trouvons de part et d'autre des vésaniques.

©BIUM

Côté maternel. — L'*arrière-grand-père-maternel* était original et excentrique ; il fit un voyage à Londres pour y acheter une canne à pêche prétendant qu'il l'aurait à meilleur compte que dans la localité où il habitait.

Le *grand-père maternel* était également bizarre et original : il plongea ses enfants tout endormis dans un bassin de fontaine.

Un *oncle* était aliéné.

Trois autres *oncles*, des originaux consommés.

Une *tante*, folle.

Deux autres *tantes*, des personnes singulières.

Un *cousin germain* du côté maternel également est mort aliéné dans une maison de santé.

La *mère* était excentrique, avare. On raconte que lorsque les poules des voisins venaient manger dans son jardin, elle les enfermait dans son poulailler jusqu'à ce que les poules aient pondu des œufs!

Côté paternel. — Trois *oncles* ont perdu la tête. L'un s'est brûlé la cervelle dans un accès de mélancolie, après avoir failli assommer son beau-père. (Sous réserve, n'ayant pas pu contrôler l'exactitude de ces renseignements.)

Le *père* était un pasteur d'une grande originalité, hypocondre, et qui avait la préoccupation d'amasser écus sur écus.

Un *frère* avait eu des crises épileptiformes.

Un autre *frère* passait pour être mal équilibré.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Ernest J. est né le 5 juillet 1859 ; il est originaire des Vallées vaudoises, mais fut élevé dans le canton de Vaud. C'était un individu qui avait eu une éducation défectueuse et n'avait pu suivre régulièrement ses classes. Caractère irritable, et surtout très vaniteux. Dans son enfance, à la suite d'une frayeur, il aurait bégayé pendant quelque temps. Il se fâchait et s'emportait facilement : un jour qu'il avait été rendre visite à une de ses tantes, il aurait parlé de mettre le feu à ses récoltes. Il ne supportait que de faibles quantités d'alcool ; dès qu'il dépassait la mesure, il était atteint d'un tremblement général. Au dire de ses amis, il a toujours joui de la réputation d'un excentrique consommé ; il était fort crédule et se croyait appelé à de hautes destinées.

©BIUM

Royaliste convaincu, il brûlait du désir de se distinguer dans les rangs de l'armée italienne. Il possédait un journal de sa vie, commencé en 1876, dans lequel il racontait tous ses faits et gestes, appréciant par des notes bizares les événements de la journée. Il s'habillait souvent d'une façon ridicule, portait des bottes à l'écuyère et des costumes extraordinaires, car il avait la prétention de se comparer à Napoléon. En outre, il était très impressionnable et pleurait facilement à la moindre observation. Il lisait beaucoup, annotait les livres, qu'ils fussent à lui ou non, de remarques absurdes, se passionnait pour des héros de romans ou des personnages historiques. Il aimait à déclamer en public et était même auteur dramatique. On raconte qu'il avait invité une fois quelques amis à assister à un de ses drames; mais la représentation eut un fiasco complet; dans son désespoir, Ernest J. avait fait une tentative de suicide. Bref, tous ceux qui connaissaient Ernest J. le considéraient comme un individu borné, faible d'esprit, exalté et excentrique.

En octobre 1879, Ernest J. partit pour l'Italie dans l'intention de s'engager dans l'armée ; mais à cause de sa faiblesse corporelle, il ne fut pas admis. Ce fut pour lui une grande déception. De retour à Lausanne, il mena une vie plutôt oisive, jusqu'au moment des faits tragiques qui amenèrent son arrestation, ainsi que nous l'avons raconté plus haut.

Pendant son séjour à Cery, Ernest J. ne présenta pas de délire spécial ; il admettait toutes les idées des fous, écrivait beaucoup et fit un testament baroque, dans lequel il léguait à la Faculté de médecine son cadavre à disséquer.

Les débuts de ce drame se déroulèrent devant le tribunal criminel du district de Lausanne, les 19, 20 et 21 avril 1880.

L'expertise médico-légale s'efforça de démontrer que Ernest J. était un individu frappé de la *Dégénérescence héréditaire*, dont il offrait les stigmates physiques (oreilles mal conformées, front bas et fuyant, os frontaux peu développés, etc.), souvent observés chez ces individus, ainsi que l'état mental caractéristique (susceptibilité très grande vis-à-vis de l'alcool, faiblesse du jugement, dé-

©BIUM

faut d'équilibre des facultés morales et intellectuelles).

Aussi, muni d'idées fausses et extravagantes, incité au crime par une prédisposition morbide héréditaire, Ernest J., sans motif réel, sans intérêt direct et palpable, avait pu devenir le meurtrier de son frère.

Telle est aussi notre opinion. Nous ne voulons pas insister sur ses fâcheux antécédents héréditaires. C'est également pour nous un dégénéré héréditaire atteint de *débilité mentale*. Toute l'histoire de sa vie nous prouve qu'il s'agit bien d'un déséquilibré, d'un *débile*, doué d'une intelligence des plus médiocres, emporté, fat et vaniteux, qui, bien que n'ayant jamais présenté de troubles sensoriels, avait commis un meurtre à la suite d'une impulsion soudaine. Or, nous savons que les débiles obéissent à une impulsion irrésistible et se laissent facilement entraîner à commettre des actes criminels sans pouvoir donner de motif à leur action. « Quelque chose les a poussés », disent-ils. S'il survient par suite d'une surexcitation quelconque une impulsion morbide, ils n'auront pour lutter contre elle aucune force de résistance.

Nous sommes aussi convaincu qu'Ernest était sincère, lorsqu'il disait qu'il ne savait pas quelle idée il a eue, que c'est la fatalité qui l'a poussé, et qu'il a tué son frère dans un moment de folie. En effet, Ernest avait appris de son père que le prétexte de son altercation avec son frère Paul n'existait plus. Et lorsqu'on se demande quel a été le mobile du crime, on en arrive à cette conclusion, c'est que le faible cerveau d'Ernest J., qui avait subi deux chocs dans cette malheureuse journée du 31 décembre, à savoir l'altercation, et surtout la surexcitation produite par l'ébriété du banquet de Saint-Sylvestre, ne put résister à la force impulsive, dont il était en quelque sorte le jouet. Il n'y a pas de doute pour nous que ce soient les excès alcooliques qu'Ernest J. a faits dans la soirée de Saint-Sylvestre, qui sont la cause de son horrible action du 1er janvier 1880.

Le jury n'admit pas les conclusions de l'expertise médicale, qui déclarait qu'Ernest J. était *irresponsable*, ayant tué son frère dans un moment où il n'était pas en état d'apprécier la portée et la moralité de ses actions

©BIUM

(9 non et 3 oui). Ernest J. fut donc condamné à quinze ans de réclusion.

Quelques années plus tard, ce malheureux jeune homme mourut poitrinaire en prison et dans un état de déchéance physique et psychique.

Comme l'épilepsie a été rarement — du moins dans le canton de Vaud — la cause d'un crime, nous relaterons en détail le deuxième cas, d'un grand intérêt au point de vue médico-légal. A notre connaissance, c'est depuis fort longtemps, le seul meurtre commis par un épileptique ayant été jugé par les tribunaux vaudois.

2° Affaire John B...

Sommaire. — Epilepsie. — Homicide sur la personne de sa grand' mère. — Excès de boisson pendant les fêtes du nouvel an. — Acquittement. — Internement consécutif.

Le nommé John B..., né le 24 août 1868, originaire de Cuarny, tua sa grand'mère dans la nuit du 1er au 2 janvier 1893 dans les circonstances suivantes : sa grand'mère, Judith G....., vivait isolée à Yverdon dans une petite chambre d'un rez-de-chaussée de la rue du Cygne; il n'y avait guère que son petit-fils, John B..., élevé par elle depuis l'âge de cinq ans, qui venait de temps à autre lui rendre visite.

Le jour de l'an 1893, ce jeune homme vint dans l'après-midi chez sa grand'mère; il n'en sortit que le lendemain matin 2 janvier et alla immédiatement annoncer à des voisins, puis à son oncle, que sa grand'-mère était morte.

La justice prévenue, s'était transportée sur les lieux, elle trouva la femme G....., tout habillée sur son lit; mais sans vie, le visage couvert de blessures sanglantes. On constatait également de nombreuses taches de sang sur le lit et sur le sol.

Près du lit, le plancher avait été partiellement lavé. Ainsi le crime était récent. Maintenant quels en étaient l'auteur et le mobile?

La justice fit procéder à l'autopsie du cadavre et à l'arrestation du jeune B... Celui-ci fut arrêté chez son oncle dans un état de calme absolu. Il nia tout de suite

©BIUM

catégoriquement être l'auteur du crime, tout en reconnaissant être resté seul chez sa grand'mère et que, pendant toute sa dernière visite, la porte était verrouillée depuis l'intérieur. En le fouillant, on trouva sur lui différents objets, entre autres deux couteaux et deux porte-monnaie tachés de sang. Un de ces porte-monnaie, reconnu pour avoir appartenu à la défunte, ne contenait que quelques clefs.

Les experts médecins, commis à l'autopsie du cadavre de la femme G....., constatèrent de leur côté de nombreuses blessures se trouvant toutes dans la région de la figure et du cou, et dont la section correspondait pour la plupart à la largeur de la lame d'un des couteaux trouvés sur le prévenu. Il résulte des conclusions du rapport d'autopsie que la mort de la femme G..... est bien due à des blessures faites par un instrument tranchant.

En prison, le prévenu continua à nier son crime. Il répondait du reste bien et montra le plus grand calme jusqu'au 12 janvier, où le geôlier le trouva en proie à une crise épileptique. Comme, d'autre part, il passait depuis quelque temps pour n'avoir pas tout son bon sens, le juge d'instruction le fit transférer à l'asile de Cery pour y être observé.

Pour l'appréciation de l'état mental de John B... et du jugement que nous avons à émettre, il nous est utile de connaître avant tout les antécédents.

Les voici aussi exacts que nous avons pu les recueillir :

Le père, régent, a eu maille à partir avec la justice et ne paraît pas s'être beaucoup soucié de son fils. La mère est morte d'une affection de poitrine alors que son fils John n'avait que cinq ans. Celui-ci, né le 24 août 1868, originaire de Cuarny, a été élevé par sa grand'mère, Judith G....., qui l'aimait beaucoup, et qui, malgré le peu de ressources dont elle pouvait disposer, dépensait tout pour son petit-fils. Il fréquenta l'école primaire d'Yverdon, où il se montra assez bon élève; puis il entra en apprentissage chez un menuisier. Sa conduite ne laissa rien à désirer jusqu'à l'âge de dix-sept ans. Dès lors, on constata un changement notable de sa manière d'être; il se mit à boire et à mener une vie

©BIUM

irrégulière. En même temps, apparurent chez lui des crises épileptiques, survenues au dire du malade à la suite d'*une frayeur éprouvée en mettant un mort dans un cercueil*. Il eut dès lors des crises fréquentes (jusqu'à quatre par jour) ou de simples étourdissements. Après ses accès, il se montrait irritable, colérique et violent ; il était, par contre, dans l'intervalle des crises, plutôt doux et serviable. Il se montra souvent méchant vis-à-vis de sa grand'mère qu'il menaça et maltraita même quelquefois pour obtenir ce qu'il lui demandait. Cependant il lui était devenu impossible de gagner sa vie d'une manière suivie. Aussi, un oncle, charpentier, voyant que son neveu ne trouverait jamais de place à cause de ses crises épileptiques, le prit chez lui ; mais il eut beaucoup de difficultés avec John B..., car celui-ci aimait à boire et, quand il avait bu, les crises devenaient plus fréquentes. Il dut à maintes reprises se battre avec lui, recevant des coups de poing et même un jour un coup de couteau dans la main.

Dans le courant de l'année 1892, les troubles mentaux s'accentuèrent de plus en plus ; au mois de mai de cette année, John B... se rendit à Saint-Maurice pour y faire du service militaire. Peu de jours après son arrivée, il fut renvoyé dans ses foyers pour cause de maladie mentale. Nous trouvons en effet dans son livret de service les inscriptions suivantes :

B..., atteint d'alcoolisme chronique avec délirium et crises épileptiformes fréquentes, devra se présenter devant la commission de réforme. (Saint-Maurice, 12 mai 1892.)

En outre, la décision de la commission de réforme, motivée comme suit : Maladie 93 (épilepsie) attestée.

Exemption définitive. (Yverdon, 12 août 1892.)

Après son retour à Yverdon, il commit folie sur folie. Ainsi, il entra un jour dans une boulangerie et prit tout ce qui se trouvait sur le comptoir : monnaie, petits pains, etc. ; ensuite il se rendit dans une brasserie, où il demanda une chope, puis réclama la monnaie de 10 francs, qu'il n'avait pas donnés. Mis à la porte de l'établissement, il va chez un coiffeur, pour se faire couper la barbe afin qu'elle devienne belle noire !

Quelques jours plus tard, il raconte à son oncle qu'il

©BIUM

croyait avoir été mort, mais qu'il avait trouvé le bon remède et était de nouveau bien portant !

Dans un carnet de poche, une annotation de la main de John B... portait ce qui suit : « Le 3 avril 1892, j'ai découvert pour la maladie de mes mauvais moments que ma figure était toujours triste c'était qui me faisait avoir la pensée triste et quand je suis plus joyeux et une bonne pensée je suis plus beau et bien de mieux je veux depuis à présent être bien de mieux et plus avoir de mauvais moments, je suis bien content, amen. »

La veille du crime (31 décembre 1892), John B... passa la soirée avec son oncle dans un café, où ils mangèrent des tripes et burent chacun un demi-litre de vin. A 11 heures, ils quittèrent l'établissement et rentrèrent tranquillement chez eux. Au moment de se coucher, John B... voulut absolument sortir pour aller demander en mariage la fille d'un cabaretier ! Comme son oncle s'y opposait, il sauta par la fenêtre, puis se dirigea vers la maison de ce dernier.

L'oncle le suivit et le rejoignit devant la porte du cabaret, où il fut pris d'un accès d'épilepsie qui le jeta à terre. Cet accès dura quelques minutes, après quoi John B... se releva et partit du côté de la ville, où il passa la nuit, allant sans doute de pinte en pinte. On ne le revit plus chez son oncle.

Le lendemain (dimanche 1er janvier 1893), John B... fut retrouvé par son oncle dans la matinée, dans un café entre 8 et 9 heures du matin ; il avait un air étrange et chercha de suite querelle à son oncle. Ce dernier désirant éviter une scène, rentra chez lui. Vers 11 heures, John B... reparut à la maison, où il commença par réclamer de l'argent à sa tante, puis à son oncle ; comme celui-ci lui en refusait, il lui sauta au cou. Il l'aurait étranglé sans l'intervention des gens présents, qui essayèrent de s'emparer de John B... et de le ligotter. Mais John B... parvint à s'enfuir et ne revint chez son oncle que le lendemain, 2 janvier, vers les 8 h. 1/2 du matin, et raconta que sa grand'mère était morte. Il nie tout de suite lui avoir fait le moindre mal, et comme explication de sa mort, il parla d'une chute sur une paire de ciseaux. Comme on insistait pour avoir plus de détails, il déclara qu'il avait du reste dormi pendant toute sa

©BIUM

visite, et que c'est à son réveil qu'il avait trouvé sa grand' mère gisant à terre, qu'il l'avait lui-même relevée et placée sur le lit, puis s'était couché à côté d'elle pour la réchauffer ! Au bout d'un instant il se releva, lava le plancher souillé de sang, ouvrit la porte, qui pendant tout ce temps était restée verrouillée depuis l'intérieur, et se décida à aller prévenir les voisins et son oncle de ce qui s'était passé. C'est à la suite de ces révélations qu'il fut arrêté et conduit en prison.

Interrogé par le juge, John B..., déclara avoir eu une crise en arrivant chez sa grand'mère et être allé se coucher presque immédiatement.

Il avoua sans hésitation qu'un des deux porte-monnaie trouvés en sa possession appartenait à Mme G...., et qu'il l'avait pris lui-même dans la poche de la défunte. En prison, il se montra très insouciant, s'occupa plutôt de son état physique que des derniers événements, qui vont l'amener devant le tribunal. Ainsi, il raconta : « Depuis que je suis en prison, j'ai découvert dans un rêve qu'en respirant par le nez et plus par la bouche, je serai guéri. Je suis bien content d'avoir fait cette découverte. » Il eut le 12 janvier, comme nous l'avons dit plus haut, une crise d'épilepsie. Le 17 janvier, il est amené à l'asile de Cery pour y être mis en observation. Son transfert est très facile : il croit qu'on l'y conduit pour prendre un bain et qu'il retournera le même jour à Yverdon, parce que le gendarme le lui a promis.

L'examen de John B... offrit les constatations suivantes : taille au-dessous de la moyenne ; musculature bien développée. Les dimensions du crâne sont :

Diamètre antéro-postérieur . . .	16.5
Diamètre bipariétal.	16.5
Circonférence.	57.0

La tête est aplatie dans la région occipitale, qui présente une dizaine de cicatrices de longueur variable et non adhérentes. Asymétrie cranio-faciale ; la moitié droite de la face est plus développée que la gauche. Le front est bas, un peu fuyant. La figure est allongée, pâle. Le nez est dévié du côté gauche ; les dents sont

©BIUM

serrées et croisées ; la voûte palatine fortement ogivale. La voix est nasillarde, pas d'embarras de la parole.

Le thorax présente également de l'asymétrie ; le côté droit est plus développé, ainsi que le muscle grand pectoral. Les organes thoraciques et abdominaux fonctionnent normalement. Pouls régulier. Le testicule gauche est atrophié et présente un volume moitié moindre que le testicule droit.

Les réflexes patellaires et crémastériens, sont plutôt un peu exagérés.

L'index de la main droite est contracturé et ankylosé, conséquence d'une blessure à l'âge de deux ans.

Le maintien est bon, la démarche nonchalante, la physionomie est insouciante, indifférente ; le regard vague, indécis ; la parole est lente, mais distincte. L'humeur est changeante. En général, John B... est doux et tranquille ; mais parfois il se fâche subitement et devient violent. Il a toujours été peu sociable et taciturne. Ses réponses ne sont pas toujours claires ni très précises. La mémoire semble affaiblie ; il répond assez bien pour tout ce qui concerne son enfance et les choses élémentaires apprises à l'école ; mais dès qu'il s'agit d'un peu de raisonnement, on voit que son horizon intellectuel est très borné : par exemple, il déclare après plusieurs minutes de réflexion que $9 \times 12 = 48$ et $3 \times 14 = 85$.

Il méconnaît tout à fait sa situation présente et se figure être à l'asile de Cery uniquement pour prendre des bains, comme du reste les autres personnes qui l'entourent. Il ne se croit pas malade, tout en reconnaissant qu'il a de temps en temps des crises. Interrogé sur son avenir, il pense retourner bientôt à Yverdon pour continuer à travailler chez son oncle et s'y marier. En parlant des derniers événements, on remarque des lacunes très considérables dans sa mémoire : il ne se souvient pas d'avoir eu une conduite singulière dans une boulangerie ; il nie catégoriquement avoir demandé à la brasserie qu'on lui change une pièce de 10 francs ; il ne veut pas avoir été le jour de l'an au café B..., etc. Pas la moindre émotion si on lui parle de la mort de sa pauvre grand'mère ; il ne croit pas qu'elle ait été tuée ; elle doit simplement être tombée, et lui-même n'y est pour rien ;

©BIUM

du reste, il ne peut donner des renseignements exacts à cet égard, car tout ce qui est arrivé à sa grand'mère se serait passé pendant qu'il dormait profondément.

On ne constate pas de troubles sensoriels (ni hallucinations, ni illusions), ni d'idées délirantes.

A son arrivée à Cery le 17 janvier, John B...manifesta son mécontentement de ne pas retourner immédiatement avec le gendarme qui l'avait amené. Il montra une indifférence complète vis-à-vis des autres malades ; il ne parlait à personne ; toutefois il répondait si on lui adressait la parole, accompagnant souvent ses réponses de gestes d'impatience, si on insistait trop sur sa participation au crime du 1er janvier. Le but de son séjour à Cery lui est incompréhensible. Rien ne paraît l'intéresser ; il obéit machinalement, sans faire d'observation. Il mangeait de bon appétit et dormait bien.

Le 19 janvier, on observe pour la première fois une légère crise sous forme d'une *absence* : le malade urine devant tout le monde, se mouille et l'instant d'après déclare ne rien savoir.

Nouvelle crise le 23 janvier ; cette fois c'est une attaque convulsive avec agitation. John doit être mis en cellule et ne se souvient pas d'avoir eu une crise, lorsqu'on le sort. Les jours suivants, il est tranquille, jusqu'au 26 janvier, où, pris d'une crise, il devient violent, attaque l'infirmier, un robuste individu, qui risque d'être étranglé par lui. Mis en cellule, il ne comprend pas une heure après pourquoi il a été isolé ; il nie avoir eu une crise et avoir été violent. Dès lors, jusqu'au 12 février, John B... a été pris sept fois d'attaques épileptiques. Celles-ci furent d'une durée plus ou moins longue et souvent de *violence* et d'*oubli complet* de tout ce qui s'était passé pendant ou après. On peut, en résumé, dire que, depuis son arrivée à Cery, son état mental ne s'est pas modifié.

On constata toujours chez lui des degrés divers de confusion intellectuelle : de lucidité partielle d'une part et d'absurdité et d'incohérence d'autre part.

Appréciation. — En entendant parler d'un meurtre commis dans des circonstances étranges avec une férocité extraordinaire et sans cause explicable, surtout

©BIUM

si l'assassin n'a presque rien fait pour cacher son crime, on est généralement en droit de soupçonner que le meurtrier ne jouit pas *du tout de son bon sens*. Or, dans le cas qui nous occupe, une vieille femme pauvre a été assassinée d'une manière atroce par son propre petit-fils, auquel elle n'avait jamais cessé de faire du bien. Celui-ci nie le crime, mais il ne nie pas être resté seul avec sa grand'mère dans une chambre verrouillée depuis l'intérieur, ce qui rend difficile l'hypothèse qu'un individu autre que John B... ait pu assassiner Judith G.... Les explications données par John B... paraissent, de prime abord, absurdes et sans beaucoup de crédit : il veut avoir dormi pendant toute la dernière visite faite à sa grand'mère, et à son réveil l'avoir trouvée gisant inanimée sur le plancher. Que s'est-il passé durant cette nuit tragique ? Nous l'ignorons et nous ne le saurons probablement jamais d'une manière exacte : la femme G.... est muette pour toujours, et son petit-fils dormait profondément, à ce qu'il prétend du moins. Quant à nous, nous sommes persuadé que John B... n'a pas dormi toute la nuit ; à un moment impossible à déterminer, il s'est lancé comme une bête féroce sur sa grand'mère, l'a frappée de coups de couteau avec une fureur aveugle, puis il s'est couché auprès de sa victime et s'est endormi d'un profond sommeil. Le souvenir de tout ce qui s'est passé lui fait défaut, parce qu'il était alors sous l'influence d'une crise épileptique.

Le cas de John B... est presque identique à une foule d'observations de ce genre signalées par les médecins aliénistes. L'affaire est cependant simplifiée par le fait que cet individu est atteint d'*épilepsie* depuis nombre d'années d'une manière incontestable, et cela facilitait beaucoup la tâche de l'expert médical. *Loin de nous la pensée de vouloir considérer chaque épileptique comme irresponsable* : un épileptique peut être tout aussi sensé

©BIUM

qu'un homme en bonne santé et en cas de crime même tout aussi responsable. Mais nous ne devons pas oublier que dans 60 à 75 p. 100 des cas, l'épilepsie est accompagnée de troubles mentaux qui se combinent avec cette affection de bien des façons différentes.

Tantôt le caractère, l'humeur, le sens moral sont seuls atteints ; tantôt de véritables crises de folie précèdent ou suivent immédiatement l'accès convulsif ; tantôt c'est au contraire dans les intervalles libres, entre deux crises, que le trouble mental fait apparition; d'autres fois le délire devient chronique. Dans beaucoup de cas, les facultés intellectuelles s'affaiblissent graduellement et conduisent au dernier degré de la déchéance psychique, à la démence complète. Ces différents troubles mentaux constituent la *folie épileptique*. C'est un des effets les plus connus de l'épilepsie de produire dans certains cas une aliénation caractérisée par une *fureur impulsive*.Plus le moment de l'accès est proche, plus il y a lieu de soupçonner un dérangement de l'esprit. Ce fait est déjà connu depuis un temps immémorial et un auteur ancien, Zacchias, dit : « Chaque épileptique doit être considéré comme irresponsable des actes commis par lui dans les 3 jours ayant précédé l'attaque de son mal.» Mais, et nous tenons à le dire, la folie post-épileptique, c'est-à-dire celle qui succède aux accès, est de toutes les formes la plus fréquente. Ici, comme dans la *folie épileptique transitoire*, c'est une fureur aveugle (*furor epilepticus*), probablement produite par des hallucinations terrifiantes, qui domine la situation. Les malheureux sont pris d'impulsions dangereuses et détruisent automatiquement tout ce qui se trouve à leur portée, et chose digne d'être notée, après la crise ils ne se souviennent de rien.

Si après tout ce que nous venons de dire, nous essayons de nous expliquer le crime, nous admettrons que le drame s'est déroulé de la manière suivante. B... avait

©BIUM

beaucoup bu: l'alcool, agissant comme agent provocateur, a produit plusieurs crises. Des témoins l'ont vu se débattre dans la nuit de la Saint-Sylvestre.

Il devient irritable, cherche querelle à son oncle, qu'il manque d'étrangler, etc... C'est dans cet état qu'il se rend chez sa grand'mère.

Celle-ci, le voyant étrangement changé, l'invita à se coucher et verrouilla la porte pour qu'on ne le dérange pas. Après avoir dormi un peu, John B... se réveille en sursaut et, poussé par une obsession impulsive, il s'élance, vers sa grand'mère, lui assène des coups de couteau et ne cesse de frapper que lorsqu'il se sent fatigué ; alors il se recouche et s'endort profondément. A son réveil, de grand matin, il voit sa grand'mère étendue sur le plancher. Il ne se souvient de rien et, vu son intelligence bornée, il ne réfléchit pas longtemps à l'étrangeté de la situation ; mais il met la vieille au lit et cherche à la réchauffer en se couchant à côté d'elle. Ensuite, il s'en va tranquillement annoncer que sa grand'mère est morte.

Si nous prenons en considération l'absence de tout motif plausible, de préméditation, la brutalité dans l'exécution du crime, le peu de soin pour le cacher, l'indifférence absolue et l'absence de remords et pardessus tout *le manque de souvenir du fait même*, nous pouvons affirmer que le crime a été engendré par la folie épileptique. N'oublions pas que quelques mois auparavant le même individu a dû être réformé du service militaire, qu'entré dans une boulangerie, il prend devant le boulanger lui-même plusieurs marchandises, qu'il a commis plusieurs excentricités analogues, dont il n'a depuis aucun souvenir. Voilà tout autant de faits, qui sont significatifs pour l'état mental de John B... On pourrait objecter que celui-ci a eu un mobile pour tuer sa grand'mère ; un témoin était de cet avis ; il croit que

©BIUM

J. B... a demandé de l'argent ou des objets à vendre et que ne pouvant obtenir ce qu'il désirait, il s'est mis en colère et a tué la femme G....

Pour se soustraire à la justice, il nierait le crime et simulerait la folie. Cette manière de voir ne nous paraît pas admissible. La conduite et l'état de John B., avant et après le crime, prouvent déjà suffisamment qu'une idée pareille n'a aucune raison d'être et que l'idée de simulation doit être écartée. Pour le médecin aliéniste, le cas est des plus simples et facile à comprendre. Du reste, nous tenons à constater que l'épilepsie avait déjà fait dans le domaine intellectuel de John B... des ravages considérables; un affaiblissement de son jugement et une certaine incohérence des idées n'étaient plus à méconnaître. Cet état permettait de supposer qu'il s'aggraverait; on pouvait dire que John B... marchait à grands pas vers la déchéance complète de sa raison et se trouverait bientôt dans la démence la plus profonde.

C'est pourquoi l'expertise concluait avec la plus intime conviction :

1° Qu'au moment du crime, soit dans la nuit du 1er au 2 janvier, l'inculpé J. B... était atteint d'une maladie (folie épileptique) qui le mettait hors d'état d'apprécier la conséquence et la moralité de ses actions;

2° Qu'il se trouve encore dans un pareil état et appartient au groupe des aliénés les plus dangereux.

Le 25 février 1893, John B... fut de nouveau transféré dans les prisons du district d'Yverdon et, le 30 mars 1893, il comparaissait devant le tribunal d'Yverdon comme prévenu d'homicide. Il fut reconnu coupable par le jury d'avoir donné volontairement la mort à sa grand'mère, mais qu'il était atteint d'une maladie qui le mettait hors d'état d'apprécier les conséquences et la moralité de ses actions. Aussi la cour prononça son acquittement en ordonnant son renvoi au Conseil d'Etat, qui décida son

©BIUM

internement à Cery, où il fut reconduit le 7 avril 1893.

Cet individu se trouve toujours encore à l'asile de Cery. Il a fréquemment des crises épileptiques très violentes, qui durent parfois plusieurs jours. On doit alors isoler le malade.

Ce qui est intéressant à noter, c'est de voir que cet individu a eu à plusieurs reprises des impulsions dangereuses. Nous voyons par exemple que le 24 février 1894, John B..., qui depuis bien des mois était tranquille, a eu subitement, à la suite d'une crise, une impulsion, et s'est jeté sur un infirmier, lequel n'en serait pas devenu maître sans l'aide d'un malade. Le 7 mars 1894, il a également eu une impulsion violente ; le 23 mars 1895, il frappe un infirmier qui lui fait une observation sur son travail, car son caractère est toujours irritable ; aussi John B... devient violent et agressif à la moindre contrariété.

Lors de ses crises, il tombe en général si malheureusement qu'il se fait presque chaque fois des contusions à la tête ; ou bien, si c'est au moment des repas, il se brûle la figure avec sa soupe. Actuellement, ce malade se porte assez bien physiquement ; mais, quant à son état mental, la déchéance intellectuelle s'est incontestablement aggravée depuis sa deuxième entrée à Cery.

Son discours est enfantin, souvent incohérent. Il termine presque invariablement ses réponses en disant : « Je ne peux pas me marier, j'ai toujours une hernie à gauche. » (Il n'a pas de hernie ; mais, ainsi que nous l'avons relevé dans l'examen somatique, le testicule gauche est atrophié.)

(*A suivre.*)

©BIUM

Établissements d'aliénés.

—

DU SECRET

DANS LES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

Par le Dr PONS

Médecin en chef de l'asile d'aliénées de Bordeaux.

Suite (1)

II

Mais à la notion de l'internement, qui est répandue et banale, viennent s'ajouter d'autres faits, secrets de leur nature, intéressant la personnalité de l'aliéné, et que l'administrateur a le devoir de regarder comme confidentiels et de tenir cachés dans la mesure de ses forces; quelle que soit d'ailleurs la publicité que leur a donnée la procédure. C'est ainsi qu'il s'interdira rigoureusement de délivrer à d'autres qu'aux ayants droit des copies de documents officiels concernant les aliénés (certificats, rapports, pièces de correspondance, bulletins médicaux, notes du registre). Il gardera de même pour lui les faits intimes dont il pourra connaître par la vue et le contact de l'aliéné. C'est qu'ici le secret administratif se complique d'un élément nouveau, à propos duquel le directeur devient solidaire du médecin, partageant avec ce dernier le devoir étroit du silence.

(1) V. les *Annales*, n° de janvier-février 1900.

©BIUM

Le secret médical créé par l'asile est assimilable à celui des praticiens ordinaires. Il s'impose à la conscience de l'aliéniste, en dépit de difficultés, aussi réelles que fréquentes, provenant du milieu même où il prend naissance.

En principe, il faut admettre que les choses apprises par l'aliéniste dans l'exercice de sa profession ne doivent pas être divulguées. En outre, en sa qualité de protecteur, il n'a pas seulement à taire les secrets qui lui sont parvenus,mais il doit encore s'opposer de toutes ses forces à leur propagation. Ce rôle tutélaire, que ses fonctions lui assignent et que sa probité lui impose, fait partie de la mission de l'aliéniste. C'est un devoir de plus qui lui incombe de contrôler les rapports du malade avec le dehors. La mise en pratique de ces préceptes n'est pas toujours aisée. Tout d'abord, sa position dans l'asile, ses rapports avec l'administration l'exposent tous les jours à les violer, s'il n'y prend garde. Appelé constamment à collaborer avec elle en fournissant des notes sur les malades, il devra user d'une extrême prudence dans le rôle de coadjuteur qui lui est dévolu. En effet, les documents qu'il doit délivrer officiellement contiennent deux ordres de faits : 1° la révélation de l'internement, qui ne gêne point sa conscience ; 2° la mise au jour de choses confidentielles, touchant à la médecine. Dans cette seconde partie du document réside vraiment le secret, dont le médecin a le droit et le devoir d'être jaloux.

L'occasion se présente souvent pour lui de se montrer circonspect.

La plupart des établissements d'aliénés sont placés sous l'autorité d'un directeur-médecin. Quelques asiles ont un administrateur et un médecin en chef. Pour plus de clarté, je ne m'occuperai que du dernier système, celui des fonctions séparées. Quelle qu'elle soit

©BIUM

d'ailleurs, l'organisation de l'asile admet toujours deux services, administratif et médical, auxquels sont afférents des devoirs distincts, et deux secrets de nature différente. Le secret du directeur ne concerne qu'un fait unique, qui est aussi peu confidentiel que possible. Mais le médecin acquiert, par son contact avec le malade, des notions plus étendues, dont il doit compte au directeur dans une certaine mesure, qu'il faut déterminer.

Les familles et les amis des aliénés sont tenus au courant de leur état par le moyen de bulletins médicaux que le directeur met le médecin en demeure de remplir. Ce sont des imprimés en double feuille contenant, d'une part, une formule d'envoi signée du directeur, de l'autre, l'indication de la situation physique et mentale de l'aliéné résumée par le médecin. Les administrateurs délivrent assez facilement ces bulletins, qui parviennent trop souvent à d'autres personnes que celles qui ont qualité pour les recevoir. J'ai vu de ces pièces entre les mains d'hommes d'affaires, qui ont pu les utiliser pour engager une procédure, à défaut du certificat qu'ils n'avaient pu se procurer.

Le médecin ne peut refuser un bulletin au directeur qui le lui demande ; mais il lui est toujours permis de s'enquérir de la destination qui doit être donnée à ce document, s'il doit parvenir à la famille, aux amis autorisés par elle, ou aux personnages investis par la loi d'un droit de contrôle. Au surplus, le bulletin sera toujours libellé selon une formule générale, ne comportant aucune révélation qui puisse passer pour imprudente. On se gardera d'y écrire un diagnostic, d'y faire connaître une complication physique secrète par sa nature, etc. Je rédige habituellement mes bulletins brièvement, en leur donnant une forme vague, grâce à laquelle mes correspondants n'apprennent rien de plus

©BIUM

que ce qu'ils savent déjà touchant l'aliéné et la nature de l'affection mentale. Ex. : « Notre malade se trouve « dans la même situation, ou va mieux ; sa santé phy- « sique est bonne, ou laisse à désirer », sans entrer dans aucun détail.

La recherche du domicile de secours des aliénés est encore une occasion pour le médecin de se faire le complice d'une indiscrétion. Un inconnu est interné d'urgence à l'asile, venant on ne sait d'où, à la suite d'une odyssée plus ou moins mouvementée dont il faut retrouver les étapes ; car son entretien est à la charge du département dans lequel il a séjourné en dernier lieu pendant plus d'une année. L'enquête administrative ne peut être conduite fructueusement qu'avec l'aide du médecin, qui est prié de faire connaître, en l'interrogeant, les aventures du nouveau venu et l'histoire de ses pérégrinations.

C'est une singulière besogne, par laquelle le médecin apporte sa collaboration à l'œuvre de la police. Lui seul peut s'en charger, puisqu'il a seul qualité pour interroger utilement le malade, et il ne saurait refuser son concours.

Il recueillera donc, *par ordre*, de la bouche de ce dernier, des faits pouvant avoir un caractère intime, qui dévoilent d'une façon insolite et regrettable sa vie privée, ou qui concernent d'autres personnes ayant pris contact avec lui. Son interrogatoire pourra, en un mot, lui révéler des choses confidentielles qu'il sera contraint de mettre au jour. Point n'est besoin de faire ressortir combien est délicate, en pareille occurrence, la mission du médecin. Je me suis souvent demandé si l'Administration ne pourrait pas abandonner, au risque d'y perdre quelques sommes, cette recherche du domicile de secours et si le médecin ne devrait pas en tout cas être dispensé d'une intervention qui blesse sa conscience.

©BIUM

Dans la pratique ordinaire, le concours des médecins est fréquemment sollicité pour fournir des attestations, et l'on peut s'étonner de la facilité avec laquelle certificats et rapports se délivrent aux particuliers moyennant finances. Comment concilier cette libéralité profuse de signatures avec la discrétion professionnelle? On peut la concevoir si des malades non aliénés les réclament eux-mêmes. Mais la discrétion est rigoureusement indiquée lorsqu'il s'agit d'un cas mental. Il s'en faut pourtant qu'elle soit observée. Toute instance judiciaire ouverte dans le but de provoquer l'interdiction ou la déchéance civile, de pourvoir un débile de la protection légale, d'atténuer les conséquences de ses actes, s'appuie invariablement sur des appréciations scientifiques, émanées d'un homme de l'art, qui viole ouvertement le secret médical.

Il commet une faute en faisant connaître ce qu'il a appris comme médecin, sans y être invité par un juge. Son expertise bénévole pourra lui donner des regrets. Tant pis pour sa dignité s'il est traîné devant un prétoire peu bienveillant, où il verra l'étude qu'il a élaborée consciencieusement discutée et même flétrie par ses adversaires. Une autre déception pourra lui être réservée : un jugement contraire aux conclusions de la science, réduisant à néant son travail et ses veilles. Confus et irrité, il se reprochera trop tard d'avoir engagé sa personnalité dans un procès, lorsqu'il n'y était nullement contraint. Ne pouvait-il, en invoquant le devoir du secret, se dispenser d'intervenir dans l'affaire et laisser les parties s'expliquer devant les magistrats, à qui il était loisible, le cas échéant, de s'éclairer d'une expertise médicale?

Dans une seule circonstance, le médecin des villes se trouve dans le cas de délivrer spontanément, en dehors de toute contrainte légale, un acte public où se trouve

©BIUM

dévoilée la misère de son client. C'est lorsqu'il est appelé à provoquer son internement dans une maison de santé. Il peut, encore aujourd'hui, limiter son action à la simple révélation du fait de l'aliénation mentale, en concluant à la nécessité du placement. C'est une conduite correcte. Point n'est besoin, comme dans les travaux d'expertise, d'écrire de longues remarques sur les commémoratifs et l'évolution du trouble mental. La déclaration de la folie suffit actuellement. Plus tard, cette sobriété honnête ne sera plus permise et le médecin sera tenu, au nom de la nouvelle loi, de rédiger un rapport détaillé pour l'autorité judiciaire. Cette situation éprouvera peut-être sa délicatesse. Il s'efforcera d'y répondre en conciliant le respect de la famille avec les développements exigés par la nouvelle législation. Il se renfermera dans une étude personnelle et exclusive de son malade sans entrer dans des considérations superflues touchant les antécédents, le vice héréditaire, etc. Il se défiera d'une propension trop naturelle à vouloir appuyer ses conclusions sur des preuves scientifiques.

Sauf le cas de l'internement des aliénés, je ne crois pas, en dépit d'une pratique journellement adoptée et impunément suivie, que le médecin à clientèle soit jamais autorisé à délivrer un certificat ou un rapport sur un cas mental.

Rentrons à l'asile, où l'abstention que je préconise est d'autant plus facile que les procédures qui y sont ouvertes n'admettent pas, d'ordinaire, le témoignage du médecin. Les magistrats enquêteurs se confinent plus volontiers dans l'interrogatoire pur et simple de l'aliéné. Ils pourront, quelquefois, jeter les yeux sur les notes qui le concernent, portées au registre officiel ; mais ils évitent de s'adresser au médecin, qui est tenu en dehors de leurs opérations. Assurément, il faut

©BIUM

respecter ces scrupules des hommes de loi, qui veulent se soustraire à toute influence et ne s'en rapporter qu'à leur propre jugement pour l'appréciation d'un cas mental. Mais de cette pratique des juges ne découle-t-il pas pour le médecin l'obligation de rester étranger à ces affaires et de ne point offrir un témoignage dont ils entendent se passer? En pareille circonstance, la discrétion est deux fois de mise.

Si j'insiste sur ce point, c'est qu'au début des instances en interdiction le médecin est souvent prié par les familles de fournir un certificat préalable. Les avoués poursuivants réclament avec autorité cette pièce, qu'ils prétendent leur être indispensable pour engager l'action. Elle ne leur est nullement nécessaire. Un document administratif attestant la présence de l'aliéné à l'asile suffit pour introduire l'instance. Les développements médicaux ne doivent être produits qu'ultérieurement, si le tribunal les demande. C'est à ce dernier de forcer l'action médicale, s'il le trouve utile.

Les familles des malades, les hommes d'affaires se montrent parfois surpris que le concours de la science leur soit refusé dans certaines procédures. Je motive toujours mon refus en excipant du secret professionnel, et je réponds que je me tiens à la disposition de messieurs les magistrats, s'ils jugent opportun de s'éclairer de mon témoignage. Cette réponse sauvegarde la dignité médicale. Elle m'a toujours dispensé d'intervenir, car l'appel des magistrats est un fait rare. Les affaires, et surtout les affaires civiles, sont généralement réglées par eux, sans que le témoignage du médecin leur semble nécessaire.

Il faut reconnaître qu'une telle inflexibilité, dans certains cas, peut paraître choquante. Il semble que, lorsque la signature du médecin doit faire cesser un état de choses mauvais, il a le devoir de la donner sans

©BIUM

hésitation. C'est l'opinion de M. E. Favreau qui, dans sa thèse de doctorat, a fait hardiment l'apologie de la violation du secret, lorsqu'elle est dans l'intérêt de la société ou même seulement du malade. D'après M. Favreau, le médecin est libre d'intervenir selon les inspirations de sa conscience.

A cette doctrine, il y a une objection : le médecin n'est pas infaillible et son erreur peut avoir des conséquences lamentables. Je prendrai l'exemple d'un vieillard qu'on veut frapper au déclin de sa vie d'incapacité civile. Certes, l'interdiction est une mesure de protection souvent indispensable et salutaire ; mais il arrive aussi que les motifs qui dirigent les intéressés sont immoraux et que l'action judiciaire qu'ils poursuivent est une pure iniquité.

Un aliéniste est appelé en consultation par un confrère dans une famille. Il s'agit de provoquer l'interdiction de l'aïeul, désormais incapable de gérer ses biens. Le cas est simple, c'est une démence sénile complète, une déchéance intellectuelle avancée, avec inconscience du temps et perte des sentiments. Le rapport, très concis mais très clair, conclut à la nécessité de priver le vieillard de ses droits civils. Les médecins ne doutent pas de l'issue du procès.

Quelle n'est pas leur surprise en voyant la demande repoussée ! Sans vouloir pénétrer le sentiment intime des juges qui ont refusé d'interdire ce vieillard, en dépit de sa démence bien évidente, l'opinion attribuait cette sentence à la pitié que leur inspirait la situation d'un enfant naturel, qu'un testament récent venait de pourvoir d'un legs.

Le jugement d'interdiction jetait dans la rue cet enfant et sa mère, une pauvre fille que le malade n'avait jamais eu l'intention d'abandonner.

Des faits semblables se produisent assez fréquem-

©BIUM

ment et doivent donner à réfléchir aux experts bénévoles, trop prompts à instrumenter.

L'abstention est donc prescrite et elle est conforme au devoir du secret, que le médecin peut invoquer. Grâce à elle, il ne commettra pas d'erreur et ne sera le complice involontaire d'aucune turpitude.

A l'asile même, le médecin peut être porté, par un entraînement généreux, à jouer un rôle actif dans certains procès engagés dans l'intérêt de ses malades. Il doit toujours se taire et résister à ses tendances bienveillantes.

Il y a quelques années, une jeune femme était placée par son mari à l'asile de X..., atteinte de folie hystérique. Ainsi qu'il arrive trop souvent, son trouble mental lui avait aliéné son mari, qui, outré de ses extravagances et de sa perversité maladive, avait fini par la traiter en ennemie. Heureux de pouvoir l'enfermer et d'être débarrassé d'une compagne désagréable, il se promettait bien de la maintenir à l'asile indéfiniment, et il avait signifié au médecin qu'il ne la reprendrait que sur un certificat de guérison.

Mais les choses tournèrent autrement qu'il ne l'avait prévu. Après quelques mois, le désordre mental s'était amendé. De guérison absolue, on n'en attendait pas; mais le médecin fit connaître à l'administration de l'asile, par une note soigneusement motivée, que la malade n'était plus dans le cas d'être séquestrée, qu'elle était actuellement sociable et que son mari devait la reprendre, malgré les dangers auxquels l'exposait, dans l'avenir, une instabilité mentale native.

Quelques jours plus tard, la malade réintégrait le domicile conjugal.

Qu'arriva-t-il alors? On le devine sans peine. Irrité de se voir condamné à subir de nouveau le contact de cette malheureuse, le mari lui fit à plaisir la vie dure.

©BIUM

Elle fut placée en quarantaine dans une chambre close, séparée de son enfant, en butte aux sarcasmes d'une bonne qu'elle avait autrefois chassée, etc. Tous ces procédés odieux devaient avoir un résultat : la rechute.

Cette fois, l'asile ne revit pas sa pensionnaire ; elle fut confiée à une maison privée, dont le directeur (on l'espérait du moins) pouvait trouver dans les antécédents morbides la nature dégénérative de la folie, les dangers d'une récidive, des motifs plausibles pour prolonger l'internement.

La situation devenait triste pour la malade, qui, n'ayant ni ascendants, ni descendants capables de la tirer de sa prison, demeurait à la merci d'un homme désormais inexorable.

Ses frères et sœurs tentèrent en vain d'intervenir. L'un deux, qui habitait une ville éloignée, proposa au mari despote de prendre avec lui la malade, alors améliorée. Il se brisa contre la puissance maritale, souveraine en pareille circonstance.

C'est alors que ces pauvres gens eurent l'idée de provoquer une instance en divorce, non sur le chef d'aliénation mentale, non recevable dans notre législation, mais basée sur la mauvaise conduite de l'époux. Ils accablèrent le médecin aliéniste de leurs sollicitations pour obtenir de lui un témoignage écrit. Excipant du secret professionnel, ce dernier refusa le document qu'on lui demandait. Il fit bien, car, à quelques jours de là, il recevait la visite d'un magistrat, qui se renseignait sur la malade sans que le médecin eût besoin de parler.

Bien que la position du mari parût inexpugnable, les efforts de la famille ont abouti. La malheureuse femme, qui semblait rivée au manicome, en est sortie sous la protection de la justice et a pu engager un procès, non en divorce, mais en séparation judiciaire, qui l'a sauvée.

©BIUM

C'est peut-être ici le lieu de mentionner certaine pratique assez répandue dans nos asiles, bien qu'elle n'intéresse que dans une faible mesure le devoir du secret.

Quoique non interdits, les aliénés ne sont pas admis à exercer leurs droits civils. Cela est juste, puisque leur signature peut être contestée. Or, on voit quelquefois des malades signer des pouvoirs en vue de permettre le règlement d'affaires en souffrance.

Un notaire préside à l'élaboration de ces actes suspects et le médecin est mis en demeure de les sanctionner par une déclaration de capacité mentale. Cette opération est incorrecte et j'estime qu'elle doit être rejetée. Il est difficile d'en prévoir les suites. J'ai vu, dans un établissement départemental, les malades signer couramment des procurations avec l'appui du médecin, grâce à l'initiative de l'administrateur légal des aliénés, qui était aussi juge de paix de la localité. Le rôle accepté par le médecin m'a paru étrange ; il pouvait s'y refuser en invoquant le secret professionnel, et sa conduite eût été plus sage. Mieux valait cent fois laisser péricliter les affaires du malade, aller même jusqu'à l'interdiction dans le cas d'urgence, que de se prêter à une manœuvre capable de soulever de graves difficultés dans l'avenir, de conduire à des complications de procédure et qui pouvait d'ailleurs être immorale et malfaisante à l'insu de ses auteurs.

Le médecin a toujours le droit de refuser un certificat, et il doit user de ce droit. En se retranchant derrière le devoir du secret, il se conduit avec rectitude et sauve parfois sa conscience de pénibles perplexités.

Je confesse, néanmoins, avoir transigé avec cette règle, il y a quelques années. Un certificat après décès m'était demandé par le directeur au nom d'une famille, pour toucher le prix d'une assurance sur la vie contractée par le malade au profit des siens. Après

©BIUM

m'être fortifié de l'avis d'un maître éminent, je refusai cette pièce. Un neveu du défunt, principal intéressé et, de plus, avoué près le tribunal civil, m'envoya incontinent une assignation en référé. A l'audience, il me fut donné d'entendre l'honorable président me parler en ces termes : « Monsieur le docteur, je vous engage à délivrer « le certificat qu'on vous réclame. Entendons-nous bien, « je ne vous l'ordonne pas, je vous le conseille simple- « ment. Si vous persistez dans votre refus, vous vous « exposez à un procès que je ne pourrai vous éviter. « J'ajouterai, si cela peut déterminer votre conduite, que « j'estime que vous pouvez le faire et que légalement « vous ne pouvez être inquiété pour violation du secret « professionnel. » Les frais du référé étaient à la charge de mon adversaire.

Les paroles du juge me causèrent quelques hésitations. La perspective d'un procès me souriait peu. En outre, le document était de pure forme et n'engageait pas ma responsabilité au point de vue du secret. Bref, j'eus la faiblesse de laisser fléchir mon intransigeance habituelle et j'accordai le certificat.

Depuis cette époque, la jurisprudence en matière d'assurance a été bien fixée, et l'on sait que les médecins peuvent décliner toute demande des compagnies en dépit du libellé des polices. Ce droit est encore plus nettement établi pour les médecins d'asile, à cause du caractère double du secret dont ils sont dépositaires. Je n'aurai plus, à l'avenir, à me reprocher semblable défaillance.

Refus systématique de toute espèce de certificats, sauf les certificats légaux, telle est la formule du devoir pour le médecin d'asile.

Est-il utile, à présent, de parler des attestations d'intégrité mentale sollicitées par des malades sortis ? Le fait se produit assez fréquemment et je dois le men-

©BIUM

tionner pour être complet, quoique, à vrai dire, la conduite du médecin soit toute indiquée dans la circonstance.

C'est quelquefois au moment de sa sortie que l'aliéné, guéri ou non, prétend se nantir d'un document qui puisse lui servir à son retour dans le milieu social. Chose étrange, de semblables témoignages, que l'aliéniste refuse d'ordinaire énergiquement, ont pu être délivrés dans la suite par des médecins incompétents en science mentale.

Je me souviens d'une aliénée mystique, appartenant à la catégorie des maniaques lucides, qui, évadée de l'asile, m'adressait sommations sur sommations pour obtenir un certificat touchant sa situation mentale. Cette pièce lui était nécessaire pour régulariser sa sortie et toucher des fonds déposés à son nom dans la caisse de l'asile. J'opposai à ses importunités un rigoureux silence. Elle parvint à provoquer une consultation de trois médecins qui eurent la hardiesse de la déclarer saine d'esprit.

L'administration préfectorale a cru devoir l'élargir. Cette femme est toujours aliénée. Elle a séjourné dans plusieurs asiles et sera de nouveau séquestrée tôt ou tard, après avoir fait tout le mal possible.

Serait-il guéri, l'aliéné qui sort ne doit être muni d'aucun certificat. Cette pièce lui serait d'abord nuisible, en faisant connaître un passé que l'ancien malade à tout intérêt à cacher au public. Il faut le lui faire comprendre et éviter de le satisfaire.

La demande d'une pièce écrite constatant sa guérison est parfois formulée par un ancien pensionnaire qui, le plus souvent, postule après sa réintégration, la supplique qu'il envoie étant un avant-coureur de la rechute. Elle est libellée, d'ailleurs, dans des termes convenables et lucides, et l'ancien malade fait valoir des

©BIUM

motifs assez légitimes pour que le médecin se croie obligé d'affirmer que ce dernier jouissait de sa pleine raison au moment de sa mise en liberté. Il faut éviter de répondre à ces lettres qui émanent presque toujours d'un esprit troublé, alors même que l'impression produite par leurs auteurs a été favorable. Sans s'arrêter à la considération du secret, qui peut être secondaire dans l'espèce, une conduite prudente se prescrit, ne fût-ce que pour arrêter les écarts possibles d'une humeur tracassière et peut-être processive.

On est toujours à temps de faire droit à de telles réclamations, lorsqu'elles vous parviennent par la voie judiciaire, sous une forme impérative.

Pour résumer ces longues considérations relatives aux documents écrits que peut avoir à fournir le médecin, je les diviserai en deux catégories :

1° Les uns, strictement légaux et obligatoires, sont destinés à l'administration et aux magistrats. Ils doivent être rédigés sobrement, sous une forme qui protège, autant que possible, le secret médical.

2° Les autres, sollicités par les particuliers, leur seront directement refusés, mais seront adressés à la justice, après réquisition préalable.

(*A suivre.*)

©BIUM

Revue critique.

—

DE

LA DÉMENCE TERMINALE

DANS LES PSYCHOSES

Par le Dr GOMBAULT

La démence, état particulier d'hébétude et de désordre intellectuel que l'on observe chez les individus atteints de troubles mentaux, est connue depuis fort longtemps.

Galien (1) paraît avoir le premier séparé la démence et l'imbécillité et avoir reconnu ainsi la différence capitale qui existe entre ces deux formes d'aliénation : l'une stade terminal de l'évolution de l'état mental, caractérisé par la ruine des facultés de l'esprit ; l'autre, état acquis dès le début et consistant en une impuissance intellectuelle native.

Avec les travaux de l'époque moderne et l'essor que prend l'étude de l'aliénation dégagée des superstitions et des préjugés du moyen âge et devenue un nouveau champ d'étude pour les cliniciens, la connaissance de la démence s'étend et se complète.

Pinel (2) maintient, la distinction de l'imbécillité d'avec la démence.

Esquirol (3) fait de la démence une sorte d'entité mor-

---

(1) *Dictionnaire Dechambre*, article « Démence », page 560, tome XXVI, 2e partie.

(2) Pinel. *Nosographie philosophique*, 1809.

(3) Esquirol. *Maladies mentales*, Paris, 1838.

©BIUM

bide qu'il continue à différencier d'autres états semblables, en particulier des états dégénératifs congénitaux. « L'homme en démence est privé des biens dont il jouissait autrefois, c'est un riche devenu pauvre. L'idiot a toujours été dans l'infortune et la misère. » Il définit la démence : une affection cérébrale ordinairement sans fièvre caractérisée par l'affaiblissement de la sensibilité, de l'intelligence et de la volonté. Comme Pinel, il admet une démence aiguë opposée à la démence chronique et confond encore avec la démence la mélancolie avec stupeur et les formes de stupidité passagère d'où sera isolée plus tard la confusion mentale. « La « démence est caractérisée par l'affaiblissement de la « *sensibilité*. L'incohérence des idées et le défaut de « la spontanéité intellectuelle en sont les signes princi- « paux. La sensibilité affaiblie ne fournit plus que des « sensations ternes et incomplètes. L'attention, la « réflexion, le jugement deviennent impossibles. L'en- « chaînement des idées se disloque complètement ; « après quelques paroles correctes le dément perd le fil « de la conversation, en oublie le sujet et tombe dans « l'incohérence. Les idées les plus disparates se succè- « dent dans sa bouche sans raison, sans ordre, sans « motifs ; il répète des mots, des phrases qui n'ont entre « elles d'autres liens que des consonances fortuites « et bizarres ; il parle sans avoir conscience de ce qu'il « dit, comme s'il avait des comptes faits, dans sa « tête. »

En somme, Esquirol confond sous le nom générique de démence, et sans les distinguer entre elles, des formes très différentes par leur étiologie et leurs symptômes, formes purement vésaniques ou accompagnées de lésions d'ordre anatomique, ou même des états mentaux où l'apathie et l'incohérence des idées ne sont qu'apparentes ou transitoires.

Aujourd'hui de nombreux travaux ont éclairé ce trop vaste groupe des démences, l'ont dissocié et démembré en partie ; un groupe d'entre elles compose la catégorie des démences aiguës et primitives, groupe encore très discuté ; un autre a été rattaché aux vésanies et aux états morbides primitifs ; la démence ne serait-là que le stade ultime de l'évolution de ces folies passées à l'état

©BIUM

chronique. Au commencement du siècle, les découvertes anatomiques ont permis à Rostan, Georget, Falret, Calmeil de décrire une démence organique consécutive au ramollissement cérébral. Alors encore, Bayle, étudiant les méningo-encéphalites, isole une forme particulière de démence dite paralytique qui leur est consécutive.

Déjà la question se posait de savoir si la démence peut survenir secondairement ou forme dans tous les cas une catégorie spéciale dans la folie. Baillarger (1) cherche à séparer la démence paralytique de la folie paralytique, mais la doctrine uniciste l'emporte. De même plus tard Ball (2) décrira dans la démence sénile une forme délirante et une forme démentielle simple, sans toutefois les séparer. C'est aussi l'avis de Foville que la démence sénile peut être simplement un état de déchéance intellectuelle que le délire ne vient pas toujours compliquer. « Les malades, dit-il (3), conservent encore une attitude « routinière à observer les convenances sociales et à suivre les aptitudes contractées de longue date, à condition qu'ils ne cessent pas de vivre dans un cercle très « restreint où ils n'ont pour ainsi dire besoin d'aucune « initiative... Que l'on interroge ces gens en apparence « sensés et l'on reconnaîtra avec étonnement qu'ils « n'ont plus ni mémoire, ni jugement, ni volonté. Ce sont « des automates obéissant à d'anciennes habitudes. La « démence en pareil cas est simple et sans complication « de délire. »

De nos jours, enfin, on décrit des paralysies générales sans délire et des paralysies générales accompagnées de troubles délirants. Malgré cela, personne ne songe à rompre l'unité de cette maladie qui réside dans une lésion anatomique toujours identique à elle-même.

Il semble, en effet, aujourd'hui admis que la principale cause étiologique des troubles délirants est une disposition spéciale de l'esprit, une sorte d'état de dégénéres-

---

(1) Baillarger. De la folie paralytique et de la démence paralytique considérées comme deux maladies distinctes. *Ann. méd. psych.*, page 18, 6e série, tome IX.

(2) Ball. *Leçons*, page 349 : De la démence.

(3) Cité dans *Dict. Dechambre*, page 574.

©BIUM

cence. Marandon de Montyel admet cette prédisposition particulière lorqu'il écrit, à propos des rapports de la confusion mentale et de la mélancolie avec stupeur : « A l'état normal, la même impression triste est susceptible de déterminer ces réactions différentes que nous « constatons à l'état pathologique... Il y a des personnes qui pour un rien perdent la tête, deviennent des « confus, dirons-nous en langage scientifique ; d'autres « conservent toute leur lucidité d'esprit dans les circonstances les plus pénibles et les plus terribles.... J'estime que c'est, soit dans l'intensité du mal, soit dans « l'impressionnabilité des sujets, qu'il faut chercher « l'explication des variétés simples, anciennes et confuses de la lypémanie (1). » La même notion paraît aujourd'hui être acceptée pour expliquer les délires post-opératoires. Joffroy et Rayneau (2) déclarent qu'il n'existe point un type spécial de psychose post-opératoire, mais que celle-ci présente les symptômes les plus divers, résultant de l'action combinée d'une série de causes d'ordre psychique ou physique sur des sujets prédisposés.

Dans ce même ordre d'idées que les troubles délirants relèvent d'une condition spéciale d'invalidité cérébrale, on peut citer encore l'opinion de Roques de Fursac (3), que la paralysie générale a pour cause déterminante la dégénérescence.

Continuant la délimitation précise de la démence, Baillarger a créé la mélancolie avec stupeur aux dépens d'un groupe hétérogène, la stupidité, groupe reconnu par Georget, Ferrus, Delasiauve, Marcé, etc., et qui comprenait, aussi bien que des délirants aigus comme les mélancoliques avec stupeur, des pseudo-déments apathiques, les uns curables, les autres incurables et passant à l'état de démence confirmée. Du groupe de la stupidité

---

(1) Marandon de Montyel, *Gazette des hôpitaux*, 2 décembre 1897, p. 1342.

(2) Rayneau. *Les troubles psychiques post-opératoires*. Congrès des médecins aliénistes d'Angers, 1898.

Joffroy. Troubles psychiques post-opératoires. *Presse Médicale*, 19 mars 1898. — *Id.* Congrès d'Angers, 1898.

(3) Roques de Fursac. Stigmates de dégénérescence chez les paralytiques généraux. *Presse médicale*, 4 novembre 1899.

©BIUM

devait encore plus près de nous se détacher la confusion mentale, accompagnée ou non de phénomènes délirants, type clinique des folies toxiques actuellement à l'étude et qui peuvent comme les autres folies évoluer vers la démence terminale lorsqu'elles passent à l'état chronique, ce qui est rare relativement.

En même temps, on a approfondi l'étude des névroses et leurs complications délirantes formant le groupe des folies névrosiques, qui, elles aussi, peuvent avoir leur terminaison dans la démence.

En somme, le groupe de la démence persiste toujours, quelle que soit la pathogénie des différents états démentiels, secondaires ou primitifs, qui le composent, leur marche et les associations délirantes qui les accompagnent. Dans tous se retrouve un syndrome constant qui fait leur unité et caractérise la démence. On peut le comparer au syndrome confusion mentale, qui se retrouve constant aussi à travers les folies toxiques les plus diverses, simple ou accompagné des associations délirantes les plus différentes. On reconnaît toujours à cet état les mêmes traits généraux que Delasiauve (1) décrivait, déjà plus ou moins accentués suivant le degré de démence : « L'attention est faible, inefficace, nulle. « La mémoire est confuse, infidèle, entièrement perdue ; « le jugement incertain, défectueux, aboli ; les conceptions « obscures, avortées ou fausses ; l'enchaînement des idées « pénible, incohérent, impossible ; l'imagination sans « essor, les déterminations inertes, fugaces, non motivées, « les désirs sans portée comme sans base. De cette muti- « lation intellectuelle découle comme une conséquence « nécessaire l'anéantissement des manifestations mo- « rales : sentiments, affections, instincts. La vie phy- « sique subit elle-même des conséquences parallèles, là « sensibilité générale diminue, l'exercice des sens, « d'abord imparfait, finit par être complètement sus- « pendu. »

Néanmoins, beaucoup de points restent obscurs dans le chapitre des altérations de l'intelligence qui se produisent à la longue chez les aliénés incurables. On dis-

(1) Delasiauve. Des diverses formes de folie. *Journal de Médecine mentale*, 1851. Tome 1er, p. 112.

©BIUM

cute encore pour savoir si certaines formes mentales aboutissent à la démence, et le groupement des diverses formes de démence se ressent de l'incertitude des types décrits comme entités et de l'instabilité des classifications. De même, on peut encore se demander s'il faut décrire un type de démence secondaire ayant réellement droit à une existence personnelle ou s'il y a autant de types de démences que de psychoses. Le moment est donc favorable pour rapprocher les opinions des auteurs les plus autorisés et passer une revue d'ensemble de la démence. C'est l'objet d'un travail récent de MM. de Sanctis et Vespa (1).

Tous les auteurs anciens et presque tous les auteurs modernes admettent le groupe des démences secondaires dans leurs classifications : Arndt, Krafft-Ebing, Schüle, Kraepelin, Morselli, Venturi, Sciammana, Guislain, Delasiauve, Morel, Dagonet, etc., qu'ils l'appellent *Amentia*, *Narrheit*, *Blödsinn*, noasthénie, imbécillité acquise, démence secondaire, idiotie terminale, etc. Mais si le type en est accepté généralement, les aliénistes sont en désaccord au sujet de ses symptômes, de leur marche et de la classification de ses variétés.

Leidesdorf (2) note à l'apparition de la démence des idées de grandeur sans exaltation intellectuelle concommitante, parfois restreintes et semblant former une démence partielle. Les erreurs sensorielles dépendent le plus souvent de l'altération mentale préalable ; toutefois, chez les anciens hypocondriaques, le délire sensoriel est plus extravagant ; les illusions et hallucinations de la sensibilité générale jouent un grand rôle dans la production de leur délire au stade de démence.

Selon Krafft-Ebing (3), les psycho-névroses incurables aboutissent à la dissolution de la personnalité, rapidement ou lentement, atteignant d'abord les fonctions mo-

(1) De Sanctis et Vespa. Contributo alla conoscenza del decorso delle psicosi e della evoluzione dei deliri in rapporto agli indebolimenti psichici secondari. *Rivista di psichologia, psichiatria e neuropatologia*. Fasc. primo-quarto, vol. III.

(2) Leidesdorf. *Trattato delle malattie mentali*. Trad. ital. par Dr Ungern Sterberg, Torino, 1878.

(3) Folie secondaire et idiotie terminale ; terminaison incurable des psycho-névroses. *Traité clinique*, 1897, p. 423.

©BIUM

rales puis intellectuelles, surtout la mémoire et l'association des idées et enfin la perception et la réaction émotive. Il admet deux formes de démence : la folie secondaire et l'imbécillité terminale, qui revêt d'abord la forme agitée, et finalement la forme apathique par suite des progrès du marasme intellectuel. Dans la folie secondaire, il comprend les états où les conceptions délirantes primitives persistent malgré la disparition de l'état émotif qui les a fait naître, en formant une personnalité nouvelle dans laquelle on remarque l'apathie du sujet en face d'un délire encore actif, mais qui ne paraît plus transmettre son impulsion aux actes et les déterminer dans le sens des idées délirantes encore présentes. Dans ces cas, l'accord manque entre les sentiments, la représentation et les efforts, accord qui est le propre de la vésanie émotive. L'indifférence aux contradictions et la perte des sentiments indiquent un affaiblissement intellectuel. Chez les mélancoliques et les maniaques, on voit dans la démence survenir des poussées délirantes rappelant leur premier état.

Meynert (1) considère comme une maladie mentale secondaire la démence qui termine la mélancolie, la manie, la folie hallucinoire, dont les symptômes délirants persistent en se mélangeant avec elle. Dans ce cas, les symptômes particuliers de chaque forme n'ont plus qu'une importance relative. Ils peuvent même disparaître complètement.

Pour Schüle (2), la démence catatonique ou stuporeuse peut ne représenter qu'une forme de passage dans le cours de la vésanie; les caractères de la démence agitée se rencontrent chez les hystériques, dans la convalescence de la paranoïa aiguë, quelquefois transitoirement dans les intervalles de la folie périodique ; les caractères de la démence apathique se rencontrent à la fin de la manie et de la mélancolie et dans l'idiotie acquise.

Dans la folie héréditaire, on retrouve ces deux formes de démence à tous les degrés de la folie héréditaire. En résumé, la démence apathique et la démence agitée peu-

(1) Meynert. *Klinische Vorlesungen*, 1888.
(2) Schüle. *Traité des mal. mentales*, trad. Dagonet, 1888.

©BIUM

vent s'associer aux formes cliniques les plus variées. Schüle admet avec la majorité des aliénistes allemands la paranoïa (*Wahnsinn*), qu'il considère comme la terminaison d'un groupe de mélancolies incurables pendant que d'autres s'acheminent à la démence ; de même, la manie peut aboutir à la démence apathique ou à la paranoïa. La paranoïa primaire est suivie de la paranoïa secondaire, forme définitive ou transitoire à la démence secondaire.

En somme, pour cet auteur, aboutissent à la démence la mélancolie simple, la manie, la démence primaire et certaines formes de paranoïa, comme par exemple le délire des persécutions d'origine masturbatoire.

Ziehen écrit que la mélancolie, la manie, la stupidité, la paranoïa aiguë hallucinatoire finissent quelquefois par l'affaiblissement intellectuel progressif, la démence secondaire, dont il fait une forme indépendante, à évolution chronique, débutant par une perte rapide de l'intelligence suivie d'une évolution plus lente dans la perte progressive des facultés.

Les auteurs anglais admettent l'existence de la démence secondaire comme type nosologique distinct ; d'après Maudsley (1), elle survient après les psychoses aiguës, l'alcoolisme, l'épilepsie, les maladies cérébrales et la sénilité.

D'après Kraepelin (2), le cours, la durée et la terminaison des psychoses dépendent de la nature de la cause déterminante de la folie et de la constitution psycho-physique du malade ; dans la guérison incomplète, les désordres psycho-sensoriels et les idées délirantes s'effacent, mais par l'apparition de l'affaiblissement intellectuel ; c'est ainsi que se termineront les psychoses des débiles. La démence présente des symptômes divers selon la psychose qui l'a précédée et selon le terrain sur lequel elle se développe ; elle est caractérisée dans chaque cas par l'effacement progressif de la personnalité primitive. Il reconnaît que quelquefois, dans les délires systématisés, la démence ne se produit pas ; mais

(1) Maudsley. *Pathology of mind. London*, 1895.
(2) Kraepelin. *Psychiatrie*, 1er et 2e volume, édit. 1889. *Uber psychische Schwache.*

©BIUM

l'intégrité des facultés intellectuelles peut n'être qu'apparente et l'affaiblissement psychique peut être masqué par l'usage habituel des jugements critiques acquis antérieurement. L'épilepsie peut de même aboutir progressivement à la démence, l'intelligence restant toujours plus affaiblie après chaque attaque convulsive. La démence secondaire terminant une psychopathie progressive se distingue de la démence primitive par un reliquat de la psychose précédente qui se joint aux manifestations de la démence, et par sa tendance à la marche progressive. Même quand la démence garde l'empreinte du délire précédent (épilepsie, alcoolisme, hystérie), on ne peut pas toujours prétendre qu'elle est secondaire à ce délire, car le désordre intellectuel précédent a été souvent trop peu accentué pour qu'on considère l'affaiblissement mental comme son produit. Tant que les désordres intellectuels sont peu prononcés, ils se manifestent surtout dans la sphère de la vie affective (irritabilité, instabilité du caractère, perte des sentiments les plus élevés).

De Sanctis et Vespa pensent avec Kraepelin que la démence secondaire n'est qu'une période de l'évolution de la forme mentale, théorie adoptée en Italie par Finzi et Vedrani (1). Canger (2), en étudiant les rapports entre la démence secondaire et les psychopathies primitives, a admis qu'elle ne garde qu'au début les symptômes de psycho-névroses ou de la forme paranoïque ou sensorielle primitive à laquelle elle succède ; le plus souvent, pour lui, elle serait une forme psychologique indépendante de la psychose dont elle dérive ; la disposition individuelle serait un facteur plus important de la démence consécutive que la forme particulière de psychose qui lui a donné naissance.

Les auteurs français ont été un peu négligés par MM. de Sanctis et Vespa. Nous allons passer en revue l'opinion de quelques-uns d'entre eux.

---

(1) Finzi. *Compendio di Psichiatria*, Milano, 1898.
Finzi e Vedrani. La demenza precoce. *Academia di scienze mediche et naturali*. Ferrare, 24 mai 1898.

(2) Canger. *Le demenze consecutive in rapporto alle Psicopati primitive*. Firenze. Oct. 1896, 9e congrès italien de médecine mentale.

©BIUM

Pour Delasiauve, la démence comprend des formes, différentes suivant leur étiologie, leur marche et leur pronostic. Il décrit une démence primitive, une démence symptomatique de troubles organiques, une démence consécutive aux vésanies. Il admet que la démence s'adjoint aux autres folies sans les effacer, que souvent elle s'établit graduellement par un passage insensible, que le diagnostic est difficile à établir entre la manie chronique, la mélancolie stupide et la démence. Dans la démence organique, les symptômes propres peuvent selon la lésion acquérir d'emblée des proportions considérables ou se développer lentement. Toutes les formes et tous les degrés de démence peuvent s'y rencontrer. Il conclut que tous les signes de la démence ont quelque chose de vague et d'hésitant et ne se précisent qu'envisagés dans leur ensemble.

Morel forme une classe spéciale de la démence. Il reconnaît toutefois que c'est une forme terminative fréquente, surtout dans les affections cérébrales idiopatiques. On y retrouve la trace des affections primitives; mais tous les phénomènes de la démence forment néanmoins un tout pathologique d'une nature spéciale et distincte qui mériterait une description particulière (1).

Ball (2), après Tuke, Griesinger, Baillarger, admet l'existence d'une démence primitive à côté de la démence secondaire, qui est plus fréquente. Il reconnaît des démences organiques et séniles, des démences toxiques, des démences post-névrosiques, des démences post-vésaniques.

Il remarque sa rareté dans les délires partiels, la folie circulaire et le délire de persécution. L'âge, l'infériorité intellectuelle favorisent son développement. Il en décrit deux variétés : la démence agitée de Griesinger avec crises d'excitation, dont chacune semble épuiser de plus en plus les réserves intellectuelles, et la démence apathique à marche régulièrement progressive. Quand la démence apparaît, il y a d'abord atténuation du délire et des hallucinations, détente du système nerveux,

(1) Morel. *Traité des maladies mentales*, p. 271 et 837.
(2) Ball. *Leçons*, p. 338.

©BIUM

ce qui amène le retour de l'appétit, l'embonpoint, en même temps que le sujet devient d'une docilité plus grande ; calme trompeur, car il se produit facilement chez le malade de la fatigue intellectuelle que l'on dépiste dans les affaiblissements du style et de l'orthographe. Puis apparaît l'affaiblissement de la mémoire, des aptitudes, finalement l'incohérence des idées et l'incohérence verbale, bien différente de celles du maniaque ; enfin, le gâtisme et l'automatisme.

Dagonet (1) fait de la démence un état tantôt primaire d'emblée, tantôt secondaire à d'autres formes d'aliénation. Il note comme signe de début l'insouciance, l'affaiblissement des sentiments affectifs, les désordres de l'association des idées, l'amnésie rétrograde, le manque d'initiative, l'apaisement dans l'ordre intellectuel, l'amélioration des fonctions organiques dans l'ordre physique.

En somme, de nombreuses questions restent encore insolubles au sujet de la démence secondaire ; mais il est probable que les divergences des auteurs viennent de l'absence d'une classification universellement acceptée. Pour prendre un exemple, la paranoïa de Schüle n'est pas celle de Wesphal, Mendel, Binzwanger, Wernicke, Kraepelin. On n'est pas encore d'accord sur la détermination de la paranoïa aiguë, de la confusion mentale, et même de la manie et de la mélancolie ; leur place dans la classification est toujours indécise.

Nous ne ferons que rappeler ici la classification étiologique de Morel, qui rabaisse ces derniers états au rang de symptômes.

Le même désordre règne dans la détermination des délires secondaires, dans la détermination des formes mentales qui doivent rentrer dans la catégorie des démences, dans leur qualification de primaire ou de consécutive.

Griesinger croit que les idées délirantes systématisées (*Verrücktheit*) sont en grande partie secondaires à une manie ou à une mélancolie rapidement évoluée. Maudsley tend à considérer comme forme secondaire dérivée même

(1) Dagonet. *Traité de médecine mentale*, 1894, p. 635.

©BIUM

la démence sénile. D'autres ont admis une démence secondaire dans les cas de démence primitive incurable. Certains auteurs veulent éloigner des frontières de la démence primaire la folie aiguë de la puberté, et y faire rentrer des formes mentales que d'autres considèrent comme des états de confusion, ou de folie sensorielle, ou de délire dégénératif, plutôt que comme un véritable affaiblissement de l'intelligence. Kraepelin, en étendant le concept de la démence précoce, les limites de l'âge où elle peut apparaître, ses variétés, son cours et sa durée, a rendu plus difficile encore la détermination de la démence secondaire ; ainsi, il sera bien difficile de savoir si la démence paranoïque est une vraie démence précoce ou une démence secondaire avec confusion hallucinatoire. La difficulté grandit encore si l'on songe que beaucoup d'aliénistes admettent de la débilité mentale dans toutes les formes chroniques : Hitzig, Jastrowitz, Daschkoff, Tanzi et Riva, Weisser admettent que tout paranoïque est par ce fait un débile dont le délire aggrave l'état.

En France, Chaslin fait rentrer la démence aiguë dans la confusion mentale, alors que tous les auteurs lui accordent une existence propre.

Enfin, au sujet de l'évolution de la démence, certains admettent qu'elle peut s'arrêter à un certain degré : monodémence de Guislain, pseudo-démence de Ziehen, démence apparente, etc.

Une question très discutée est celle de savoir si la démence termine ou non le délire systématisé (paranoïa des Allemands).

Ces délires ont donné lieu en France à de grandes discussions. Tous admettent leur existence ; mais on n'a pas encore pu s'entendre sur la détermination de leurs formes cliniques, de leur marche et de leur symptomatologie ; le délire chronique de Magnan a eu des adversaires convaincus (1). Beaucoup tendent à admettre des formes de délire de persécution en dehors du délire chronique ; d'autres nient son existence, sa marche,

(1) Discussion sur le délire des persécutions. *Société médico-psychologique*, 1892. *Annales méd.-psych.*
Falret. *Société méd.-psych.*, 1892, p. 87, 7e série, tome XVII.

©BIUM

telle que l'a décrite Magnan et déclarent, qu'ils n'ont jamais vu le stade terminal des démences. Falret, résumant la discussion, a pu dire : « On a reconnu que la vraie démence n'existe pas ou est du moins très rare. »

Schüle admet que dans sa paranoïa chronique la démence est la terminaison véritable. De Sanctis et Vespa, dans leur travail, contre l'avis de Sciammana et de beaucoup d'auteurs allemands, pensent que la paranoïa, folie délirante systématisée chronique, tend vers la démence secondaire. Ils s'appuient sur leurs observations et celles de Tanzi et Riva, qui, d'opinion différente, ont cependant trouvé dans 32 p. 100 des cas chez des malades internés en moyenne depuis sept ans, un affaiblissement mental déterminé par la sénilité précoce d'origine organique ou par l'effet d'épisodes psychonévrotiques intercurrents, ou par l'indifférence qu'amène un internement de longue durée. Il y aurait d'ailleurs à côté de ces cas un type idéal de paranoïa avec conservation de l'intégrité des facultés jusqu'à la mort. Les deux auteurs admettent que les conditions favorables au passage de la paranoïa dans la démence sont les fortes émotions affectives qui accompagnent le délire, la présence de vives hallucinations, l'âge avancé, les troubles de la sensibilité générale qui aboutissent facilement à la dissociation des éléments formant la personnalité, enfin le facteur individuel. L'influence de l'hérédité est peu importante : les paranoïques héréditaires passent à la démence bien plus rarement que les délirants simples et tardifs.

Les aliénistes s'accordent à reconnaître que le diagnostic du début de la démence est difficile à faire. Ce début se reconnaît surtout aux modifications survenues dans les troubles intellectuels (1). Les caractères du délire s'altèrent, celui-ci devient plus uniforme, la forme délirante, quelle qu'elle soit, s'atténue ; les conceptions délirantes perdent de leur vigueur et de leur richesse, elles restent stationnaires, sont moins logiques et moins systématisées, les hallucinations deviennent plus vagues.

(1) Ball et Chambard. Article « Démence », *Dict. Dechambre*, p. 598.

©BIUM

En même temps que la vigueur du délire s'atténue, la personnalité morale s'efface et les malades deviennent plus indifférents, plus calmes, plus dociles. Les troubles de la mémoire et du raisonnement apparaissent ensuite. Toutes les facultés sont atteintes, les unes plus, les autres moins; il se produit de l'amnésie régressive, les sentiments affectifs sont remplacés par l'indifférence, la perception et le jugement subissent l'effet de l'affaiblissement des sens, de la réflexion et de l'attention, le raisonnement se relâche, la volonté s'affaiblit, le sens moral peut même s'abolir.

De Sanctis et Vespa ont cherché à mettre en évidence certains phénomènes qui peuvent faire prévoir l'arrivée prochaine de la démence et sont plus significatifs et plus précoces que les signes tirés de l'évolution des facultés, phénomènes variables d'ailleurs selon les individus et les psychoses. Ce sont les monologues, les néologismes, les idées hypocondriaques, la variabilité inaccoutumée d'humeur. Magnan, Falret notent que les néologismes, ainsi que les idées hypocondriaques causées par des troubles de la sensibilité, apparaissent tardivement dans le délire systématisé de persécution. Séglas, de Sanctis et Mattoli ont vu, à une période avancée de ce délire, l'apparition d'hallucinations verbomotrices et de phénomènes d'antagonisme psychologique. André Mahon (thèse, Bordeaux 1896) signale la fréquence des troubles de la sensibilité générale dans les psychoses séniles et la démence. Anglade les note dans le délire post-mélancolique à caractère dépressif correspondant au délire des négations de Cotard, ou au délire hypocondriaque de Morel et aussi dans les délires secondaires qui ne dérivent pas de psychoses mélancoliques. Charpentier (1) a observé l'apparition des troubles de la sensibilité générale, des idées hypocondriaques et du délire paresthésique dans le cours des formes mentales les plus variées, chez des malades internés depuis longtemps : le délire particulier est alors remplacé par un délire commun de persécution avec sensations hypo-

(1) Charpentier. Délire monotone commun aux aliénés chroniques ou délire d'emprunt. 8e série, tome VIII, *Annales médico-psychologiques*.

©BIUM

condriaques douloureuses, délire favorisé par l'affaiblissement intellectuel qui se produit à la longue chez les aliénés chroniques et produit par l'action réciproque des malades les uns sur les autres. C'est le délire d'emprunt. Chez ces malades, dit Charpentier, « les motifs de leur « séquestration étaient oubliés ou semblaient l'être... « Toutes (il s'agit d'un service d'aliénées femmes de la « Salpêtrière où l'auteur a observé ce délire particulier) « se plaignaient d'être tourmentées, martyrisées, injuriées ; presque toutes accusaient encore des sensations « douloureuses qu'on leur causait le jour et la nuit... Les « délires antérieurs avaient disparu ou étaient négligés, « dissimulés ; des idées morbides nouvelles les avaient « remplacés, résultat d'échanges de conversations mutuelles, résultat du contact mutuel et de la soumission au régime commun, résultat de l'affaiblissement « graduel et inévitable de l'intelligence sous l'influence « des mêmes conditions, et surtout résultat des troubles « morbides de la sensibilité qui, eux, n'avaient pas cessé « sous l'influence de ce délire. » Un dernier symptôme de l'affaiblissement intellectuel est le monologue qui se rencontre dans plusieurs formes de psychoses, mais surtout dans les formes chroniques avec démence ; au point de vue psychopathologique, il est dû à une insuffisance d'inhibition des idées ou des émotions, ou encore à une altération de la conscience. D'ailleurs, le monologue du dément a des caractères particuliers qui le différencient de celui de l'halluciné, du confus et du maniaque.

La démence qui termine le délire toxique est particulièrement difficile à dépister à cause de l'apparence semblable de la confusion mentale et de la démence, confondues autrefois sous le nom de stupidité. Delasiauve remarquait déjà qu'il est difficile de rattacher certains phénomènes à la confusion plutôt qu'à la démence. Hannion (1), cherchant des signes différentiels, dit que dans la démence, les idées se succèdent sans ordre mais à la volonté du sujet et gravitent autour d'un centre, tandis que dans la confusion mentale elles nais-

(1) Hannion. *La confusion mentale. Thèse*, Paris, 1894.

©BIUM

sent sans cause, ne subissent point la direction de la volonté : le dément répond toujours, quoique incohérent ; le confus ne répond pas ou à côté. Le dément écoute et répond avec ses faibles moyens parce qu'il vit encore dans ce monde ; le confus n'a plus qu'une attention faible et distraite. Beaucoup d'auteurs, entre autres Chaslin, ne croient pas devoir distinguer la démence aiguë et la confusion mentale. La confusion mentale peut persister pendant le cours de la démence, comme l'a noté Chaslin en étudiant la terminaison de la confusion mentale primitive.

MM. de Sanctis et Vespa ont examiné trente malades qu'ils ont pu suivre pendant plusieurs années. Ces malades ont été pris dans toutes les catégories de psychoses et la statistique des auteurs est intéressante en ce qu'elle établit suivant chaque folie particulière la proportion des cas arrivés à la démence, en ce qu'elle relève les causes prédisposantes de celle-ci et ses symptômes précurseurs. Les cas sont classés en cinq groupes selon le syndrome prédominant : syndrome paranoïque, hallucinatoire ou non, psycho-dégénératif (dégénérés avec ou sans épilepsie), alcoolique (délire onirique ou de rêve), mélancolique, confusionnel (délire avec troubles psycho-sensoriels, états émotionnels, états de confusion secondaire).

Dans les cas à syndrome paranoïque, huit observations : chez quatre, l'affaiblissement psychique secondaire est notable bien que la maladie n'ait débuté que depuis cinq à six ans ; chez un il est probable ; absent chez trois. Donc la paranoïa peut se terminer par la démence, même au bout de peu de temps. La cause en est l'âge avancé, la présence d'hallucinations vives ou multiples, les périodes psycho-névrotiques ou confusionnelles apparues au début ou compliquant la forme morbide ; la dégénérescence héréditaire n'a pas d'importance. Il existe des signes psychiques, avant-coureurs de la démence secondaire, en dehors de ceux qu'on peut recueillir en étudiant l'attention, la volonté et la mémoire. Ce sont l'apparition ou le renforcement des sensations hypocondriaques ; le néologisme ; le monologue, quand il apparaît en dehors de l'exacerbation des hallucinations, des états confus ou de l'agitation ; l'affaiblissement des hallucinations sensorielles ; la diminution de l'intensité des idées déliran-

©BIUM

tes ; les tendances mystiques ; la perte de l'émotivité et l'indifférence du caractère. L'évolution de ces psychoses est variable : ou bien le délire de persécution est isolé au début et se complique plus tard du délire ambitieux (délire chronique de Magnan et délire de persécution de Falret) ; ou bien il y a mélange de ces deux sortes d'idées dès le début (délire mixte de Schüle) ; souvent l'ordre des périodes de la paranoïa, tel que le décrivent principalement les auteurs français, devient très irrégulier.

Les troubles de la sphère des sentiments sont assez fréquents au début du délire paranoïque. Les hallucinations existantes peuvent influer beaucoup sur le développement des idées délirantes de nature paranoïque. Dans le cour de la paranoïa, il se produit des rémissions ou des exacerbations des symptômes intellectuels (idées délirantes), émotionnels et psycho-moteurs.

Dans la catégorie des délires psycho-dégénératifs, huit observations, quatre cas ne présentaient pas de démence. Même chez les débiles héréditaires, même chez les épileptiques, celle-ci peut ne pas se manifester encore au bout de plusieurs années. La vieillesse, la longue durée de la maladie, les attaques violentes y prédisposent. Le facteur individuel joue un rôle important. Dans un cas de mélancolie périodique, les signes avant-coureurs de la démence ont été : la diminution des hallucinations, des idées délirantes et des crises d'agitation, la tendance à l'indifférence, les monologues, la tristesse stéréotypée sans base mélancolique appréciable. Dans les délires à syndrome alcoolique, trois cas, deux avec démence. On peut incriminer l'âge avancé, un état de grave agitation accompagné ou non de confusion, la vivacité des hallucinations. Dans un cas, la démence eut pour signes avant-coureurs la diminution de l'agitation et de l'humeur aggressive, des hallucinations, l'affaiblissement des idées délirantes.

Dans les délires avec syndrome mélancolique, trois cas, tous avec affaiblissement intellectuel. Les signes révélateurs de la démence furent le développement des sensations et des idées hypocondriaques, la variabilité d'humeur, les monologues, la kleptomanie des collectionneurs, l'érotisme chez la femme.

©BIUM

Dans les délires avec syndromes de confusion, neuf observations. Dans trois, la débilité mentale secondaire était douteuse, partielle, et progressive dans un, manifeste dans cinq. Elle semblait avoir pour causes : l'âge avancé, la multiplicité et la vivacité des hallucinations, la fréquence et l'intensité des états d'agitation, l'intensité du désordre et de la confusion des idées. Les signes précurseurs de la démence ont été la diminution des hallucinations sensorielles coïncidant avec le renforcement des hallucinations de la sensibilité générale, l'affaiblissement des idées délirantes et de l'agitation motrice, la perte des affections et la tendance à la variabilité d'humeur, la stéréotypisation des actes incohérents propres à l'état confus. Les monologues et le gâtisme sont sans valeur, étant les symptômes ordinaires des états d'incohérence grave.

En définitive, on peut reconnaître que la démence est la termination finale de psychoses très différentes par leur étiologie, leur marche, leurs symptômes. Comme nous l'avons déjà dit, il y a là un symptôme commun qui a le droit d'être étudié pour lui-même.

La notion de l'affaiblissement intellectuel peut suffire à grouper ensemble toutes les formes de démence, parce que celui-ci devient finalement le symptôme prédominant devant lequel tous les phénomènes associés s'atténuent ou même disparaissent. Cet état d'affaiblissement intellectuel quand il se produit est un criterium d'incurabilité ; plus l'aliénation se prolonge, plus la démence a des chances d'apparaître. Ce syndrome, affaiblissement intellectuel, permet de réunir les terminaisons des folies, de même qu'il permet de ramener à l'unité les psychoses de la vieillesse à symptômes si différents selon les idées délirantes qui les composent ; de même qu'il permet de réunir, sous le nom de démence précoce, les différentes formes de l'hébéphrénie, le délire masturbatoire de quelques auteurs allemands et la folie des dégénérés de Morel.

Toutefois, il faut reconnaître que chaque psychose donnera un aspect particulier à la démence. Dagonet décrit des démences avec manie, avec mélancolie, avec idées de grandeur, de persécution, hallucinations. Dans

©BIUM

tous les cas, il se produit de l'affaiblissement, du délire. La démence, selon les psychoses, peut survenir rapidement ou lentement, être partielle ou totale.

La démence pourra être divisée en plusieurs catégories selon ses formes. Nous adopterons la classification de Ball et Chambard en trois groupes : 1° démence organique comprenant d'une part la démence sénile et la démence paralytique avec lésions diffuses, et d'autre part la démence apoplectique avec lésions en foyer; 2° démence toxique ; 3° démence névropathique, qui se subdivise en démence vésanique et démence névrosique. Cette classification nous paraît la meilleure en ce qu'elle respecte les classifications établies pour les formes qui ont donné naissance à la démence. Elle nous paraît préférable à celle de Krafft-Ebing qui divise la démence en deux groupes purement cliniques, démence agitée et démence apathique, la seconde suivant la première et apparaissant dans la dernière période de la destruction des facultés. Il semble qu'en réalité l'apathie et l'agitation ne sont pas si nettement séparées et subordonnées l'une à l'autre. Si nous rapprochons de la première classification celle de MM. de Sanctis et Vespa, moins compréhensive parce qu'ils n'envisagent que la démence secondaire, les cas à syndrome paranoïque, mélancolique, psycho-dégénératif et confusionnel rentreront dans la catégorie des démences névropathiques, et le groupe psycho-dégénératif qui comprend les dégénérés et les épileptiques, plus particulièrement dans la variété démence névrosique ; les cas avec syndrome alcoolique prédominant rentreront dans le cadre des démences toxiques.

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 12 DÉCEMBRE 1899

Présidence de M. JULES VOISIN.

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

Correspondance.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Breton, de Dijon, remerciant la Société de l'avoir nommé membre correspondant ;

2° Une lettre de M. Duchateau, de Gand, sollicitant le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Meuriot, Vallon et Semelaigne, rapporteur.

Election du bureau de 1900.

1° Il est procédé au scrutin pour l'élection d'un vice-président.

M. Joffroy est élu à l'unanimité des membres présents ;

2° M. Ritti est réélu secrétaire général par acclamation ;

3° MM. Semelaigne et Sollier sont réélus secrétaires des séances par acclamation ;

4° M. Brunet est réélu trésorier par acclamation ;

5° M. Boissier est élu bibliothécaire-archiviste par acclamation.

Le Conseil de famille est constitué par les membres du bureau, auxquels sont adjoints les deux derniers présidents, MM. Meuriot et Jules Voisin.

©BIUM

Le Comité de publication est composé de MM. BALLET, BRIAND et VALLON.

La Commission des finances est composée de MM. CHRISTIAN et FALRET.

De l'atrophie du cerveau dans la paralysie générale.

M. DANIEL BRUNET. — Une discussion sur l'atrophie du cerveau dans la paralysie générale ayant eu lieu à la fin de la séance de juillet, M. Magnan fit justement remarquer que cette question ne pouvait être résolue que par des statistiques, et c'est pour cette raison que je viens vous communiquer la mienne, uniquement basée sur les faits que j'ai observés.

L'atrophie du cerveau est constante dans la paralysie générale, lorsque cette affection suit son évolution progressive habituelle, que la mort n'est pas hâtée par des maladies incidentes, par un travail phlegmasique trop intense, par des attaques épileptiques ou comateuses trop répétées. Au début de la maladie, quand le délire et l'agitation sont très prononcés, il y a une turgescence hyperhémique, néoplasique du cerveau, qui disparaît graduellement pour être remplacée par un travail de régression, amenant une atrophie d'autant plus considérable que la durée est plus longue, C'est à cause de la lenteur de sa marche qu'elle est plus marquée chez la femme que chez l'homme, qu'elle a frappé fortement l'attention de Baillarger, médecin de la Salpêtrière, tandis qu'elle a passé presque complètement inaperçue de Calmeil et Bayle, qui ont recueilli leurs observations à Charenton, où elle est rare chez la femme.

Elle est admise généralement aujourd'hui, moins peut-être en France qu'à l'étranger, où Forel, Erlenmeyer et d'autres auteurs lui attachent plus d'importance qu'aux adhérences des membranes viscérales du cerveau à la substance corticale, la considérant comme la lésion caractéristique de la maladie.

L'existence de l'atrophie cérébrale est prouvée par l'aspect extérieur du cerveau, l'augmentation du liquide céphalo-rachidien, la diminution de poids de l'encéphale et l'inégalité des deux hémisphères cérébraux.

Les circonvolutions sont amincies, la couche corticale

©BIUM

est plus ou moins résorbée, complètement dans quelques cas rares, de manière à laisser à nu la substance blanche. Cette résorption n'est pas régulière ; elle se fait çà et là par places, par îlots, par portions de circonvolutions, et la surface de celles-ci n'est plus unie, est parsemée de dépressions constituant un des meilleurs signes de l'atrophie. Les anfractuosités, sillons et scissures, qui séparent les circonvolutions, les cavités ventriculaires, sont agrandis. Ces lésions existent surtout dans les points où prédominent les adhérences, à la face externe de la région temporale, de la région pariétale, sur le tiers postérieur des trois circonvolutions frontales transverses, à la partie moyenne de la face interne de la première frontale. L'atrophie sénile ressemble beaucoup par ses caractères macroscopiques, à part les adhérences, à l'atrophie paralytique, et elle a le même siège de prédilection qu'elle, tandis que l'atrophie infantile en diffère complètement par sa situation, qui est souvent le tiers postérieur du cerveau, par l'induration des circonvolutions qui forment des lamelles très minces et très résistantes, fortement pressées les unes contre les autres, par la décoloration de la substance grise.

Trois fois cependant j'ai rencontré cette atrophie lamellaire, à laquelle seule convient réellement le nom de scléreuse, autour de foyers de ramollissement très intense de la paralysie générale.

Le liquide céphalo-rachidien, dont la quantité est augmentée pour combler le vide produit par l'atrophie, s'est élevé, dans plusieurs cas, jusqu'à 300 grammes.

J'ai fait de nombreuses pesées d'encéphale d'individus morts de paralysie générale ; malheureusement, j'en ai laissé un certain nombre dans les asiles que j'ai quittés, ce que je regrette beaucoup, les statistiques n'ayant de valeur qu'autant qu'elles reposent sur des chiffres élevés. Il m'en reste 314, 95 de femmes, 219 d'hommes, dont je vais résumer les principaux résultats en quelques tableaux.

Toutes mes pesées ont eu lieu avec les membranes viscérales, qu'il est d'ailleurs impossible d'enlever dans la paralysie générale sans entraîner avec elles de la substance corticale. Je n'ai compris dans ce travail que des observations dont le diagnostic était certain au

©BIUM

double point de vue des symptômes et des lésions, et, pour l'abréger, j'en ai retranché les cas de paralysie générale sénile, juvénile et infantile, qui produisent également de l'atrophie, mais nécessitent des considérations spéciales. J'en ai retranché également les observations de périencéphalite aiguë, semi-aiguë, qui enlève les malades au bout de quelques jours, de quelques semaines, à la suite d'une hyperhémie cérébrale très intense, avec extravasations sanguines.

Les âges extrêmes de mes malades, au moment de leur mort, sont de 27 et 60 ans ; l'âge moyen est pour les femmes de 41 ans, pour les hommes de 43 ans.

Le poids moyen de l'encéphale est pour le sexe masculin de 1.236 grammes et pour le sexe féminin de 1.089 grammes. Le poids physiologique étant de 1.366 grammes pour le premier et de 1.240 grammes pour le second, il en résulte que la paralysie générale détermine chez l'homme une diminution de 130 grammes, chez la femme de 151 grammes. Ma moyenne est inférieure à celles de Parchappe, Boys et Bra ; Baillarger a obtenu, à 3 grammes près, le même chiffre que moi pour les femmes. La statistique de Parchappe a peu de valeur, parce qu'elle ne repose que sur 3 femmes et 14 hommes, et que, sur ces derniers, 7 n'étaient qu'à la première période de leur maladie, avaient succombé au bout de 2 à 4 mois ; aussi son poids moyen, pour eux de 1.347 grammes, est-il beaucoup trop élevé. Il est d'ailleurs impossible que les statistiques des différents auteurs puissent concorder entre elles, à cause de la variabilité du poids de l'encéphale dans la paralysie générale qui présente de si nombreuses formes.

POIDS MOYEN DE L'ENCÉPHALE DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE

	Hommes.	Femmes.
	—	—
	gr.	gr.
Parchappe.	1.347	1 146
Boys	1.304	1.161
Bra.	1.293	1.136
Baillarger.	»	1.092

Pour démontrer combien varie le poids de l'encéphale

©BIUM

dans la paralysie générale, je vais répartir mes pesées par séries de 50 grammes dans le tableau qui suit ;

FEMMES

NOMBRE d'individus.	SÉRIES par 50 grammes.	POIDS extrêmes de l'encéphale.	POIDS moyens de l'encéphale.	AGES extrêmes.	AGES moyens.
—	—	—	—	—	—
	grammes.	grammes.	grammes.	ans.	ans.
1	800 à 850	»	802	»	36
1	851 à 900	»	896	»	29
4	901 à 950	920 à 946	936	30 à 35	36
6	951 à 1.000	955 à 996	976	31 à 35	48
21	1.001 à 1.050	1.004 à 1.047	1.028	31 à 55	39
16	1.051 à 1.100	1.058 à 1.095	1.077	29 à 60	44
16	1.101 à 1.150	1.106 à 1.146	1.026	31 à 59	45
16	1.151 à 1.200	1.156 à 1.193	1.177	30 à 59	45
7	1.201 à 1.250	1.207 à 1.249	1.233	37 à 58	49
6	1.251 à 1.300	1.260 à 1.293	1.276	31 à 46	39
1	1.301 à 1.350	»	1.305	»	»
95					

HOMMES

2	900 à 950	910 à 936	923	»	»
2	951 à 1.000	974 à 987	980	40 à 41	40
7	1.001 à 1.050	1.002 à 1.042	1.025	38 à 47	42
14	1.051 à 1.110	1.052 à 1.097	1.078	35 à 60	44
9	1.101 à 1.150	1.106 à 1.145	1.125	38 à 57	43
41	1.151 à 1.200	1.136 à 1.196	1.169	32 à 60	42
41	1.201 à 1.250	1.201 à 1.246	1.227	32 à 56	44
34	1.251 à 1.300	1.251 à 1.297	1.276	31 à 58	45
30	1.301 à 1.350	1.301 à 1.348	1.323	29 à 58	44
18	1.351 à 1.400	1.355 à 1.400	1.364	36 à 59	42
9	1.401 à 1.450	1.401 à 1.450	1.433	27 à 58	45
8	1.451 à 1.500	1.465 à 1.490	1.477	36 à 53	44
4	1.501 à 1.550	1.510 à 1.549	1.531	36 à 40	37
219					

Le poids de l'encéphale a diminué chez 81 femmes de 47 à 438 grammes, diffère peu du poids normal chez 7 d'entre elles, étant de 1.207 à 1.249 grammes, et a augmenté chez les 7 autres de 20 à 65 grammes.

Chez 180 hommes, il a diminué de 18 à 456 grammes, se rapproche du poids normal, étant de 1.355 à 1.377 grammes chez 17, et a augmenté de 34 à 183 grammes chez 22 individus.

©BIUM

L'augmentation du poids de l'encéphale ou son maintien à l'état normal est dû à trois causes : à la courte durée de la paralysie générale, à son peu d'intensité, et à l'hypermégalie physiologique de cet appareil nerveux.

J'aurais désiré pouvoir indiquer la durée de la maladie. Dans ma statistique, il m'a été très souvent impossible d'en préciser le début, surtout à l'asile de l'Eure, où il succède d'une manière presque insensible aux symptômes de l'intoxication alcoolique, si fréquente dans ce département. Son influence sur l'atrophie cérébrale ne saurait d'ailleurs être niée et elle n'est, je crois, contestée par personne. Un trop grand nombre de faits le prouvent d'une manière certaine.

Cette atrophie dépend également de l'intensité plus ou moins grande des phénomènes phlegmasiques. Le fait suivant, auquel je pourrais en ajouter beaucoup d'autres, si je ne craignais d'allonger trop ma communication, en est une preuve évidente. Le nommé T.., âgé de cinquante-deux ans, d'une taille de 1 m. 72, ayant quelque embonpoint, buveur d'absinthe, a présenté pendant treize ans et demi une paralysie générale, caractérisée par tous ses symptômes habituels : idées incohérentes de persécution et de grandeur, affaiblissement intellectuel, embarras de la parole, mouvements convulsifs des muscles des lèvres et de la face, tremblement des mains, raideur des membres inférieurs pendant la marche, inégalité pupillaire. Son état n'a présenté qu'une très légère aggravation pendant les douze années que je l'ai observé. Il était ordinairement calme, présentait parfois de petites crises d'agitation. Il a succombé à une pleurésie droite sans laquelle la vie aurait pu encore se prolonger longtemps. L'encéphale pesait 1.312 grammes, le cerveau 1.145 grammes, le mésencéphale comprenant le cervelet, la protubérance et le bulbe, 167 grammes. Les membranes viscérales du cerveau étaient légèrement épaissies, opalescentes au niveau des circonvolutions pariétales inférieure et supérieure, des circonvolutions ascendantes, du tiers postérieur des frontales transverses, de la face interne de la première frontale. Elles n'adhéraient qu'à la partie moyenne de cette face, du côté droit. La substance corti-

©BIUM

cale, dépouillée de ses membranes, était ramollie dans les endroits où elles étaient épaissies, présentait çà et là un pointillé rougeâtre. L'hémisphère droit pesait 5 grammes de plus que le gauche. Le diagnostic de cette maladie ne me paraît pas pouvoir être mis en doute. Malgré sa très longue durée, elle n'a produit qu'une très légère atrophie, en raison du peu d'intensité des phénomènes phlegmasiques.

Les deux hémisphères cérébraux pèsent à peu près le même poids à l'état physiologique, et j'ai constaté le même fait dans la folie et la démence simples. Une différence de 5 grammes entre eux est assez rare, et l'on peut considérer comme pathologique une différence de 10 grammes. L'inégalité de poids des hémisphères n'existe guère que dans quelques lésions locales du cerveau, dans l'épilepsie et la paralysie générale, et elle constitue un des meilleurs caractères, des plus certains, de cette dernière maladie. Elle est due à la plus grande atrophie de l'hémisphère qui pèse le moins et non à l'hypertrophie de celui qui a le plus grand poids, comme cela se rencontre quelquefois dans l'épilepsie. Les adhérences des membranes viscérales à la substance corticale sont toujours plus nombreuses sur l'hémisphère qui pèse le moins, qui est le plus atrophié. Je n'ai jamais vu manquer la prédominance des adhérences et de l'atrophie sur le même hémisphère, ce qui prouve que celle-ci est bien en rapport direct avec la phlegmasie, dont les adhérences sont une lésion pathognomonique.

Le tableau suivant, qui n'est que le complément du précédent, indique par séries de 50 grammes le nombre d'inégalités des hémisphères du cerveau dans la paralysie générale, le poids moyen du mésencéphale et son rapport avec celui de l'encéphale.

©BIUM

FEMMES

NOMBRE d'individus par séries de 50.	POIDS moyen de l'encéphale.	POIDS moyen du mésencéphale.	RAPPORT de ces deux poids.	HÉMISPHÈRE droit cérébral le plus lourd.	HÉMISPHÈRE gauche le plus lourd.
	gr.	gr.		fois.	fois.
1	802	132	6.07	»	»
1	896	140	6.40	»	»
4	936	145	6.45	2	4
6	976	142	6.80	2	»
21	1.028	153	6.71	5	6
16	1.077	161	6.69	7	3
16	1.126	155	7.25	5	1
16	1.177	161	7.31	9	3
7	1.233	175	7.04	2	»
6	1.276	169	7.55	»	4
1	1.305	174	7.50	1	»
95				33	21

HOMMES

2	923	156	5.91	»	1
2	980	151	6.49	»	2
7	1.025	161	6.36	5	1
14	1.078	166	6.49	4	6
9	1.125	169	6.63	3	1
41	1.169	168	6.95	9	10
41	1.227	170	7.21	7	10
34	1.276	172	7.41	15	7
30	1.323	177	7.47	13	7
18	1.364	169	8.07	3	4
9	1.438	183	7.88	7	3
8	1.477	185	7.98	3	2
4	1.531	196	7.84	»	1
219				69	55

Il résulte de ce tableau que l'inégalité des hémisphères existait 178 fois, dans plus de la moitié des cas par conséquent de paralysie générale, ce qui montre combien est grande sa fréquence. L'hémisphère gauche, que quelques auteurs considèrent comme pesant un peu plus à l'état physiologique que le droit, comme jouissant d'une plus grande activité, est le plus souvent atrophié, 102 fois au lieu de 76 pour l'autre.

Le tableau suivant indique la différence de poids dans l'inégalité des hémisphères cérébraux, par séries de 5 grammes :

©BIUM

Séries de 5 gr.	FEMMES			HOMMES		
	Hémisphère droit le plus lourd.	Hémisphère gauche le plus lourd.	Total.	Hémisphère droit le plus lourd.	Hémisphère gauche le plus lourd.	Total.
10	5	6	11	17	13	30
10 à 15	10	6	16	16	11	27
16 à 20	7	3	10	7	9	16
21 à 25	1	2	3	13	5	18
26 à 30	2	1	3	5	9	14
31 à 35	2	2	4	3	3	6
36 à 40	2	»	2	4	1	5
41 à 45	1	»	1	1	2	3
46 à 50	3	»	3	2	2	4
51 à 55	»	»	»	1	»	1
56 à 60	»	»	»	»	»	»
67	»	1	1	»	»	»
	33	21	54	69	55	124

L'inégalité des hémisphères permet de constater l'atrophie cérébrale dans la paralysie générale chez les individus atteints d'hypermégalie, quand la phlegmasie n'a été ni assez longue, ni assez intense pour empêcher le poids de l'encéphale de rester supérieur au poids normal. Dans nos 29 observations où existait cette hypermégalie, nous avons constaté 21 fois cette inégalité, qui était due à ce que la phlegmasie était très légère sur l'hémisphère le plus lourd.

L'homme et la femme dont le volume de l'encéphale était le plus considérable avaient une inégalité de poids, le premier de 22 grammes, la seconde de 29 grammes, ce qui démontre que l'atrophie cérébrale peut exister avec un cerveau très volumineux.

Chez les 8 individus dont l'encéphale dépassait le poids normal et qui avaient les hémisphères cérébraux égaux, les adhérences des membranes étaient peu nombreuses.

Comme Baillarger, j'ai constaté que le mésencéphale n'était pas atrophié dans la paralysie générale. Son poids moyen est de 151 grammes pour les femmes et de 171 pour les hommes, le même exactement que celui obtenu par Manouvrier, d'après les pesées de Broca. D'après Bischoff, il serait de 162 grammes dans le sexe

©BIUM

féminin et de 173 dans le sexe masculin. Cet auteur admet un rapport constant entre le poids de l'encéphale et celui du mésencéphale, qui serait pour le second de 7,78 et pour le premier de 7,26. Dans la paralysie générale, ce rapport devient plus faible par suite de la diminution de poids du cerveau et du maintien à l'état normal de celui du mésencéphale. Cette diminution, comme on peut le voir dans notre tableau, n'a rien de bien régulier, n'est pas toujours proportionnée à l'atrophie cérébrale.

Chez les hommes paralytiques dont l'encéphale est très volumineux, pèse de 1.355 à 1.549 grammes, ce rapport est supérieur à celui de l'état physiologique, est de 7,84 à 8,04, ce qui est dû à ce que l'hypermégalie a beaucoup plus porté, avant la maladie, sur le cerveau que sur le mésencéphale.

Je ne crois pas qu'on doive attacher une très grande importance à ce rapport, non seulement parce qu'il ne suit pas toujours exactement l'atrophie cérébrale, mais aussi parce que le mésencéphale présente de nombreuses variations individuelles dans chaque série dont je n'ai pu saisir la cause. Le même fait peut être constaté dans les pesées de Baillarger.

La séance est levée à 5 heures.

PAUL SOLLIER.

©BIUM

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société médico-psychologique de Québec

Séance du 26 octobre 1899.

I. *Deux cas de manie éphémère, sans complication d'épilepsie, d'intempérance, ou de parturition*; par le Dr Burgess. — Permettez-moi de vous signaler deux cas d'un genre de maladie mentale que rarement j'ai rencontré dans ma pratique. En réalité, durant vingt-cinq ans de pratique des maladies mentales, ce sont les seuls cas réellement typiques que j'ai eus à soigner. Chose assez surprenante aussi, tous deux m'ont été présentés à la même époque, à quinze jours d'intervalle, dans l'été de 1897.

Je pourrais les classifier parmi les cas de folie appelée par le Dr Clouston manie éphémère ou transitoire, et définie par lui : « Une forme assez rare d'exaltation mentale, inattendue et soudaine, généralement d'un caractère aigu, accompagnée d'incohérence, d'inconscience partielle ou entière des choses familières, de manque de sommeil, et pouvant se prolonger d'une heure à quelques jours. »

Des deux expressions dont se sert le Dr Clouston, je préfère beaucoup celle de « manie éphémère ». Pourquoi? Parce que l'expression « manie transitoire » est quelquefois, dans l'usage qu'on en fait, synonyme de « fureur transitoire », et aussi, mais plus rarement, « de fièvre délirante aiguë ». Or, la manie éphémère diffère de ces deux genres de maladie délirante aiguë : elle n'est accompagnée, ni de la rage de destruction qui caractérise la première, ni des symptômes typhiques, distinctifs de la seconde.

Les crises d'insanité temporaire qui accompagnent quelques formes de l'épilepsie, les accouchements et l'usage de l'alcool, ne sont pas rares du tout. Aussi, les cas que je veux vous mettre

©BIUM

sous les yeux ne proviennent nullement de ces causes, et c'est pour cela même qu'ils peuvent vous intéresser. Ce furent, en pratique, des cas de manie aiguë ordinaire, distincte et spéciale seulement par la très courte durée de l'attaque, fait qui, dans certaines circonstances, peut devenir d'une importance suprême au point de vue médico-légal.

Obs. I. — J. S..., une femme mariée de quarante ans, fut admise à l'hôpital de Verdun, le 12 juillet 1897. On nous apprit qu'elle venait de Saint-Jean (Terre-Neuve), et se dirigeait sur Owen Sound (Ontario), pour y rejoindre son mari, qui avait quitté Terre-Neuve quelques mois auparavant. Elle était parvenue jusqu'à Montréal le matin du jour où elle fut confiée à mes soins. En arrivant en ville, où il fallait attendre une correspondance de chemin de fer, elle s'informa au chef de gare où elle pourrait bien déjeuner, et ce dernier lui indiqua un restaurant convenable et voisin. Jusqu'à ce moment, autant que je l'ai pu savoir, son apparence, ses manières, ses paroles ne présentaient rien d'étrange. En entrant dans le restaurant, le maître de céans lui demanda si elle ne désirait pas ôter son chapeau et son châle pour manger. Ceci sembla l'effrayer, et quittant la place brusquement, elle se mit à errer sans but dans les rues, pendant plusieurs heures. Vers 2 heures, elle atteignit Wesmount, un des faubourgs de la ville, s'arrêta à une résidence privée, y demanda un verre d'eau, ainsi que la permission de s'asseoir et de se reposer. La dame de la maison lui donna à boire et à manger et apprit son histoire, que la visiteuse raconta d'une façon très lucide. Puis, sur sa demande, elle indiqua à sa nouvelle amie une place de refuge, où elle pourrait demeurer jusqu'au départ du train. C'était le refuge St-George, et tout fut préparé pour qu'elle pût s'y rendre. La matrone du refuge qui lui donna la bienvenue et s'occupa aussitôt de la mettre à l'aise, a certifié qu'elle semblait être très nerveuse et brusque, mais pas autrement malade. Vers 6 heures, soudainement, elle s'élança du sofa où elle était étendue, et avec un cri perçant sauta vers la fenêtre et chercha à s'y précipiter : elle en fut empêchée par la matrone qui, par bonheur, était tout près. Puis, suivirent des signes évidents d'aliénation mentale, et la pauvre femme devint si bruyante et excitée que la police fut avertie. Conduite au poste de police dans un état délirant, au milieu de cris aigus et sans suite, on jugea nécessaire de lui mettre une camisole de force pour l'empêcher de se faire du mal. On me narra le fait

©BIUM

par téléphone et elle fut amenée à l'hôpital vers minuit par trois hommes de police.

Elle me parut être une femme solide, assez forte en chair; son regard était égaré et sombre, et elle ne cessait d'articuler des paroles incohérentes qui ne me disaient absolument rien sur son état. Le pouls était normal, ainsi que la température. On la mit au lit immédiatement, sous la garde de deux infirmières ; mais je ne lui administrai aucun sédatif, vu surtout qu'un des hommes de police m'avait dit que le médecin du poste lui avait fait prendre un narcotique quelconque avant son départ. Elle fut somnolente par intervalles durant la nuit ; mais la plupart du temps elle fut bruyante, remuant violemment sur son lit et cherchant à frapper et à égratigner les infirmières qui la gardaient. Le matin, on lui donna un bain chaud ; cela la calma beaucoup, sans cependant lui donner du sommeil sur le moment. Elle ne prit qu'un peu de nourriture, elle parut avoir peur de boire le lait qu'on lui offrait, mais elle mangea un biscuit au soda. Petit à petit, son agitation la reprit, et au milieu d'un babil incohérent et continu, elle fit des efforts constants pour sortir du lit. Enfin, elle devint si excitée, et fit de si constants efforts pour se faire du mal, s'arrachant les cheveux, et cherchant à s'assommer sur le mur, que vers les 3 heures de l'après-midi je lui donnai une injection hypodermique de 1/75 de grain d'hydrobromate d'hyoscine. Elle s'endormit bientôt après, et son sommeil se prolongea jusqu'à 9 heures; elle se réveilla alors, bien plus tranquille, nerveuse encore cependant, ayant l'air craintif, et incapable d'aucune suite dans ses paroles. Cet état se prolongea toute la nuit jusqu'à l'arrivée de son mari, à qui on avait télégraphié vers 8 heures du matin. Son arrivée l'enchanta et lui fit perdre beaucoup de sa frayeur ; son babil et ses manières s'apaisèrent ; elle lui parla avec beaucoup de bon sens, mangea son déjeuner avec appétit et bientôt après s'étant habillée, elle fit une promenade avec lui au dehors dans les jardins.

Je causai longtemps avec elle, et ne pus découvrir le moindre signe de désordre mental ; au contraire, elle me parut parfaitement raisonnable. La durée entière de son égarement mental, depuis le départ du restaurant, avait été de moins de quarante-huit heures. Elle me dit qu'elle ignorait la cause de son attaque, que c'était la première, que toutefois pour une raison qu'elle ignorait, elle s'était sentie effrayée des gens chez qui elle était allée déjeuner. Elle avait une vague souvenance de ce qu'elle

©BIUM

avait fait depuis le moment de son départ du restaurant et son arrivée au refuge Saint-George ; mais elle ne se rappelait absolument rien de ce qui était arrivé depuis le moment de sa crise au refuge jusqu'au matin, où elle pouvait se souvenir d'avoir vu les infirmières à son côté, et être restée tout étonnée du lieu où elle était. Elle partit pour sa demeure à Owen Sound, dans l'après-midi du même jour, et jusqu'à un an plus tard, selon mon dernier rapport, elle n'avait pas eu de rechute.

L'interrogatoire serré que je fis subir au mari, ne me donna aucune preuve de condition épileptique chez sa femme, épilepsie cachée ou connue, ni aucun signe d'hérédité autre que le fait qu'une de ses tantes maternelles était morte aliénée. Ses mœurs étaient des plus régulières, et elle n'avait jamais montré aucune tendance à l'hystérie ou à d'autres désordres nerveux. Au contraire, elle avait toujours été regardée comme une personne d'une santé forte et d'un jugement sain.

Quant à la cause, je ne puis que supposer que l'excitation causée par un voyage dont elle n'a nullement l'habitude (elle n'avait jamais mis les pieds dans un train auparavant), jointe à la fatigue d'un si long voyage, avait été suffisante pour déranger son équilibre mental.

Obs. II. — Cette fois, je fus appelé en consultation par un confrère pour le cas d'une jeune fille, M. J..., âgée de dix-neuf ans. Elle était sortie à pied dans la matinée, et, en traversant la rue, avait été près d'être écrasée par un tramway ; elle ne fut nullement blessée cependant, continua sa promenade, fit quelques emplettes, et retourna à la maison, apparemment en aussi bonne santé qu'à son départ. Trois heures plus tard environ, pendant qu'elle causait avec une de ses sœurs, son langage devint tout à coup incohérent; elle se mit à marcher nerveusement dans l'appartement, jouant du piano avec violence, mêlant les airs de la façon la plus étrange, et faisant entendre les expressions les plus vulgaires. Mise au lit, elle continua de parler et de se rouler, criant et chantant à tue-tête. En vain ses amies cherchèrent à l'apaiser : elle ne les reconnut point, et sa conversation continuelle était un mélange d'illusions sans lien, ni sens.

Quand je la vis dans la soirée, six heures après le commencement de l'attaque, elle me parut être une fille solide et bien en chair, qui, en santé, devait être plaisante et intelligente. Le pouls était accéléré, mais très peu, la température normale et la langue nette. Elle semblait excitée et égarée ; elle refusa nour-

©BIUM

riture et médecine. Très en mouvement, elle cherchait à enlever sa chemise de nuit, se roulait sur le lit, cherchant sans cesse à se lever, mais nullement portée à la violence. Elle bavarda continuellement, à voix forte, des choses sans suite, répétant dix fois et d'une façon incohérente ce qui se disait près d'elle. Parfois, à en juger par ses actions, elle avait de terribles hallucinations de l'ouïe et de la vue. Jusqu'à ce jour, sa santé avait été excellente, elle aimait beaucoup les jeux et l'exercice au grand air. Jamais elle n'avait eu de pareille attaque, et ses amies, malgré l'interrogatoire le plus minutieux, ne me dirent rien qui me permît de croire à des attaques épileptiques quelconques. Ses habitudes étaient régulières, et elle n'avait aucune tendance à l'hystérie ou à aucune autre maladie nerveuse. Cependant, elle avait une forte prédisposition héréditaire à l'insanité, sa grand' mère maternelle ayant eu deux attaques de mélancolie, pendant qu'une tante du côté maternel avait été internée dans un asile pendant quelques années. On ne pouvait trouver aucune autre cause d'excitation, que la frayeur qu'elle avait eue.

Je conseillai de lui appliquer du froid sur la tête et de lui administrer une injection hypodermique de 1/100 de grain d'hydrobromate d'hyoscine, promettant d'envoyer les papiers nécessaires à son admission à l'asile le plus tôt possible.

C'est ce que je fis. Quel ne fut pas mon étonnement lorsque, vers le milieu du jour suivant, je reçus un message téléphonique de mon confrère, disant qu'il espérait que ces papiers ne seraient d'aucune nécessité, vu que la patiente semblait complètement revenue à elle-même.

Après avoir reçu l'injection hypodermique, vers les 9 heures du soir, elle s'était tranquillisée, et avait dormi de 10 heures à 2 heures. Elle se réveilla alors, et bien qu'encore nerveuse et loquace, elle l'était moins qu'avant son sommeil. Elle reconnut ceux qui l'entouraient et s'étonna de la présence d'une étrangère, sa garde-malade. Après avoir pris un bol de pain au lait, elle se rendormit, et demeura dans cet état jusqu'à 7 heures du matin. A son second réveil, il lui restait encore un peu de confusion dans l'esprit et d'agitation dans la démarche ; mais cet état s'améliora encore graduellement, et vers midi, comme je l'ai déjà dit, elle était tout à fait bien de nouveau et n'a pas eu de rechute depuis.

La durée totale de l'attaque, en ce cas, fut seulement d'environ vingt-deux heures, c'est-à-dire depuis 2 heures de l'après-midi du premier jour jusqu'à midi du jour suivant. Ici aussi il

©BIUM

y avait perte de mémoire de tout ce qui était arrivé depuis le moment de l'attaque jusqu'à peu près celui de la guérison complète. Quant à la cause de l'attaque, elle ne peut être que le choc causé par une frayeur subite, sur une diathèse fortement neurotique.

M. CHAGNON. — Je me permettrai d'ajouter l'observation suivante aux cas si intéressants que M. Burgess vient de nous rapporter.

X..., dix-sept ans, est préposé aux bagages à l'une de nos gares de chemin de fer. Son père est mort à l'âge de cinquante-deux ans d'une maladie du foie. Sa mère et sa sœur sont en bonne santé. Ses oncles maternels sont morts de tuberculose.

Dans les antécédents personnels de X..., nous relevons que dans son enfance il a souffert de rougeole et de diphtérie.

Vers le 21 décembre 1895, il commence à se plaindre de perte d'appétit, constipation et insomnie. Il présente de plus une légère réaction fébrile, et quelques jours plus tard, il accuse de la céphalalgie. Il abandonne alors tout travail. Le 24 janvier 1896, il commence à présenter des troubles mentaux qui s'affirment rapidement en un état maniaque. A son entrée dans mon service, à l'asile Saint-Jean-de-Dieu, le 30 janvier, il présente de l'incohérence absolue, une loquacité intarissable, des mouvements désordonnés et une insomnie complète. Le 5 février, nous le trouvons à son réveil tout à fait sain d'esprit. Je crois devoir noter ici que nous avions eu dès le début à combattre une constipation opiniâtre qui nous a donné beaucoup de mal à faire disparaître.

X... est admis pour la deuxième fois le 24 mai 1898. La maladie avait débuté, deux jours avant son entrée, après un travail forcé de jour et de nuit sur des bouilloires en activité. Huit jours plus tard, il était guéri de son agitation maniaque.

Le 9 du mois suivant, il prend part à une procession religieuse au cours de laquelle il est exposé à un soleil ardent pendant plus d'une heure. Le soir même, il se plaint de céphalalgie; le lendemain il présente, une demi-somnolence et refuse toute nourriture; le surlendemain, il est franchement maniaque. La durée de cette attaque est de quinze jours.

Le 8 juillet, nouvelle exposition prolongée au soleil, alors qu'il se livre à une partie de « foot-ball » ; nouvelle rechute, qui dure quelques jours seulement.

Le 1er août, à la suite d'une diarrhée fétide de cinq jours, il présente une nouvelle attaque d'agitation maniaque. Il est très bien le 10 et quitte l'asile le 25.

©BIUM

Après deux jours passés dans sa famille, il est réadmis, présentant de l'agitation maniaque subaiguë. Il est parfaitement rétabli le 1er septembre, et le 6 octobre quitte l'asile.

En résumé, notre malade présente six crises parfaitement distinctes d'agitation maniaque à intensité variable. Le maximum de la durée de chacune des crises fut de quinze jours. Si nous prenons en considération l'état pathologique de ses fonctions digestives dans chacune de ses attaques, il nous semble très difficile de ne pas faire une large part à l'auto-intoxication, même pour les rechutes qui semblent reconnaître pour cause immédiate l'exposition à la chaleur.

M. Villeneuve. — Je crois pouvoir rapprocher de ces observations le cas d'une femme que nous avons observée à l'asile Saint-Jean-de-Dieu, et qui, à plusieurs années de distance, en 1885, 1894 et 1899, a présenté trois accès maniaques d'une grande intensité, apparus subitement, sans cause apparente ou appréciable, et qui ont évolué très rapidement, l'espace de huit jours en moyenne. C'était une héréditaire, un de ses frères avait été atteint d'aliénation mentale.

Les cas qui viennent d'être rapportés par M. Burgess revêtent bien les caractères que Vallon dans un rapport au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes français, tenu en 1898, attribue aux délires transitoires : de survenir brusquement, d'arriver très rapidement à leur apogée et de se terminer également, d'une manière subite, par le retour à l'état *quo ante*. Les autres cas seraient plutôt des accès de courte durée.

Ce qui fait l'intérêt des observations rapportées par M. Burgess, c'est que l'accès de manie transitoire que l'une de ses malades a présenté, ne peut être rattaché à aucun état pathologique antérieur. Ce fait viendrait à l'encontre de l'opinion professée par la presque totalité des aliénistes français, et qui a reçu sa confirmation par un vote unanime émis à leur Congrès de 1898, à savoir : que la folie transitoire est toujours symptomatique. Plusieurs observations de ce genre pourraient bien rouvrir la question que le Congrès français a fermée par son vote : « Existe-t-il une folie transitoire idiopathique? » Pour moi, dans ma carrière d'aliéniste et de médecin expert, exercée depuis cinq ans dans l'asile le plus considérable et la ville la plus populeuse du Canada, je n'ai jamais rencontré un cas de folie transitoire que je n'aie pu rattacher à un état pathologique antérieur.

M. Burgess. — D'après le cas que j'ai observé et rapporté,

©BIUM

je serais tenté de croire à l'existence de la folie transitoire idiopathique.

II. — *Deux cas d'hallucinations auditives périphériques;* par le Dr Chagnon. — J'ai observé dans mon service à Saint-Jean-de-Dieu deux malades hallucinés de l'ouïe, bien intéressants, je crois, par les causes qui provoquaient chez eux ces hallucinations.

Obs. I. — X... est âgé de trente-deux ans, homme de peine. Son père est mort d'hydropisie. Rien de plus à noter dans l'histoire pathologique de sa famille.

Toute sa vie, X... a été affecté d'aboulie. Par exemple, il se marie à vingt-cinq ans, bien malgré lui, dit-il. A chacune des visites qu'il fait à la femme qu'il courtise, il se propose de décliner l'offre de mariage qu' « elle lui a faite » ; mais chaque fois il ne trouve pas la force de volonté nécessaire pour repousser la « demande ». Jusqu'au pied des autels il conserve l'espoir de pouvoir dire non ; mais en vain, car devant le prêtre, il dit « oui ».

Un jour, ayant besoin de gants, il décide de consacrer 75 centimes à cet achat; le commis de magasin auquel il s'adresse lui en présente une paire au prix élevé de 4 piastres : il les achète encore malgré lui.

Jusqu'à l'époque de son entrée à l'asile, sa vie est ainsi remplie d'actes marqués au coin de l'aboulie.

Admis à Saint-Jean-de-Dieu le 8 septembre 1898, X... n'offre des hallucinations de l'ouïe que lorsqu'il entend un bruit quelconque ou un son, ou qu'il subit une impression du toucher. S'il est au repos et que ses compagnons se promènent dans le quartier, de suite il entend des voix paraissant venir de leurs pieds; et si lui-même, se levant, se met à marcher, il paraît lui en monter des siens. De tous les pieds touchant le sol avec bruit léger ou fort partent des voix.

Le bruit de l'eau qu'on verse dans un verre provoque l'hallucination. Je froisse un papier, on lui crie : « Tu es un... fou » ; je frappe de mon crayon l'armature en fer d'un encrier : « Tu es un niais », lui dit-on d'une voix métallique. S'il se gratte, il éprouve une sensation qui réveille les voix.

Obs. II. — M..., âgé de vingt-six ans, célibataire, cultivateur, admis à l'asile le 25 mai 1899.

Ses grand'mère et grand-oncle maternels sont morts en état de démence; un oncle est alcoolique.

M... est peu intelligent. Comme chez G..., ses hallucinations

©BIUM

de l'ouïe ne sont provoquées que par des bruits ou des sons. Elles se produisent lorsque ses compagnons ou lui se livrent à la marche.

Il fait cette distinction que les voix qui lui viennent de ses bottes lui parlent « en musique », tandis que les autres sont rudes.

Le malade qui fait le sujet de l'observation première, est retourné chez lui guéri en décembre de la même année, après trois mois de séjour à l'asile.

Il a été revu depuis, il avait ses poches bourrées de poudres médicamenteuses et de flacons de remèdes, il est devenu hypocondriaque.

L'autre malade vient aussi de quitter l'asile, légèrement amélioré.

Ce que je relève de particulier chez ces deux malades qui présentent chacun un passé pathologique, c'est qu'il est absolument nécessaire qu'ils subissent une impression auditive ou tactile pour éprouver des hallucinations de l'ouïe. Pas de bruits, pas de voix. Si tout est calme, ils n'ont aucune hallucination.

III. — *Outrage aux mœurs, allégation d'irresponsabilité pour cause de folie et d'épilepsie, responsabilité, condamnation ;* par le Dr Villeneuve. — Au mois de mai dernier, je recevais instruction du magistrat de police de faire l'examen de l'état mental de H. C., pâtissier-décorateur, Belge d'origine, accusé d'avoir publiquement offert en vente, trois figures tendant à corrompre les mœurs, contenues dans une boîte. Ce délit est prévu par l'article 179 du code criminel et passible de deux ans d'emprisonnement.

Ces figures, d'un caractère obscène par la prédominance donnée aux organes génitaux, étaient en sucre colorié et représentaient une femme et un homme nus, avec un chien. Une image de l'Enfant Jésus portant une croix était collée sur la boîte.

L'enquête a révélé les circonstances dans lesquelles le délit avait été accompli.

Le prévenu avait porté cette boîte chez un hôtelier en lui disant de la remettre à un nommé S..., qui demeurait dans la maison, et de réclamer la somme de 1 fr. 25, prix convenu de la boîte, qu'il reviendrait ensuite lui-même percevoir.

L'hôtelier ouvrit la boîte, qui n'était pas enveloppée. En en voyant le contenu, dont le caractère de lubricité voulue n'était que trop apparent, il fit appeler un agent de police, auquel il

©BIUM

donna le signalement de H. C., dont le nom lui était inconnu. L'agent ne fut pas long à établir l'identité de H. C. Il se rendit à son domicile et entra en pourparlers avec lui, pour se procurer une boîte semblable. H. C. hésita d'abord, en alléguant que ce genre de négoce était très dangereux dans ce pays, à cause de la sévérité des lois; qu'il n'en était pas de même dans son pays, où il n'avait qu'à faire des boîtes semblables pour se procurer de l'argent quand il en avait le besoin. Enfin, il finit par consentir à faire une boîte semblable, pour un prix convenu. Sur ces entrefaites, l'agent mit H. C. en état d'arrestation et le conduisit devant le magistrat. H. C. fut reconnu par l'hôtelier comme l'individu qui lui avait remis la boîte.

A l'enquête, H. C. prétendit qu'il ne se rappelait rien et il protesta de son innocence. Son frère affirma qu'il y avait des cas de folie dans sa famille et que le prévenu lui-même n'avait pas toujours la tête à lui, et sa femme raconta qu'il avait eu des pertes de connaissance et elle sembla vouloir rattacher à l'épilepsie le délit dont son mari était incriminé.

Devant ces allégations, le prévenu fut soumis à l'examen médical, à la demande du consul de son pays.

Dans le cas actuel, nous avions donc à nous demander : 1° si le prévenu pouvait être généralement considéré comme aliéné; 2° s'il était atteint d'épilepsie et, dans l'affirmative, si c'était sous l'influence de la névrose qu'il avait commis l'acte dont il était appelé à répondre en justice.

Nous avons cherché la réponse à cette double question dans l'examen personnel de l'inculpé et dans l'étude de son histoire et de ses antécédents héréditaires. Nous tenons ces derniers de l'inculpé lui-même et de son frère et, quoiqu'il ne nous ait pas été possible d'en contrôler l'authenticité, à cause de l'éloignement, nous croyons pouvoir les tenir pour véridiques.

H. C. demeure dans le pays depuis trois ans; il est pâtissier-décorateur, âgé de quarante-deux ans, marié depuis vingt ans et père de deux enfants âgés respectivement de dix et dix-sept ans. Son père, officier dans l'armée, était un fort buveur, il est mort subitement. La mère serait morte de phtisie pulmonaire (?). Une sœur est enfermée dans un asile depuis quatorze ans; elle serait devenue folle à la suite de troubles de ménage. Une sœur est d'une grande nervosité; elle aurait eu des crises nerveuses dont il est impossible de préciser la nature, faute de détails suffisants. Le frère que nous avons vu est un homme

©BIUM

parfaitement correct, intelligent et jouissant d'une excellente réputation. H. C. a la figure asymétrique, il est de taille moyenne, malingre et paraît peu vigoureux. Il ne fait pas un usage immodéré de boissons fortes. H. C. ne présente rien d'anormal dans sa tenue, son maintien est correct ; mais sa contenance est visiblement embarrassée lorsqu'il paraît devant nous. Sa conversation est cohérente et rationnelle, il comprend le sens de toutes les questions et répond correctement. Sa mémoire est généralement bonne. L'exactitude des renseignements communiqués par lui sur sa famille et sur lui-même a été confirmée par le récit que nous ont fait subséquemment sa femme et son frère. Il déclare avec empressement qu'il n'est pas responsable. Il comprend l'avantage de ses antécédents héréditaires, de ses pertes de connaissance (?), et il en fait ressortir l'importance avec une certaine habileté. Au cours des quelques visites que nous lui avons faites à la prison de Montréal, nous n'avons constaté chez lui ni excitation, ni dépression, ni délire, ni troubles sensoriels, en un mot aucun désordre mental quelconque, et il n'apparaît pas par l'interrogatoire que nous lui avons fait subir qu'il en ait jamais présenté.

Devant nous, il maintint la même attitude qu'il avait prise devant le tribunal, c'est-à-dire qu'il ne se rappelait rien. Mais il fut relativement facile, par des questions posées à l'improviste au cours de l'examen, sur les différentes phases du délit, d'obtenir de lui des réponses, lesquelles, réunies, faisaient un récit en tous points conforme à l'ensemble des faits rapportés à l'enquête. Il nous fit même l'aveu qu'il avait fait la boîte à la demande de S. et que ce n'était pas la première qu'il lui faisait. On peut par là affirmer que l'amnésie de H. C. est feinte. A la prison, H. C. n'a été l'objet d'aucune remarque particulière de la part du personnel.

Nos recherches au sujet de l'aliénation mentale sont donc restées négatives. Nous n'avons constaté chez H. C... aucun symptôme qui puisse faire admettre qu'il soit atteint d'aliénation mentale. Son intelligence est suffisamment développée et elle n'est nullement pervertie.

J'ai interrogé sa femme et son frère; ils n'ont rapporté de lui aucun acte ou signe de folie. Sa femme dit que son existence a été régulière et sa vie sexuelle normale. Son frère soutient qu'il est entêté, vaniteux, exalté. Mais ce sont là des anomalies du caractère qui ne peuvent être assimilées à des symptômes de folie.

Cependant, à la première question, on peut donc affirmer que

©BIUM

H. C... ne peut être considéré comme un aliéné, qu'il est suffisamment intelligent pour apprécier la nature de ses actes et que sa volonté s'exerce librement.

Il nous reste maintenant à élucider la question qui concerne l'épilepsie.

Pour qu'un individu puisse être déclaré irresponsable du chef de l'épilepsie, il me semble que l'on doive établir : 1° qu'il est atteint d'épilepsie ; 2° que l'acte incriminé est en rapport direct avec une attaque d'épilepsie sous une quelconque de ses formes ; 3° que l'acte présente les caractères qui accompagnent les phénomènes épileptiques ; 4° ou que l'épilepsie a imprimé à l'intelligence et au caractère des modifications permanentes.

Depuis son arrestation, un mois, H. C... n'a eu aucune crise nerveuse. Antérieurement, les renseignements se résument à trois faits très vagues et sur lesquels les détails manquent complètement : une fois, il serait tombé en descendant un escalier, une lampe à la main ; une autre fois, sa femme l'aurait trouvé dans sa boutique, étendu par terre, paraissant dormir ; une autre fois, il aurait été ramené à la maison par des individus qui dirent à sa femme qu'ils l'avaient ramassé par terre, au moment où il venait de perdre connaissance. Jamais, pendant vingt années de mariage, sa femme n'a remarqué chez lui aucun phénomène convulsif, ni rien qui approche d'un vertige ou d'une absence, rien non plus qui indique qu'il ait souffert d'épilepsie nocturne. En admettant comme réelles les trois pertes de connaissance, il n'est pas permis d'affirmer, en l'absence de détails sur les phénomènes qui les ont accompagnés, qu'elles aient été de nature épileptique. Trois faits isolés d'un caractère peu précis, arrivés au cours de l'existence d'un homme âgé de quarante-deux ans, peuvent permettre à la rigueur de poser un point d'interrogation, mais ne nous autorisent nullement à admettre qne H. C... soit atteint d'épilepsie.

Le jour du délit, la femme de H. C... n'a rien remarqué chez lui qui ne fût pas habituel. En l'absence de la constatatiou de l'existence et de la réalité de la maladie, on peut rechercher si l'acte a les caractères d'un phénomène épileptique.

Les principaux caractères des manifestations épileptiques de toute nature sont leur soudaineté, l'inconscience qui les accompagne et l'amnésie qui les suit. « Ce sont des actes brusques, soudains, irréfléchis, accomplis sans motifs, dont leur auteur n'a pas conscience, et dont il ne lui reste aucun souvenir ou qu'un souvenir très confus (Vallon). »

©BIUM

L'étude des circonstances dans lesquelles le délit a été commis nous permet d'affirmer, par l'absence de ces caractères, qu'il ne s'agit pas là d'un acte qui puisse être rattaché à la névrose comitiale.

Nous y trouvons, en effet, un acte prémédité, accompli par intérêt, avec toutes les apparences de la lucidité, avec même la notion de sa gravité, et dont le souvenir, malgré les dénégations, a été conservé. Ce n'était aussi que la répétition d'actes identiques ayant le même mobile, l'exploitation de la lubricité d'autrui, pour un profit pécuniaire.

Ce commerce était connu de son frère qui avait cherché à l'en détourner. « Je lui avais bien dit qu'il finirait par se laisser prendre », a-t-il laissé échapper en notre présence.

Donc, même tout en présumant que H. C... serait épileptique, l'acte qu'il a commis n'a pas les caractères d'un phénomène épileptique, et ne peut pas, par conséquent, être rattaché à la névrose.

Le prévenu invoque son hérédité! Le frère que nous avons vu est un homme parfaitement correct. Le prévenu ne semble en différer que par quelques anomalies de caractère et ses dispositions morales. Il semble donc que l'influence héréditaire ne puisse être invoquée que théoriquement en faveur d'une modification de sa responsabilité, l'aliénation mentale et l'épilepsie étant mises à part.

Conclusion. — 1° H. C... n'est pas atteint d'aliénation mentale ;

2° Le délit dont il est incriminé n'est pas un acte pathologique né d'une impulsion irrésistible et maladive ou inspiré par des mobiles délirants. Il relève de mobiles qui sont parmi les facteurs ordinaires de causalité des actes criminels : l'intérêt et la cupidité.

IV. — *Débilité mentale, absence complète de sens moral, deux condamnations ; nouvelle arrestation, examen médical, irresponsabilité, internement ;* par le Dr Villeneuve. — E. L... est amené devant la cour de police sous l'accusation d'avoir dérobé une certaine somme d'argent à son bourgeois. Interrogé, il reconnaît s'être approprié cette somme ; mais il donne, pour se justifier, des raisons que le juge ne peut reconnaître comme émanées d'un esprit sain. Le magistrat ordonne, en conséquence, l'examen mental de E. L..., et l'expertise m'est confiée.

E. L... a déjà un dossier judiciaire qui nous apprend les

©BIUM

condamnations suivantes : le 5 octobre 1888, école de réforme, cinq ans, pour vol; le 25 mars 1894, prison, six mois, pour vol; le 4 août 1896, pénitencier, trois ans, pour vol avec effraction.

E. L... est de taille moyenne, bien constitué et vigoureux. A part l'exagération du volume du lobule des oreilles, il ne présente pas de malformation bien évidente.

Il ne sait ni lire ni écrire, mais compter un peu. Sa mémoire a acquis un certain développement; il donne des renseignements sur son existence, peu nombreux, il est vrai, mais exacts. Cependant, ce n'est qu'après plusieurs entrevues que j'ai pu lui en faire constituer le récit. Il comprend le sens des questions et répond exactement. Sa conversation est cohérente; mais on peut dire qu'il ne brille pas par la spontanéité intellectuelle, ni par l'ampleur du cercle de ses idées, qui est assez restreint, au contraire.

Sa pauvreté intellectuelle se révèle surtout à l'égard des facultés dites supérieures. Il n'a pas de pouvoir de synthèse : le raisonnement, la généralisation et surtout le jugement, principalement quant à l'aspect moral de ses actes, sont marqués au coin de l'insuffisance la plus absolue. Il manque complètement de la faculté d'adaptation aux différentes circonstances de la vie et le sens moral fait totalement défaut. Il raisonne les délits qu'il a commis, comme s'il n'avait jamais pu acquérir aucune notion de moralité. Il est évident que, chez lui, l'arrêt de développement de l'intelligence, qui est d'origine congénitale, a plus affecté les facultés morales et les facultés intellectuelles dites supérieures que les facultés intellectuelles dites élémentaires (Magnan). N'étaient cette absence de sens moral et ce défaut d'adaptation, il aurait peut-être pu se servir normalement de la part restreinte d'intelligence qui lui a été dévolue et mener une existence régulière, si peu brillante qu'elle eût été.

Tel qu'il est, on peut affirmer, aux termes du statut, que E. L... *est atteint d'imbécillité naturelle au point de le rendre incapable d'apprécier la nature de son acte et de se rendre compte que son acte est mal*, et que, par conséquent, il est irresponsable, tant au point de vue légal qu'au point de vue médical. Cette conclusion a été acceptée par le tribunal et E. L... a été colloqué à l'asile.

Nous avons cru intéressant de connaître l'opinion des directeurs des établissements où E. L... a été détenu.

©BIUM

Le directeur de l'Ecole de réforme nous a écrit dans les termes suivants :

« Nous avons eu parmi nos jeunes délinquants un enfant du nom de E. L... ; il a été dans notre école du 5 octobre 1888 au 5 octobre 1893 et a appris le métier de ferblantier ; mais il a été impossible de lui enseigner le métier comme il faut, ou de réformer son caractère à cause de la faiblesse de son intelligence. Ses compagnons le considéraient comme fou et s'en défiaient quelque peu à cause de sa bizarrerie et de sa violence dans ses moments d'emportement. Il avait douze ans quand il a été condamné ; il n'avait pas fait sa première communion et, comme caractère apparent, on a noté *simple*. Il avait été à l'école pendant trois ans, mais ne savait ni lire ni écrire. Le jeune homme a été condamné pour vol de tabac. »

Nous devons à l'obligeance du préfet du pénitencier les renseignements suivants :

« E. L... a subi près de trois ans de détention au pénitencier, c'est, comme vous le dites, un simple d'esprit qui arrive à l'imbécillité complète. Il était à peu près impossible de lui faire comprendre et suivre les règlements disciplinaires de l'institution. Avant mon arrivée, il était presque continuellement dans les cellules de punition, donjon, etc., pour infractions aux règlements. Après avoir constaté son état mental, j'ai dû le traiter en conséquence. Il était très insoumis, pas méchant. Dans mon opinion, il serait mieux à l'asile qu'au pénitencier. »

Il semble que ce malheureux doit être ajouté à la liste déjà trop longue des aliénés méconnus et condamnés, ayant subi la totalité de leur peine. Il n'a dû qu'à la haute intelligence et aux sentiments humanitaires du savant magistrat devant lequel il a comparu en dernier lieu, d'échapper à une nouvelle condamnation.

E.-P. CHAGNON.

©BIUM

JOURNAUX ITALIENS

Il Manicomio moderno.

Année 1896.

I. — *Le délire et les formes paranoïques dans leurs rapports avec les autres délires; leur pathogénèse;* par le Dr F. del Greco (n° 1). — La Paranoïa est une « maladie de l'intelligence »; Wundt, dont l'auteur suit les théories psychologiques, distingue dans l'intelligence des lois d'association et des lois d'aperception, celles-ci dérivant de l'action de la volonté sur les premières. Représentation mentale et activité interne sont deux facteurs inhérents à tout acte conscient; de leur association naît l'aperception, condition indispensable de toute vie intellectuelle. Le processus paranoïque résulte de deux *moments* combinés — l'un à prédominance dissociative, l'autre à tendances synthétiques — que l'on peut concevoir comme l'effet d'une réaction aperceptive permanente en face d'un travail de dissociation; celui-ci nous est révélé par l'irritation sensorielle et les troubles représentatifs (hallucinations et délires). La réaction aperceptive, manifestation de l'activité interne, s'unit chez le paranoïque, à une exagération de la volonté et même de toute la conscience individuelle (égophilie, vues anthropocentriques). Le *moi* ne reste donc pas abattu, déprimé par les influences dissociatives; tout au contraire; mû par l'instinct de défense, il veut agir et connaître, mais tout effort mental est contrarié, détruit à son origine par les éléments de dissociation... Il s'ensuit que l'activité aperceptive finit par se lasser, faiblir et disparaître; le délire se dissout; reste seul « l'orgueil, cet *ultimum moriens*... »

Les conditions génératrices du processus paranoïque consistent donc dans l'exaltation continue de l'activité aperceptive, d'une part; de l'autre, dans un travail de dissociation mentale. Par suite, ce délire peut se développer dans n'importe quelle forme psychopathique présentant les conditions sus-énoncées.

La manie essentielle est caractérisée par l'expansivité, l'exaltation de la personnalité, un sentiment marqué d'euphorie, une irritabilité extrême; à ces symptômes s'ajoutent des hallucinations et des idées délirantes. Une autre forme, dite par Schüle

©BIUM

manie mélancolique ou passionnelle, se différencie de la précédente par le caractère pénible que revêtent les perceptions sur lesquelles le malade édifie son délire. Dans les deux cas, nous trouvons de l'excitabilité psycho-motrice et représentative, des conceptions mégalomaniaques d'ordres divers, parfois des idées de persécution plus ou moins accentuées, mais nullement cette *systématisation* qui est lè symptôme essentiel de la paranoïa.

La mélancolie est une affection que signale plus particulièrement une lésion de la volonté. A l'encontre du paranoïque, le lypémaniaque est incapable de réagir; apathique, indolent, il subit ses maux imaginaires comme une juste peine et a, par suite, perdu toute initiative, tout moyen de systématiser.

Tout au plus, si dans le délire de négation, l'on pourrait trouver parfois un rudiment de tendances systématiques : on devrait alors considérer ces cas exceptionnels comme des formes transitoires entre la mélancolie pure et la paranoïa hypocondriaque. Certaines expressions maniaques ou mélancoliques existent cependant, compliquées de délires plus ou moins systématisés : ce ne sont point alors des vésanies essentielles et il faut chercher dans l'ingérence de causes accessoires la raison de cette complication étrangère au type morbide.

Les délires sensoriels ont pour caractère commun et saillant une perturbation dans le processus de représentation, provenant soit de phénomènes asthéniques, soit de phénomènes irritatifs.

Dans ce dernier cas, les conditions sont des plus favorables à l'évolution paranoïque; car, selon le degré de l'irritation ressentie et des troubles sensoriels qui l'accompagnent, les malades réagissent plus ou moins et font montre de quelque énergie aperceptive; dans l'interprétation des hallucinations qui les assaillent, ils témoignent tout à la fois d'une incohérence et d'une lucidité relatives : il semble qu'ils cherchent à fixer et à préciser tout ce que leur conscience lésée perçoit d'instable et de vague. Aussi nomme-t-on ces délires à lucidité rudimentaire paranoïas aiguës. Ce qualificatif n'implique pas toujours brièveté dans la durée de l'affection; mais il indique le décours tumultueux et inégal, le caractère polymorphe de celle-ci.

Ventra, cité par l'auteur, différencie la paranoïa pure de ces délires sensoriels à forme paranoïque par les considérations suivantes : Dans ceux-ci, l'égarement mental ayant pour origine certaines perversions représentatives suit la marche ds ces altérations et s'accroît, diminue ou disparaît en même temps

©BIUM

qu'elles ; la personnalité des paranoïques est, au contraire, définitivement et profondément altérée ; d'où l'incurabilité à peu près certaine ; tandis que la guérison, même tardive, survient assez souvent chez les délirants sensoriels ; ceux-ci, enfin, sont capables de reconnaître, à l'occasion, une erreur des sens et du jugement ; les autres, non.

Délire systématisé et délire paranoïque ne sont pas tout à fait même chose ; le premier limite au champ de l'intelligence l'aire de son action ; le second, au contraire, modifie profondément l'ensemble de la personnalité. Il est pourtant difficile de séparer nettement ces deux entités ; car, on ne saurait affirmer qu'un délire puisse se systématiser sans le concours de la conscience personnelle, ce qui suppose des modifications profondes dans l'être pensant tout entier. Il serait mieux de dire que la systématisation confirmée est le premier signe, l'indice de la transformation paranoïque de toute une individualité.

Le caractère ou type paranoïque aurait son principe dans certaines défectuosités psychiques évidentes dès l'enfance ; c'est là le terrain où se développeront plus tard, sous l'impulsion convenable, des accès sensoriels ou délirants, aigus ou chroniques. Ce fonds de déséquilibration mentale permanente a, sous le nom de « paranoïa sans délire », été mis par Tanzi et Riva sur le compte d'une dégénérescence originelle de la personnalité somato-psychique. Morselli en a fait une « paraphrénie », soit une anomalie de l'évolution cérébrale avec malformation et perversion de la personnalité.

Mais cette déchéance originelle peut n'être pas apparente ou manquer même, semble-t-il, chez certains délirants tardifs ; aussi, l'auteur croit-il bon de faire intervenir comme cause auxiliaire l'épuisement nerveux, dans lequel il voit d'ailleurs un élément de dégénérescence. Anomalies de développement et neurasthénie sont donc les deux facteurs essentiels de la paranoïa, facteurs qui, selon les individus en cause, peuvent se combiner dans des proportions extrêmement variables. La lucidité et la systématisation relèveraient du premier, le désordre représentatif et l'irritation sensorielle auraient pour origine le second. La paranoïa serait ainsi une psychonévrose et occuperait dans la classification une place intermédiaire à l'imbécillité, d'une part, aux névropathies conscientes, de l'autre.

II. — *Sur le délire de possession ;* par le Dr G. Angiolella (n° 1). — Exposé et critique d'une observation de délire sensoriel avec prédominance de préoccupations démonopathiques.

©BIUM

L'auteur y voit un cas des plus heureux pour démontrer le passage de la folie sensorielle à la paranoïa. Elle montre encore, pour lui, que le délire de possession, resté fréquent, est une entité séméiologique pouvant se rencontrer unie à toutes sortes de formes mentales, mais éclatant de préférence chez des sujets atteints de paranoïa ou d'hystérie. Le cas actuel appartient à cette catégorie.

Il s'agit d'une femme de trente-neuf ans, sans antécédents personnels avérés, mais probablement syphilitique et issue d'une mère morte d'hémorragie cérébrale. Mariée à vingt-trois ans à un homme dont elle était depuis longtemps la maîtresse, elle a toujours témoigné d'appétits sexuels désordonnés, de sorte que les absences de son mari, trop fréquemment en prison, lui étaient pénibles, au point de déterminer chez elle, à certaines époques, des convulsions et d'autres phénomènes nerveux, attribués, par les médecins traitants, à une abstinence conjugale trop soutenue. Le besoin de la copulation se montrait si vif qu'elle dut éloigner son fils, âgé de treize ans, dont le contact la surexcitait. Elle alla, par la suite, habiter seule une maison isolée, au bord de la mer. Là, les troubles nerveux s'accentuant, elle eut des hallucinations de la vue et se crut tentée du diable qui, pour la punir de s'être refusée à sa lubricité, se mit à lui ronger l'utérus et le cœur. Elle finit par penser que ces deux organes avaient totalement disparu et qu'il ne lui restait plus que peu de jours à vivre. Des animaux de toute espèce entraient et se mouvaient dans son corps, aussi bien que des démons qui lui criaient : « Tu n'as pas voulu être la femme de l'un de nous, tu mourras ! » Ces maudits, qui, chose singulière pour elle, s'exprimaient avec sa propre langue, lui parlaient en tous lieux, jusque devant l'autel durant la communion, et même dans le train la conduisant à l'asile.

III. — *L'aortite chronique chez les aliénés;* par le Dr F. del Greco (n° 1). — L'auteur a fait porter ses recherches sur 100 malades de formes diverses, parmi lesquels 32 paralytiques ; il a relevé 38 cas d'athérome ou d'aortite déformante : les lésions siégeaient tantôt sur la crosse, tantôt sur la portion ascendante. Onze fois seulement il a rencontré des cardiopathies concomitantes, mais, toujours, des altérations vasculaires diffuses, dans le cerveau, les reins, le cœur, etc. Outre les 38 individus précités, 8 autres, — des paralytiques morts dans le marasme, — étaient affligés d'aortite déformante. De sorte que, chez tous, le processus aortique se trouvait accom-

©BIUM

pagné de profondes modifications morbides, complexus dégénératif digne d'être considéré comme le germe des maladies intercurrentes ayant occasionné la mort. Des faits observés, découlerait cette certitude que l'athéromasie et l'artério-sclérose — constamment associées l'une à l'autre — proviennent de conditions d'ordre général pernicieuses pour les vaisseaux et la nutrition organique tout entière. Rencontrée chez beaucoup d'aliénés encore jeunes, concurremment avec d'autres altérations diffuses, l'athérome témoignerait de l'existence, dans les organes et les tissus, d'un procès dégénératif analogue à celui que détermine la vieillesse ; la diminution de la vitalité cellulaire pourrait être une des conditions génératrices de la maladie. D'autre part, l'aortite déformante et la néphrite interstitielle des paralytiques ou des autres marasmateux précoces font penser à l'action d'un facteur diathésique, et aussi, comme plus haut, à l'amoindrissement de l'activité cellulaire. Cette hypodynamie résulterait de facteurs chimiques (toxines, diathèses) et mécaniques (réflexes vaso-moteurs, hypertension vasculaire), peut-être encore de mauvaises conditions générales ou même de l'hérédité. Désordres vasculaires et troubles mentaux constituent les signes d'une même déchéance psychophysique ; signes également graves, quoique distincts, et à réaction réciproque.

IV. — *Origine des caractères différentiels entre l'homme et la femme;* par S. Venturi (n° 1). — L'opinion généralement admise fait de la femme un homme attardé dans son évolution. L'auteur se sépare sur ce point de Lombroso et de Ferrero : pour lui, l'homme et la femme furent à l'origine des temps des animaux d'*espèces différentes*, quoique très voisines : l'un et l'autre étaient alors neutres ; ils devinrent plus tard hermaphrodites, comme le sont encore aujourd'hui les hirudinées et les gastéropodes. De même que ces êtres bissexués, chacun d'eux procréait sans nul besoin de fécondation étrangère ; mais, ainsi que l'on peut voir les sangsues et les limaçons s'accoupler entre individus de même famille, un moment vint où deux représentants des types *andrique* et *gynien* se rapprochèrent en vue de la reproduction : premier pas vers l'instauration de l'humanité actuelle. Par la fusion des deux espèces, par la mise en oubli tous les jours plus accentuée de l'autofécondation, il advint que le développement sexuel tendit progressivement à se faire dans le sens unilatéral pour chaque individu : l'hermaphrodisme n'est, de nos jours, qu'un accident de reviviscence organique.

©BIUM

V. — *Association des maladies du cœur et des névroses ;* par le Dr R. Fronda (n° 1). — En février 1896, Huchard publiait dans le *Journal de Médecine et de Chirurgie* un travail portant le même titre et basé sur trois observations assez caractéristiques pour qu'il pût en tirer cette conclusion : un cardiaque présentant des syncopes, des palpitations violentes, une polypnée intense, des phénomènes d'angine spontanée sans coronarite, doit être, *a priori*, considéré comme entaché d'hystéricisme ; il ne faut donc émettre un pronostic qu'après un examen minutieux à ce point de vue ; une erreur de diagnose, difficile sinon impossible à vérifier pour l'entourage, est plus facilement pardonnée qu'une faute de prévision que tout le monde est en situation de contrôler.

Le docteur Fronda rapporte une observation nouvelle, à l'appui de la thèse soutenue par Huchard. Elle a trait à une hystéro-neurasthénique de quarante-deux ans, qui, sous l'influence de chagrins, est tombée, par deux fois déjà, dans un état dépressif avec substratum hypocondriaque ; depuis, son caractère est peu ouvert, tout l'impressionne, la choque ou l'attriste. Mariée à vingt-sept ans, elle éprouva, aux premières approches conjugales, un accès d'angor très violent qui, durant un mois, se reproduisit à chaque tentative nouvelle. Le cœur paraissait alors sain et des calmants suffirent pour juger les troubles considérés par le médecin comme purement nerveux. Les accès se renouvelèrent de temps à autre, mais avec beaucoup moins de fréquence, une quinzaine d'années ; la malade avait eu six couches heureuses dans l'intervalle. Lors d'une crise revêtant des caractères insolites, l'auteur appelé, constata, simultanément avec une aggravation de la dépression mentale habituelle, un dédoublement du second bruit à la pointe, un léger frémissement diastolique, de la déviation à gauche et une accentuation du deuxième bruit pulmonaire. Il crut pouvoir porter le diagnostic de sténose mitrale ; la lésion était compensée. Aucune médication active n'a, durant un an, donné de résultats appréciables : seuls, l'air des champs, le repos, une diète convenable, quelques prises de fer et de quinquina ramenèrent un bien-être relatif tant au moral qu'au physique ; malheureusement, survint une attaque de grippe à forme pulmonaire grave qui remit tout en question ; la malade est donc redevenue mélancolique, presque anxieuse, des crises d'angine éclatent çà et là, s'accompagnant comme autrefois d'insomnie, de dyspepsie, de syncopes, de douleurs névralgiques diverses ; quant à la

©BIUM

lésion cardiaque, elle n'a aucunement varié, malgré le temps et toutes les circonstances favorables à son évolution.

VI. — *De la guérison des altérations dans les cellules nerveuses cérébrales ;* par le Dr U. Alessi (n° 1). — Les expériences ont porté sur trois séries de lapins, chaque série comprenant trois individus. A chacun, — selon la série, — il a été injecté par la veine auriculaire 1, 2 ou 3 centimètres cubes de produits du *Pyogenes aureus* ; quarante-huit heures après, trépanation et prélèvement d'une parcelle cérébrale ; sacrifice dix jours plus tard ; examen microscopique dans l'un et l'autre cas.

Série A. — *Premier examen.* — Les protoplasmas de quelques cellules pyramidales seulement sont faiblement troublés et légèrement granuleux. Rien autre.

Deuxième examen. — Cellules totalement saines.

Série B. — *Premier examen.* — Les cellules pyramidales grandes ou petites sont, pour la plupart, en état de gonflement trouble ; plusieurs autres présentent un protoplasma granuleux par zone ; quelques noyaux sont également granuleux.

Deuxième examen. — Parmi les petites cellules pyramidales s'observent des amas informes de granulations avec quelques globules ronds, granuleux au centre. La section de ces amas révèle, çà et là, un reste de noyau entouré de zones en voie de dégénération granulo-pigmentaire. Dans la couche des grandes cellules, ces lésions se montrent beaucoup plus nombreuses, chaque section mettant en lumière cinq ou six cellules détruites ou en voie de destruction, tantôt groupées par deux et par trois, tantôt isolées. Là, l'infiltration lymphoïde se manifeste nettement ; on trouve aussi quelques petits vaisseaux contenant des leucocytes. En général, les vaisseaux et la fibre nerveuse sont sains.

Série C. — *Premier examen.* — Parmi les grandes et petites cellules, presque toutes en passe de gonflement trouble, se voient des espaces plus ou moins étendus formés de cellules granuleuses en voie de vacuolisation, privées de fins prolongements ou bien présentant des ruptures ou des ectasies de ceux-ci. Dans la couche des cellules polymorphes les lésions se bornent à un gonflement trouble généralisé ; quelques protoplasmas plus granuleux qu'à l'état normal ; fibres et vaisseaux indemnes.

Deuxième examen. — Beaucoup de grandes et petites cellules pyramidales gonflées et troubles ; beaucoup aussi en voie de vacuolisation. Là où ce dernier élément morbide fait défaut, le protoplasma est déplacé, granuleux, les prolongements sont

©BIUM

variqueux, rompus ou striés. Quelques grandes pyramidales offrent un protoplasma en pleine dégénérescence granulo-pigmentaire, quelques autres sont nécrosées. Dans la couche des cellules polymorphes se rencontrent seulement quelques protoplasmas à vacuoles. A noter encore que l'invasion leucocytique frappe celles des grandes pyramidales en état de vacuolisation avancée. Les petits vaisseaux contiennent des globules rouges et blancs ; quelques-uns sont entourés de leucocytes qui emplissent l'espace péri-vasculaire généralement dilaté.

Il semblerait donc que dans le premier cas seul il y ait eu réfection totale de l'organe ; d'où : une cellule nerveuse, dont le protoplasma présente un gonflement trouble et quelques zones granuleuses, peut se rétablir et reprendre sa fonction ; il n'en est pas de même quand les altérations sont plus avancées.

VII. — *L'appendice vermiforme chez les aliénés et les sains d'esprit ;* par le Dr A. Cristiani, sous-directeur (n° 2-3). — Les recherches ont porté sur cent vingt-quatre aliénés et cent normaux ; elles ont donné lieu aux conclusions suivantes. L'appendice iléo-cæcal est plus long, plus large et plus souvent perméable chez les aliénés. Il se rapproche, par ces caractères, du même organe chez certains animaux (herbivores inférieurs) ; il marque par suite une régression atavique vers de lointains géniteurs. Ces stigmates de régression sont naturellement plus fréquents et plus accentués chez les malades atteints de formes dégénératives. La prédominance et la communauté de ces signes dans l'épilepsie, l'imbécillité, la folie morale, sont une nouvelle preuve anatomique de la théorie lombrosienne qui regarde comme identiques la démence, le mal comitial, la folie morale et la délictuosité native.

VIII. — *Délire systématisé de persécution ;* par le Dr C. Belloni, assistant à la clinique psychiatrique de Pavie (n° 2-3). — Relation très détaillée d'un cas intéressant en ce qu'il a trait à une femme jeune encore, qui perdit complètement ses idées délirantes en même temps que les nombreuses aberrations sensorielles concomitantes, et put donner, ensuite, l'analyse minutieuse des troubles divers ressentis par elle.

Le retour à la normale fut rapide et inopiné : la malade, bien que l'observation n'en dise rien, pouvait bien, à ce titre, se voir suspectée d'hystéricisme ; quelques autres indices, épars ça et là, militeraient en faveur de cette hypothèse.

IX. — *Deux cas d'acromégalie ;* par le professeur G. d'Abundo, de l'Université de Catane (n° 2-3). — Observations

©BIUM

purement cliniques, c'est-à-dire non suivies de nécropsies, les malades n'ayant pas encore succombé au moment de la publication les concernant. Le premier est un garçon de treize ans, que l'affection a, pour ainsi dire, frappé en bloc, tant au moral qu'au physique ; le second, homme d'une trentaine d'années, est normalement intelligent, et atteint seulement dans ses extrémités, le nez et les oreilles. Pour l'un et l'autre cas, l'étiologie reste obscure.

X. — *Les recherches histologiques et bactériologiques en pathologie mentale ;* par le Dr G. Angiolella (n° 2-3). — Condamnant avec une égale rigueur les tenants absolus du microscope qui pensent ramener la pathologie tout entière au champ de leur instrument et les cliniciens obstinés qui veulent que la folie consiste exclusivement dans les manifestations extérieures, l'auteur reste persuadé que l'opinion moyenne, également éloignée de l'une et l'autre exagération, répond seule à la vérité des faits. Pour réfuter l'accusation d'impuissance portée contre les micrographes par leurs adversaires, il passe en revue les résultats acquis jusqu'à ce jour dans le domaine psycho-pathologique et divise, à cet effet, les maladies mentales en six groupes : 1° psychonévroses ; 2° psychoses dégénératives ; 3° psychoses névropathiques ; 4° psychoses toxiques ; 5° psychoses infectieuses ; 6° démence. (La paralysie générale et les quelques autres phrénopathies d'origine organique actuellement connues sont mises à part.) Chacun de ces groupes est examiné successivement sous l'aspect anatomo-pathologique et bactériologique ; chacun d'eux fait l'objet d'un historique des plus documentés ; mais, somme toute, la pauvreté des résultats obtenus dans les recherches entreprises frise partout l'indigence et l'auteur ce croit obligé de faire intervenir comme facteur important, en l'absence de lésions spéciales suffisamment démonstratives, la dégénérescence somato-psychique, « dont il conviendrait de rechercher le substratum organique et histologique congénital, non seulement dans la sphère nerveuse, mais dans l'organisme tout entier » ; la dégénérescence affecte l'organisme entier, en effet, et, d'autre part, la folie est une maladie générale et constitutionnelle.

XI. — *Le traitement de la maladie de Basedow par la galvanisation et l'ingestion de thymus frais ;* par le Dr D. Ventra (n° 2-3). — Relation de deux cas traités l'un par la galvanisation exclusivement, l'autre par des prises régulières de thymus de veau ; pour le premier (homme de trente-cinq ans), l'instru-

©BIUM

mentation a consisté dans une machine Onimus montée à six éléments, au début, à seize, vers la fin de la cure. Les troubles morbides ont cédé dans l'ordre suivant : insomnie, tremblement, angoisse, dyspepsie, amaigrissement, mélancolie suicide, exophtalmie, goitre. Guérison complète en deux mois. La deuxième observation concerne une femme de vingt-quatre ans éprouvant des palpitations, un tremblement et un malaise généraux, en même temps que de l'exophtalmie et de l'hypertrophie thyroïdienne, de la dépression mentale, des douleurs sciatiques intermittentes, etc. Durant trois mois, elle a, par chaque deux jours, absorbé un lobe de thymus frais ; passé ce temps, tous les symptômes sus-énoncés avaient disparu et l'exorbitisme, aussi bien que l'hypertrophie glandulaire, à ce point diminué que la patiente pouvait se considérer comme entièrement guérie, résultat qui, d'ailleurs, ne s'est nullement démenti depuis lors.

XII. — *La manie paralytiforme ;* par le Dr C. Pianetta, sous-directeur de l'asile provincial de Brescia (n° 2-3). — Partisan des idées de Baillarger, l'auteur estime qu'une place devrait être faite dans le cadre nosologique à la manie congestive, qu'il propose d'appeler *paralytiforme* en mémoire des symptômes particuliers qui la distinguent des autres formes exubérantes et la rapprochent au contraire de la paralysie générale, à savoir : l'inégalité pupillaire, les tremblements divers, l'embarras de la parole, le caractère des conceptions mégalo-ploutomaniaques, etc. Il détaille, à l'appui de cette opinion, deux faits cliniques intéressants et remarquables par un cortège de manifestations morbides, fort capables, en effet, d'en imposer à l'observateur. La guérison survint dans les deux cas et, pour l'un d'eux, se maintenait encore après deux ans. Le diagnostic différentiel entre la manie paralytiforme et la périencéphalite vraie s'appuierait sur le caractère démentiel qui distingue celle-ci, et particulièrement sur la terminaison, — fatale ici, heureuse là, — qui serait ainsi la véritable pierre de touche de la situation. Sans vouloir faire œuvre de critique et surtout sans aucune malveillance, peut-être pourrait-on trouver insuffisamment démonstratifs, à ce dernier point de vue, les exemples fournis par M. Pianetta. Ses deux malades, en effet, avaient commis des abus alcooliques ; l'un aurait eu la syphilis et s'était signalé comme fervent zélateur d'Aphrodite ; sorti de l'asile encore surexcité, il est considéré comme parvenu plus tard à une complète guérison ; mais celle-ci s'est-elle maintenue, et combien de temps ? Quant à l'autre, il était

©BIUM

encore normal, suivant des nouvelles reçues de son entourage, deux ans après sa mise en liberté; malheureusement, cet entourage était peut-être mal qualifié pour asseoir un jugement valable et, de plus, les cas ne sont pas absolument rares de rémissions plus longues encore; de sorte que, même en inclinant vers la thèse de M. Pianetta, on n'éprouve pas moins un doute involontaire, préjudiciable à la pleine acceptation de ses vues.

XIII. — *Contribution à l'étude des névrites ascendantes;* note clinique du Dr G. Angiolella (n° 2-3). — Observation d'une femme de quarante-neuf ans, légèrement entachée d'alcoolisme, chloro-anémique dès l'enfance, qui, tombée d'un arbre sur l'épaule droite, se brisa le scapulum sans intéresser les parties charnues. Le bras correspondant ne récupéra plus ni sa force ni son adresse primitives; il alla plutôt s'affaiblissant peu à peu jusqu'à l'impotence quasi complète. A celle-ci succéda bientôt un tremblement involontaire continu, s'exagérant parfois en secousses, plus accentué quand la malade parlait ou s'abstrayait, cessant lorsqu'elle mouvait son bras; il était plus marqué vers la main, légèrement contracturée en flexion et presque insensible. Ceci, cinq années après l'accident initial. Des troubles intellectuels ne tardèrent pas à se manifester, sous forme de mélancolie avec tendance au suicide, qui légitimèrent la séquestration du sujet.

Après discussion serrée des faits sus-énoncés, l'auteur conclut à l'existence d'une névrite parenchymateuse traumatique du plexus brachial, déterminant par progression ascendante l'inflammation légère et la dégénération descendante d'une portion des fibres du cordon antéro-latéral.

XIV. — *Des rapports entre le génie et la folie;* essai par le Dr F. Delgreco (n° 2-3). — Il est encore difficile de se prononcer d'une façon catégorique sur la nature du génie; mais on peut dire avec certitude qu'il est fréquemment l'apanage d'individus anormaux et reçoit des particularités propres à ceux-ci un reflet caractéristique. Il ne constitue pas seulement un phénomène intellectuel, mais résulte encore d'éléments émotionnels, volitifs et nerveux, modifiés à l'occasion par les étapes biologiques de l'organisme : adolescence, maturité, vieillesse; c'est donc une manifestation constitutionnelle, laquelle s'accroît, — s'exacerbe, pourrait-on presque dire, — de toutes les modifications ou *anomalies* également constitutionnelles du sujet. Entre les stigmates dégénératifs et le phénomène « génie », il n'y a pas seulement un rapport de coïncidence,

©BIUM

mais bien de cause à effet; ces stigmates sont jusqu'à un certain point essentiels, indispensables à sa genèse, et, sans vouloir se prononcer sur la nature — morbide ou non — de cette expression psychique, on peut affirmer qu'elle côtoie les frontières de la maladie; c'est un produit de ce domaine extrêmement tourmenté où la psychopathie a planté ses premiers jalons.

XV. — *Relations entre les démences consécutives et les psychopathies initiales*; par le Dr B. Canger (n° 2-3). — Après avoir passé en revue un certain nombre d'affections mentales, l'écrivain aboutit aux conclusions ci-après : la démence consécutive aux psychonévroses et aux formes tant sensorielles que paranoïques conserve l'empreinte de l'affection primitive, mais dans les périodes seulement où se maintient notable encore l'activité psychique et aussi, « quand la forme initiale n'offrait pas les symptômes d'un développement symptomatique ultérieur (paranoïa secondaire). » Toutes les démences consécutives ne parcourent pas les mêmes phases, de l'affaiblissement léger à la stupidité de Morel; elles affectent des variétés nombreuses et des degrés multiples, en rapport avec la résistance qu'oppose chaque malade aux agents destructeurs de l'activité psychique. Il convient d'admettre une prédisposition à la démence consécutive, certains sujets en parcourant brusquement tous les stades alors que d'autres restent à peine diminués. Les déments inoffensifs et tranquilles se rencontrent surtout parmi les anciens mélancoliques ou ceux actuellement parvenus au terme de la déchéance mentale. De cette dernière catégorie il faut pourtant exclure les épileptiques et les fous moraux, toujours et à toute période, susceptibles d'impulsions dangereuses.

XVI. — *Recherches bactériologiques dans l'urine et le sang des paralytiques généraux*; par le Dr A. Grimaldi (n° 2-3). — L'examen a porté sur dix malades sans fièvre ni escarres. Il a été positif quatre fois pour l'urine, une seule fois pour le sang. Le résultat, pour ce dernier cas, différait de l'un à l'autre liquide; celui-ci contenait un streptocoque (pyogenes) celui-là un diplobacille ne fondant pas en gélatine; l'urine a donné de plus : le colibacille, le *staphilococcus aureus* et le *proteus vulgaris*, tantôt isolés, tantôt réunis par deux. Ce travail a pour conclusions : 1° la présence des microorganismes est rare dans le sang des paralytiques et fréquente, au contraire, dans l'urine; 2° il n'y a aucun rapport entre les microbes du sang et ceux de l'urine dans la paralysie générale progressive. Dr Nicoulau.

©BIUM

JOURNAUX AMÉRICAINS

State Hospitals Bulletin.

ANNÉE 1896.

Ce recueil, sous le nom avec lequel il se présente, n'a eu que deux années d'existence, en 1896 et 1897. Il est continué par les *Archives of neurology and psycho-pathology*. Créé sous le patronage des asiles de l'Etat de New-York, il était destiné à publier des notes, des faits cliniques, des observations thérapeutiques, des résumés statistiques, le tout émanant du personnel médical de ces asiles, dans le but de fournir des documents à des études ultérieures sur tel ou tel sujet. Quelques-uns des articles réunis dans ces deux années sont un peu développés; mais le plus grand nombre sont très brefs; la plupart ne sont pas susceptibles d'analyse, tout en étant pleins d'intérêt.

I. — *Deux cas de tumeurs cérébrales;* par le Dr J. Nelson Teeter (numéro de janvier). — Dans le premier cas, le malade ne présenta, sauf pendant les derniers jours de la vie, aucun signe de trouble mental; jusque-là il avait eu d'abord de l'anesthésie tactile à la main droite, puis de la paraplégie du bras et plus tard des troubles analogues à la jambe. Lorsque l'hémiplégie fut complète, il devint aphasique. Il avait une tumeur dans le lobe pariétal gauche.

L'autre cas est celui d'un individu affecté d'une tumeur dans le lobe frontal droit, qui n'eut à aucun moment des troubles paralytiques, mais présenta des idées de persécution et se croyait soumis à des influences électriques. Il était sujet à une vive céphalalgie.

II. — *Analyse de cent cinquante-six admissions à l'asile Saint-Laurence;* par le Dr J.-M. Mosher (numéro de janvier). — L'auteur s'arrête surtout à quatorze cas de formes aiguës, manie ou mélancolie. Pour la manie, il préconise le séjour au lit dans une pièce peu éclairée. Il proscrit l'usage des médicaments hypnotiques. Pour les mélancoliques, il recherche de préférence le séjour à la lumière.

III. — *L'embonpoint dans la guérison ou la persistance de la folie;* par le Dr Selden H. Talcot (numéro de janvier). — Cet article contient les résultats de pesées faites chez environ

©BIUM

quinze cents aliénés. L'auteur en conclut que l'augmentation de poids joue un rôle important dans la guérison. Les aliénés qui tournent au chronique peuvent généralement commencer par prendre de l'embonpoint, mais plus tard ils en ont une diminution notable. Quelques-uns de ces derniers cependant restent en bon état.

Comme conséquence, il peut donc être avantageux d'employer dans le traitement les aliments qui donnent de la graisse et facilitent le développement de l'embonpoint.

IV. — *Folie post-fébrile;* par le Dr Chas. W. Pilgrim (numéro de janvier). — C'est surtout après la fièvre typhoïde, la scarlatine et la variole que le Dr Pilgrim a vu la folie naître. Il n'en a pas observé de cas à la suite de la rougeole. Les formes observées ont été variables, maniaques ou mélancoliques; les suites ont été également variables, soit par guérison, soit par incurabilité.

V. — *Pachyméningite hémorragique interne chez les aliénés;* par le Dr J. E. Courtney (numéro de janvier). — On trouve de la pachyméningite interne environ quatre ou cinq fois sur cent autopsies d'aliénés. Elle est en général consécutive et s'observe surtout dans la paralysie générale, l'alcoolisme ou l'atrophie cérébrale. Les foyers hémorragiques varient beaucoup d'aspect, de grosseur et de siège. Les symptômes qui en résultent sont des hémiplégies partielles, souvent transitoires, de la céphalalgie, des mouvements convulsifs.

VI. — *Médication thyroïdienne dans quelques cas de folie;* par le Dr Ales Hrdlicka (numéro de janvier). — L'essai a été fait chez douze malades, quatre hommes paralytiques, douze femmes ayant des formes dépressives de maladie mentale. Une de ces femmes, atteinte de folie puerpérale, a guéri. Quatre se sont améliorées momentanément; l'une d'elles est devenue rapidement plus malade. Les paralytiques n'ont présenté pour ainsi dire aucun changement. La médication a donc été sans effet, et même, à doses un peu fortes, elle a plutôt été nuisible.

VII. — *Influence directe du sang dans la production de la folie;* par le Dr Elbert M. Somers (numéro de janvier). — Cette influence est indéniable; toujours, dans la folie, on trouve une diminution des globules rouges, une augmentation des leucocytes, une diminution d'hémoglobine.

VIII. — *Médication thyroïdienne;* par le Dr Warren L. Babcock (numéros de janvier et d'avril). — Douze observations; trois guérisons; améliorations plus ou moins marquées dans

©BIUM

les autres cas. Les malades présentaient surtout des formes dépressives, états mélancoliques avec hallucinations; idées délirantes diverses. Les doses d'extrait thyroïde employées étaient faibles. L'auteur estime que le médicament agit en stimulant la nutrition, et le considère comme utile.

IX. — *Analyse de quarante cas de folie consécutive à la grippe;* par le Dr Richard H. Hutchings (numéro de janvier). — On y rencontre surtout des états de dépression, des formes mélancoliques. La moitié environ des malades ont guéri.

X. — *Folie morale;* par le Dr Warren L. Babcock (numéro de janvier). — Femme de trente et un ans ayant des tendances désordonnées et des impulsions criminelles, souvent préméditées, à l'homicide, au suicide, au vol, à l'incendie. Quand ses actes étaient découverts, tantôt elle en exprimait du regret, tantôt cherchait à les nier. Ces tendances revenaient par accès de plus en plus fréquents et de plus en plus longs depuis la première jeunesse. Pas de manifestations délirantes, hérédité incertaine. La malade s'était détraquée jeune à la suite d'une scarlatine.

XI. — *Le soin de la bouche chez les déments;* par le Dr Louis W. Dodson (numéro de janvier). — Pour nettoyer les dents chez les malades déments, l'auteur se sert d'une mixture très composée, où l'on trouve: acide benzoïque, acide borique, borate de soude, thymol, eucalyptol, huile de menthe, glycérine, alcool, etc. Les infirmiers, le doigt garni d'un tampon de coton imbibé de cette mixture, nettoient rapidement les dents des malades, qui s'y prêtent volontiers. Pour ceux qui mordraient, on se sert d'une petite éponge fixée sur un manche.

XII. — *La moelle des os dans le traitement de l'anémie.* — Trois mémoires, dont deux par le Dr Caroline J. Pease (numéros de janvier et d'avril), l'autre par les Drs Chas. A. Langdon, M. Thomas, E. Bamford (numéro d'avril). — Les expérimentateurs ont employé une sorte de macération d'os à moelle finement broyés dans la glycérine. Le produit ainsi obtenu leur a donné d'assez bons résultats; quelques-uns des malades mis en traitement en ont même paru tirer quelque bénéfice au point de vue mental. Ce moyen pourrait servir là où d'autres agents thérapeutiques ont échoué contre l'anémie.

XIII. — *Note sur le sulfonal comme calmant;* par le Dr Arthur William Hurd (numéro d'avril). — Le médicament est donné le matin, de bonne heure, dans une boisson chaude, à la dose de 1 à 2 grammes. Il ne conduit pas à la guérison,

©BIUM

mais il calme très sensiblement des malades agités, sans que le bien-être de la journée empêche le sommeil de la nuit.

XIV. — *Quelques cas intéressants de gynécologie en rapport avec la folie;* par le Dr Helene Kuhlmann (numéro d'avril). — Les maladies des organes pelviens ont certainement de l'influence sur la production de la folie chez la femme, chez qui cette folie survient aux époques critiques, puberté, puerpéralité, ménopause.

Sur 752 femmes, l'auteur a trouvé que 12 fois la folie était survenue à la puberté et 48 fois dans l'état puerpéral.

Dans la puerpéralité, la maladie mentale peut être due à l'infection, mais le plus souvent elle est due à d'autres causes, notamment à l'hérédité.

Les lésions utérines, notamment l'endométrite, peuvent agir sur la marche de la folie ; mais d'ordinaire elles ne la causent pas. Si on les traite, et qu'on les guérisse, la maladie mentale peut en éprouver de l'amélioration.

Les altérations des ovaires n'ont également que peu d'influence sur la production de la folie.

XV. — *Traumatisme et insolation comme causes de folie;* par le Dr Henry P. Frost (numéro d'avril). — Ces accidents peuvent déterminer la folie chez des individus qui n'y sont nullement prédisposés par l'hérédité, ni par des habitudes d'intempérance. Cependant, chez les héréditaires, il suffit d'un léger traumatisme pour amener la folie.

Les individus devenus aliénés dans les conditions dont ils s'agit s'adonnent aisément aux boissons alcooliques et à d'autres habitudes irrégulières.

Ils guérissent rarement de leur folie.

XVI. — *La phtisie chez les aliénés;* par le Dr George Allen (numéro d'avril). — Bon nombre d'auteurs ont écrit que la phtisie est plus commune dans les asiles d'aliénés que dans la population ordinaire, et que la mortalité qui en résultait s'élevait parfois à plus de 25 p. 100 de la population.

Actuellement, dans les asiles de l'Etat de New-York, la proportion est bien différente ; elle n'est guère que de 10 à 12 p. 100. Dans l'asile de Middletown en particulier, elle est encore moindre, et dans les vingt dernières années elle a été d'environ 4 p. 100.

Cet asile est fort bien situé, au point de vue hygiénique; mais en outre on y prend deux mesures qui, au dire du Dr Allen, contribuent puissamment à diminuer la mortalité par

©BIUM

phtisie. Les phtisiques d'abord sont isolés des autres malades ; puis on a soin de repeindre souvent les salles de l'asile ; on a ainsi une propreté qui constitue une prophylaxie excellente.

XVII. — *Un bon remède contre la constipation chez les aliénés;* par le Dr Walter H. Kidder (numéro d'avril). — Le remède, c'est le fiel de bœuf, administré en lavement. Dans les grandes boucheries de Chicago on doit le trouver aisément ; mais ailleurs il ne peut guère être d'un usage courant.

XVIII. — *Auto-intoxication et folie;* par le Dr W.-C. Gibson (numéro d'avril). — Après avoir rappelé les travaux produits sur le sujet dont il s'agit, le Dr Gibson parle de l'emploi des injections salines comme moyen de traitement ; il l'a employé une fois, chez une jeune fille de dix-huit ans, atteinte de mélancolie avec stupeur. Tout d'abord la malade parut s'améliorer. On la crut même guérie, on cessa les injections ; mais bientôt il y eut rechute, et il survint de l'hébétude avec tendance à la démence.

XIX. — *But et organisation de l'Institut pathologique des asiles de l'Etat de New-York;* par le Dr Ira T. van Gieson (numéros d'avril et d'octobre). — Cet Institut, de création récente, est destiné à donner, dans l'État de New-York, un grand essor aux travaux de neurologie et de psychiatrie. — Dans un discours où il indique l'objet de cette création, l'auteur donne carrière à de longs développements sur les causes des maladies nerveuses, en particulier les intoxications.

XX. — *Assistance publique des aliénés dans l'Etat de New-York;* par le Dr Carlos F. Mac Donald (numéro de juillet). — Exposé de la situation de cette assistance et de ce qui a été accompli dans les dernières années pour l'organiser convenablement, tout en ménageant autant que possible les charges de l'Etat. Cet article, très important, n'est guère susceptible d'analyse.

XXI. — *Les stigmates de la dégénérescence;* par le Dr Frederick Peterson (numéro de juillet). — Etude d'ensemble sur ces stigmates, qui peuvent être organiques ou fonctionnels. Ils sont dus généralement à l'hérédité. L'auteur les classe en trois groupes :

A. Stigmates anatomiques, difformités ou anomalies des organes.

B. Stigmates physiologiques, troubles du mouvement, de la sensibilité ou de la fonction des organes.

©BIUM

C. Stigmates psychiques : folie, idiotie, imbécillité, faiblesse d'esprit, excentricité, perversion morale.

Chacun de ces groupes est examiné en détail.

XXII. — *L'électricité statique dans le traitement de la folie;* par le Dr P.-M. Wise (numéro de juillet). — Elle n'a que des applications restreintes et ne peut guère servir que contre des troubles des fonctions nerveuses ; mais alors elle peut contribuer à hâter une guérison.

XXIII. — *Prophylaxie de la folie puerpérale;* par le Dr F.-W.-A. Fabricius (numéro de juillet). — Etant donné que le plus souvent cette folie est d'origine toxique, l'auteur insiste sur la nécessité d'empêcher l'infection de l'organisme, en veillant à la grande propreté du corps autant qu'au bon fonctionnement des organes pendant tout le temps de la puerpéralité.

XXIV. — *Familles d'aliénés ayant des tendances au crime;* par le Dr E.-H. Howard (numéro de juillet). — Très courtes notes sur onze groupes comprenant frères et sœurs, maris et femmes, parents et enfants, qui ont été internés dans les asiles de l'État de New-York après divers attentats criminels.

XXV. — *Soulagement de la compression cérébrale dans la paralysie générale, le tabes dorsalis et autres maladies, par la ponction lombaire;* par le Dr Warren L. Babcock (numéro de juillet). — Il s'agit d'une paracentèse opérée dans les méninges de la région lombaire de la moelle pour diminuer la quantité du liquide rachidien. Le malade étant couché sur le côté droit, l'opérateur enfonce l'aiguille à ponction, dûment aseptisée, dans les intervalles des premières lombaires. Cela se fait quelquefois rapidement, mais parfois aussi il a fallu un long temps, deux heures, avant d'arriver à la cavité spinale.

Les résultats obtenus ont été les suivants :

Il y a eu soulagement temporaire dans plus de 50 p. 100 des cas de paralysie générale.

L'amélioration porte surtout sur l'incoordination motrice, ataxie, tremblements, etc.

L'analyse du liquide évacué y montre des produits inflammatoires, notamment de l'albumine.

L'opération donne également de bons résultats dans l'ataxie locomotrice, l'épilepsie, les maladies cérébrales organiques.

Elle peut aider au diagnostic des lésions méningées.

Ordinairement le liquide s'accumule de nouveau au bout de

©BIUM

deux à trois semaines et il peut y avoir lieu d'en recommencer l'évacuation.

XXVI. — *Symptômes mentaux dans l'artério-sclérose ;* par le Dr Richard H. Hutchings (numéro de juillet). — Les poussées inflammatoires d'artério-sclérose peuvent donner lieu à des accès de manie rémittente plus ou moins violente, dont la cessation ne constitue qu'une guérison relative. Aussi, avant de se prononcer sur l'avenir d'un individu qui a été atteint de manie, faut-il examiner avec soin l'état de ses artères.

XXVII. — *Epilepsie traumatique; apparition tardive des convulsions ;* par le Dr Edwin A. Bowerman (numéro de juillet). — A l'âge de quatorze ans, un jeune homme reçut derrière l'oreille droite un coup violent. Il perdit connaissance et ne revint à lui qu'au bout de quarante-huit heures. Quatre ans après apparurent les premières convulsions épileptiques, que rien ne put faire disparaître. L'individu mourut dix-sept ans plus tard, dans un état de mal convulsif. — A l'autopsie, on trouva une dépression du crâne à l'endroit où le coup avait porté ; le cerveau était déprimé au même point, et il y avait de l'épaississement des méninges.

XXVIII. — *Traitement des aliénés violents ;* par le Dr Robert G. Wallace (numéro de juillet). — Exposé des règles de traitement à suivre à l'égard des maniaques très agités. — Après avoir indiqué les pratiques qui accompagnent l'arrivée d'un nouveau malade à l'asile, l'examen que l'on doit faire de sa personne et les notes à prendre à son sujet, le Dr Wallace passe en revue les divers moyens à mettre en œuvre.

On doit tenir le malade au lit plutôt que de le laisser se démener en liberté. — Si l'alimentation ne se fait pas aisément, il faut sans tarder la pratiquer artificiellement. Les bains chauds prolongés, l'usage du drap mouillé rendent de grands services. — La matière médicale proprement dite est riche ; mais il faut compter avec des indications diverses non moins qu'avec le refus opposé par le malade à l'ingestion de tout médicament ; le Dr Wallace dit avoir tiré grand profit du sulfate d'hyosciamine ; la plupart des calmants sont bons, les stimulants sont quelquefois utiles ; de même pour les contre-irritants.

Dans la convalescence il faut cesser à peu près toute médication, sauf celle qui doit donner du sommeil.

Quand la manie passe à l'état chronique, il faut le plus possible occuper les malades et leur faire passer la vie au grand air ; les distractions peuvent aussi leur être utiles.

©BIUM

XXIX. — *L'épilepsie et son traitement;* par le Dr Percy Bryant (numéro d'octobre). — Partant de cette donnée que, dans bien des cas, les convulsions épileptiques sont occasionnées par une intoxication d'origine intestinale, que même elles peuvent avoir leur cause première dans cette intoxication, le Dr Bryant dit qu'il faut surveiller l'état du tube digestif chez les épileptiques, y empêcher les accumulations de matières infectieuses, les nourrir modérément et les soumettre au régime lacté. Il trouve plus d'inconvénients que d'avantages à l'usage prolongé des bromures.

XXX. — *Origine auto-toxique de l'épilepsie;* par le Dr J. Nelson Teeter (numéro d'octobre). — D'après ses recherches, le Dr Teeter estime que la plus ou moins grande quantité d'urée trouvée dans l'urine d'un épileptique n'a que des rapports fort incertains avec les attaques et que, de là, on doit conclure que l'urée ne joue qu'un rôle problématique dans la pathogénie de l'épilepsie.

XXXI. — *L'ophtalmoscope dans l'épilepsie;* par le Dr Frank G. Hyde (numéro d'octobre). — Dans le plus grand nombre des cas, pendant l'intervalle des attaques, on trouve que chez les épileptiques le fond de l'œil est en état d'hyperhémie passive, avec dilatation et tortuosité des veines. — L'afflux du sang dans les artères semble normal.

XXXII. — *Observations sur le traitement de l'épilepsie;* par le Dr Isham G. Harris (numéro d'octobre). — L'auteur a essayé successivement le trional, le bromure de strontium, le cyanhydrate de fer, mais sans grands résultats.

XXXIII. — *Le sulfonal et le trional dans l'épilepsie;* par le Dr Henry P. Frost (numéro d'octobre). — Pas de bons résultats appréciables.

XXXIV. — *Un cas d'épilepsie procursive;* par le Dr Daniel H. Arthur (numéro d'octobre). — Le malade, objet de cette observation, avait du petit mal, et les crises convulsives étaient remplacées chez lui par des impulsions que l'auteur appelle procursives, mais qui étaient plutôt un véritable vagabondage, car elles duraient parfois jusqu'à deux jours, pendant lesquels le malade marchait au hasard devant lui, sans en avoir conscience.

Année 1897.

I. — *Sur l'organisation des études anthropologiques dans l'Institut pathologique des hôpitaux de l'Etat de New-York;*

©BIUM

par le Dr Alois F. Hrdlicka (numéro de janvier). — L'auteur expose les règles qu'il se propose de suivre dans les recherches anthropologiques dont la direction lui a été confiée à l'Institut. Le but principal sera d'étudier spécialement la population de l'État de New-York et les anomalies qui peuvent s'y rencontrer.

II. — *Trois cas de maladies nerveuses rares observées chez des aliénés;* par le Dr Walter M. Brickner (numéro de janvier). — A. Tics convulsifs avec coprolalie et écholalie. — L'individu atteint de cette forme morbide, âgé de cinquante-sept ans, est un halluciné à idées de persécution. Ses tics le prennent subitement et ne durent que quelques instants; ils affectent ou le visage seul, ou toute la tête, ou les membres et quelquefois le corps entier est entraîné avec violence. Pendant la convulsion, tantôt il prononce quelques mots obscènes, tantôt des phrases qui se rapportent à ses idées délirantes habituelles. — Le spasme terminé, le malade tombe dans un état d'inertie et d'indifférence qui lui est ordinaire.

B. Paraplégie sénile simple. — Brève histoire d'un individu, âgé de quatre-vingt-six ans, qui avait une paraplégie presque complète, sans altérations de la sensibilité. — Comme cet individu était dans un état de démence très avancée, on peut se demander si la paraplégie, au lieu de dépendre de la moelle, n'était pas due simplement à une sorte d'inhibition cérébrale.

C. Paraplégie ataxique. — C'est un cas d'ataxie locomotrice qui ne présente rien d'extraordinaire.

III. — *Folie de deux sœurs;* par le Dr R.-M. Elliott (numéro de janvier). — Ces deux sœurs, âgées l'une de soixante-quinze ans, l'autre de soixante-cinq, vivaient ensemble, et avaient contracté ensemble un délire absolument identique, ayant toutes deux mêmes hallucinations, mêmes idées délirantes, mêmes croyances extravagantes.

IV. — *La pellotine comme sédatif et hypnotique;* par le Dr Richard H. Hutchings (numéro de janvier). — La pellotine est un alcaloïde qui provient de certains cactus, communs au Mexique, et connus sous le nom de pellote. L'auteur l'a essayée chez une centaine de malades, tantôt sous forme d'injections hypodermiques, tantôt donnée par voie stomacale. Les effets en ont été assez satisfaisants.

Son inconvénient principal est de causer du vertige, lorsqu'elle est portée à une dose un peu forte. Mais ce vertige disparaît rapidement lorsque le malade se tient couché.

Le sommeil produit par la pellotine est calme et naturel;

©BIUM

une fois réveillé, le malade ne sent pas de malaise. Il n'éprouve à aucun moment de mal de tête, de nausées.

Donné dans la journée, ce médicament a produit jusqu'à quatre heures de sommeil, jamais plus. Mais administré au commencement de la nuit, il a produit un repos bien plus long.

Il agit efficacement chez certains agités, et alors qu'il ne donne pas de sommeil, il produit un calme satisfaisant.

V. — *Le désœuvrement des jours de fête dans les asiles d'aliénés;* par le Dr E.-H. Williams (numéro de janvier). — L'auteur estime que les fêtes sont plus nuisibles qu'utiles à la plupart des habitants des asiles d'aliénés. Elles ont comme inconvénients de rompre la régularité des habitudes quotidiennes et de priver d'un travail qui est pour eux la principale des distractions ceux des malades qui sont susceptibles d'être utilisés. Il y a, dit le Dr Williams, bien des déments, bien des aliénés chroniques, chez qui le moindre trouble dans les habitudes est une cause de malaise qui vient ajouter aux souffrances causées par les hallucinations ou le délire. — De là vient que la plupart d'entre eux se montrent si rebelles à jouir des amusements, des distractions, des fêtes qu'on organise pour eux.

VI. — *Quelques particularités de l'état physique dans la mélancolie;* par le Dr Selden H. Talcott (numéro de janvier). — Ces particularités concernent certaines altérations de l'état physique, qui, par elles-mêmes, sont susceptibles de contribuer au diagnostic de la mélancolie. Ainsi, il arrive souvent que la respiration y devient moins active ou irrégulière, que des troubles cardiaques se manifestent, que la circulation du sang est moins active, que la digestion devient lente, en même temps que les fonctions intestinales sont difficiles. Enfin, on peut voir diminuer notablement le poids des malades.

Des tableaux donnent le résultat des recherches faites par l'auteur dans l'ordre d'idées dont il s'agit; il paraît en résulter que dans une grosse partie des cas les mélancoliques échappent aux accidents qui viennent d'être énumérés, et qui, par conséquent, n'ont qu'une valeur relative dans la détermination diagnostique de la maladie.

VII. — *Troubles de la parole chez les épileptiques;* par le Dr Charles W. Pilgrim (numéro de janvier). — Le principal trouble de ce genre est une sorte d'écholalie que présentent beaucoup d'épileptiques. Dans les paroles qu'ils prononcent, aussi bien que dans ce qu'ils écrivent, il leur arrive de répéter une ou plusieurs fois des mots, des suites de mots, des phrases

©BIUM

même. Ainsi un malade dit en s'adressant au médecin qui l'a salué : « Bonjour, docteur, docteur, docteur! Bonjour, docteur! » Ou encore, questionné sur sa santé : « Je vais mieux et j'en suis bien aise, grâce à Dieu, Dieu, Dieu! »

Cette écholalie n'est pas constante; le Dr Pilgrim constate que chez certains individus elle précède les crises convulsives et les annonce en quelque sorte. Il en a fait nettement la remarque.

Bon nombre d'épileptiques ont un son de voix traînante et plaintive qu'il est difficile de définir.

Enfin, quelquefois, on observe chez eux de l'embarras et de l'hésitation de la parole.

A quoi sont dus ces troubles divers? Très probablement, d'après le Dr Pilgrim, à l'inhibition des centres de la parole.

VIII. — *Traitement moral de l'épilepsie;* par le Dr William P. Spratling (numéro de janvier). — L'épileptique peut retirer le plus grand profit d'un traitement moral, et nulle part ce traitement, entendu comme il doit l'être, ne peut être aussi bien mis en œuvre que dans le système colonial.

Le caractère de l'épileptique est d'ordinaire irritable, capricieux, fantasque, porté à la violence, quelquefois au désordre. Dans le milieu social ordinaire l'individu se trouve exposé à tous les inconvénients qu'entraîne son infirmité, et souvent son entourage n'a point pour lui les égards qui lui seraient utiles. Les difficultés qu'il éprouve à organiser son existence, à se procurer du travail quand il en aurait besoin, contribuent à l'aigrir et à aggraver son état.

Tous ces inconvénients sont fortement atténués ou même supprimés pour celui qui peut bénéficier de la vie dans une colonie spéciale. Là on s'occupe de lui, on régularise son existence, on s'efforce de corriger ses tendances défectueuses, on l'emploie, on l'occupe, et la fatigue que le travail donne à son système musculaire, ainsi que la régularité qu'on impose à ses habitudes de vie, sont pour lui des agents efficaces d'amélioration et peut-être même de guérison. Le Dr Spratling estime que cet entraînement moral et physique des épileptiques en guérit plus que le meilleur traitement pharmaceutique.

IX. — *Responsabilité légale des épileptiques;* par les Drs W.-J. Furness et B.-R. Kennon (numéro de janvier). — D'une manière générale, les épileptiques doivent être considérés comme responsables des actes commis en dehors de l'influence de leur maladie, et, réciproquement, irresponsables

©BIUM

des actes accomplis pendant les crises, quelle que soit la forme de celles-ci. La maladie, par cela seul qu'elle existe, n'est donc pas en elle-même une cause d'irresponsabilité.

Pour appuyer ces considérations primordiales, les auteurs rapportent cinq observations relatives à des épileptiques internés comme irresponsables :

A. Homme de quarante-quatre ans; un jour, à la suite d'une attaque légère, il fut pris d'excitation maniaque au cours de laquelle il menaça de tuer son fils. Une autre fois, très exalté, il s'adressait aux gens réunis autour de lui, leur disant qu'il était le Messie. D'ailleurs il avait ainsi souvent de l'exaltation, dont il avait quelque conscience, et qui lui donnait un sentiment de satisfaction et de bien-être.

B. Jeune homme de dix-sept ans; il avait des idées de persécution; il était porté à dérober tout ce qui lui tombait sous la main et avait pris ainsi un tas de choses qu'il avait accumulées chez lui sans en faire usage. Un jour il faillit tuer son frère. Il n'avait habituellement pas conscience de ce qu'il faisait.

C. Homme de trente-six ans. Un jour, saisi inopinément de l'idée que sa femme lui était infidèle, il prit ses deux petits enfants et les jeta par la fenêtre. Par bonheur ils ne se firent pas de mal. Devenu subitement très exalté à ce moment, il fut contenu par des voisins qui eurent beaucoup de peine à se rendre maîtres de lui.

Admis dans un asile, il y eut encore des accès de violence et fit souvent des actes inconscients.

D. Jeune homme de vingt ans, ayant des accès d'automatisme ambulatoire qui remplaçaient manifestement les crises convulsives. On put constater que dans ces accès il agissait comme étant tout à fait conscient de ses actes, et que ceux-ci présentaient une assez grande régularité.

Mais quand les accès prenaient fin, il n'avait aucun souvenir de ce qu'il y avait fait.

E. Homme de quarante-six ans, qui, dans ses accès d'excitation, menaçait de tuer sa femme et d'autres membres de sa famille. Au moment de ses attaques convulsives il avait des hallucinations de la vue. Il avait conscience et souvenir de ce qu'il avait fait dans la plupart de ses accès d'excitation.

Tous ces individus étaient assurément irresponsables des actes commis dans des états qui manifestement relevaient de l'épilepsie.

©BIUM

X. — *Le sang dans l'épilepsie;* par le Dr Helene Kuhlmann (numéro de janvier). — Résumé de recherches faites sur soixante femmes épileptiques. Les globules rouges ou blancs étaient le plus ordinairement dans des proportions voisines de la normale. Diminution ordinaire de la quantité d'hémoglobine.

XI. — *Cent autopsies;* par le Dr W. Grant Cooper (numéro de janvier). — Il est impossible de donner un aperçu de cette réunion d'autopsies, que l'auteur a publiées sans aucun commentaire. Elles sont cependant intéressantes, et on les consultera avec fruit pour l'étude des diverses lésions que peuvent présenter les organes autres que le cerveau dans la paralysie générale, la démence simple, la démence épileptique, la manie et la mélancolie aiguë ou chronique, le délire aigu, l'intoxication par l'opium, l'idiotie et l'imbécillité.

Les cas de manie, de mélancolie, de délire aigu ne présentaient pas, du côté du cerveau, de lésions appréciables. Dans plusieurs cas les méninges étaient épaissies ou fortement injectées de sang.

XII. — *De la chirurgie facultative dans les asiles d'aliénés;* par le Dr Warren L. Babcock (numéro d'avril). — L'auteur voudrait que les médecins aliénistes se désintéressent moins qu'ils ne le font des états chirurgicaux dont le traitement serait profitable à leurs malades. Il leur reproche de s'occuper trop exclusivement de l'état mental, en négligeant le reste. Il ne méconnaît pas que les opérations de chirurgie chez des aliénés sont parfois plus hasardeuses que chez d'autres, et il conseille de ne jamais opérer quoi que ce soit sans l'assentiment écrit des parents du malade. Mais néanmoins, il voudrait que les aliénistes fussent en même temps un peu chirurgiens, et il passe en revue une série de maladies où son intervention a été efficace : torticolis ancien, cure radicale de hernies, lésions oculaires, maladies des organes génito-urinaires chez l'homme ou chez la femme, opérations plastiques, etc.

XIII. — *Epilepsie et témoignage d'experts;* par les Drs Ira Van Gieson et Boris Sidis (numéro d'avril). — Les auteurs constatent que dans la plupart des cas les expertises médicales sont imparfaites; ils voudraient qu'il y eût des experts attitrés, mieux préparés que d'autres médecins à déterminer l'aspect médico-légal des affaires qui leur sont confiées; et, en ce qui concerne les aliénés, ils voudraient que leur examen eût lieu dans un asile, où ils seraient soumis à une surveillance utile-

©BIUM

ment investigatrice, plutôt que dans la prison, où ils sont confondus avec d'autres individus et trop soustraits à une observation expérimentée.

Ils passent ensuite à des considérations générales sur l'épilepsie, distinguant trois sortes d'états : l'épilepsie ordinaire, grand mal ou petit mal, sans trouble mental ; l'épilepsie ordinaire avec accès transitoires de folie ; enfin l'épilepsie dite psychique, où le trouble mental remplacerait les accès convulsifs. Mais, à leur avis, rien n'est moins bien démontré que les faits de cette troisième série, et ils vont jusqu'à les regarder comme une conception absurde.

Partant de là, ils insistent sur la nécessité de faire disparaître la soi-disant épilepsie psychique du champ de la médecine légale. Pour justifier leur opinion, ils établissent une distinction entre l'amnésie et l'inconscience. Selon eux, l'amnésie ne prouve rien au point de vue médico-légal ; elle ne signifie point que l'épileptique, au moment où il a accompli un acte criminel qu'ensuite il oubliera, était inconscient au moment où il a agi. Il pouvait être conscient et comprendre que ses actes étaient mauvais. Peu importe qu'ensuite il ne s'en souvienne pas. Du moment où il était conscient, il était responsable.

Assurément nos auteurs n'ont pas étudié de près les faits dont ils parlent ; s'ils les connaissaient mieux, ils ne les interpréteraient pas comme ils le font ; ils auraient tenu compte des cas nombreux où des épileptiques en crise d'impulsion paraissent agir avec pleine connaissance, et même d'après des motifs appréciables, et qui, la crise passée, ne se souviennent de rien.

Toujours est-il que leur opinion, établie d'une manière abstraite, les a amenés à se prononcer pour la culpabilité d'une femme, nommée Barbella, dont l'affaire eut de l'importance, et en faveur de l'irresponsabilité de laquelle on avait invoqué l'épilepsie psychique.

L'étude du cas de cette femme fait l'objet du mémoire suivant, dont l'examen est d'autant plus digne d'intérêt que l'auteur s'est prononcé, au contraire, pour l'irresponsabilité de l'inculpée et que le verdict du jury lui a donné gain de cause.

XIV. — *L'affaire Maria Barbella au point de vue médico-légal ;* par le Dr Alois F. Hrdlicka (numéro d'avril). — Maria Barbella, âgée de vingt-quatre ans, avait été séduite ; dans le principe, elle avait été plutôt prise de force qu'elle ne s'était absolument abandonnée ; mais elle se mit à aimer son séduc-

©BIUM

teur et le sollicita vivement de régulariser leur situation par le mariage.

Pendant deux mois elle renouvela en vain ses sollicitations ; elle avait affaire à un homme dépravé qui la traitait durement, l'accablait d'injures et ne tenait aucun compte de ses prières.

Elle arriva peu à peu à un état de grande tristesse, où elle manifesta des idées de suicide. Un jour, elle se sentit plus fortement la pensée de se détruire, elle partit de chez elle pour réaliser son projet; elle avait pris avec elle un rasoir. Chemin faisant, elle s'arrête, revient chez elle pour faire une nouvelle tentative auprès de son séducteur, avec qui elle trouve sa mère en vive discussion. A un moment donné, cet homme lance des injures encore plus grossières que de coutume. Soudain, Maria Barbella se précipite sur lui et lui coupe la gorge avec le rasoir.

Alors elle passe dans une chambre voisine de celle où le meurtre avait été commis, se lave les mains, sort de chez elle, entre dans un magasin voisin, et c'est là qu'on l'arrête sans qu'elle oppose la moindre résistance. Après son arrestation, elle se montra fort indifférente à sa situation. Pendant qu'on la conduisait à un poste de police, elle demanda des nouvelles de sa victime, et comme on l'interrogeait, elle donna quelques indications sur ce qui s'était passé avant le meurtre ; mais elle ne put rien dire sur cet acte lui-même.

Dans un premier jugement, où son affaire ne fut envisagée qu'au point de vue légal, elle fut condamnée à mort.

Mais sur ces entrefaites on apprend qu'elle était épileptique; lle avait eu d'ailleurs deux crises convulsives dans la prison, depuis qu'on l'avait arrêtée. On considéra alors qu'elle avait commis son meurtre dans des conditions fort inattendues ; on se demanda si elle n'avait pas agi en état d'impulsion morbide, et, sur appel, son affaire fut renvoyée devant le tribunal, qui entendit de nombreux témoins ; huit médecins intervinrent aux débats : les uns se prononcèrent pour la responsabilité en écartant l'idée d'épilepsie, les autres furent d'avis contraire, et c'est l'opinion de ceux-ci qui prévalut.

Le Dr Hrdlicka donne les raisons de cette opinion ; elles méritent d'être prises en considération sérieuse. Résumons-les brièvement.

Maria Barbella provenait d'une famille d'ivrognes et d'épileptiques. Sept de ses frères et sœurs étaient morts entre deux jours et vingt et un mois, plusieurs dans les convulsions. Cinq

©BIUM

autres frères et sœurs vivants, le plus âgé ayant vingt-huit ans, étaient épileptiques. Elle-même avait notoirement de l'épilepsie, et à diverses reprises ses attaques avaient été précédées d'accès d'excitation ou d'impulsions dangereuses, notamment au suicide. Ainsi un jour elle faillit se jeter sans motif par la fenêtre; on l'arrêta à temps; aussitôt après elle eut une attaque. D'après les renseignements recueillis sur son compte, elle avait manifestement des vertiges, des accès de petit mal.

En ce qui concerne les circonstances de son attentat, on nota ce qui suit : au moment où elle se précipita sur son séducteur, elle devint extrêmement pâle, elle poussa un cri ; on lui vit des contorsions dans les muscles du visage. L'instant d'après, elle se montra sur le seuil de sa maison, gesticulant, et on l'a entendue crier : « Vous m'avez pris ma virginité ! » Nous avons déjà dit qu'à partir de ce moment elle se montra fort indifférente, qu'on l'arrêta sans résistance. Enfin, particularité fort importante, elle déclara ensuite qu'elle ne se rappelait pas du tout son acte criminel, se souvenant seulement de ce qui avait précédé et suivi.

C'est sur ces données que le Dr Hrdlicka s'est fondé pour affirmer que Maria Barbella avait agi en état d'impulsion épileptique; et de fait, pour qui connaît les diversités de cette sorte d'état morbide, il était justifié de le faire. On n'est pas en droit de tirer argument contre lui de ce que Maria Barbella a tué un homme contre qui elle pouvait avoir des motifs de vengeance, non plus de ce que dans le temps de son acte elle a paru agir en comprenant ce qu'elle faisait, ni de ce qu'elle a pu répondre aux questions qu'on lui adressait. Tout cela s'est vu dans des conditions analogues. Par contre, il est fort important de considérer la perte de souvenir de l'acte même, et là-dessus il ne semble pas qu'il y ait eu à douter de la sincérité de l'inculpée.

C'est donc avec raison qu'on a admis la réalité de l'impulsion morbide pour acquitter cette femme, et alors même que les médecins qui ont témoigné dans ce sens y auraient poussé trop loin leur interprétation des apparences, mieux valait le faire que de s'exposer à faire condamner indûment une malade.

Dans l'histoire de l'épilepsie impulsive, qu'on a eu le tort d'appeler ici épilepsie psychique, ce mot ne signifiant rien de précis et pouvant donner lieu à des erreurs d'interprétation, le cas de Maria Barbella devra désormais tenir une place intéressante.

©BIUM

Le mémoire que le Dr Hrdlicka lui a consacré contient une étude anthropologique remarquable sur plusieurs membres de la famille de cette femme et sur elle-même. Ce sont évidemment des dégénérés.

XV. — *La mélancolie et son traitement ;* par le Dr C. Spencer Kinney (numéro de juillet). — L'auteur examine d'abord ce qu'il faut entendre par mélancolie, état morbide caractérisé surtout par de la dépression mentale, et de l'affaiblissement physique réel ou imaginaire, et qui d'ordinaire se développe lentement.

C'est sur ce terrain d'affaiblissement et de dépression que naissent les troubles intellectuels et les troubles divers de la sensibilité.

Dans la pratique, il peut y avoir autant de divers traitements qu'il y a d'individus mélancoliques. Mais en principe, il faut s'occuper chez n'importe quel individu de l'état de ses organes, modifier ses troubles nerveux et relever ses forces morales et physiques.

Le Dr Kinney estime qu'on doit bien nourrir ces malades, surveiller l'état du tube digestif. Pour modifier celui-ci, il emploie quelquefois les ingestions d'eau pure, bouillie, prise en notable quantité ; il emploie encore l'huile simple, qui tout en lubréfiant l'intestin, est utile aussi contre l'amaigrissement.

Il préconise le repos pour tout le temps où le malade est faible ; l'exercice ne convient qu'à ceux qui sont réconfortés.

En fait de médicaments, tout a été essayé dans la mélancolie, et il en examine une trentaine qui tous, suivant les cas, ont pu avoir de l'utilité ; il mentionne, entre autres, l'aconitine, l'arsenic, la bellaïdone, la camomille, la ciguë, la digitale, la noix vomique, les iodures, l'acide phosphorique, le soufre.

D'un tableau statistique qui termine son mémoire, il résulte qu'environ 50 p. 100 de ses malades ont guéri, et que les guérisons dans les formes aiguës se sont produites en proportion notable dans les trois premières années depuis le début de la maladie.

XVI. — *Des visites aux aliénés dans les asiles ;* par le Dr R.-M. Elliott (numéro de juillet). — En principe, il faut écarter tous les visiteurs qui ne sont que des curieux. On doit, au contraire, favoriser les visites des parents et des amis, mais en veillant bien à ce que ceux-ci n'apportent aux malades rien qui puisse être nuisible à eux ou à leur entourage, aliments, boissons, couteaux, outils divers. Les visites sont, du reste,

©BIUM

subordonnées à l'état des malades. On ne doit jamais laisser ceux-ci seuls avec leurs visiteurs, qui pourraient en abuser, soit en leur faisant donner des signatures, soit d'autre manière. Le Dr Elliott cite le cas d'un mari qui, étant venu voir sa femme avec qui on l'avait laissé seul, la blessa d'un coup de revolver et se tua lui-même ensuite.

XVII. — *L'insolation. Recherches clinico-chimiques sur sa pathogénie;* par le Dr P.-A. Levene (numéro de juillet). — Ayant eu, en 1896, occasion de traiter de nombreux cas d'insolation, l'auteur les a étudiés au point de vue spécial d'une auto-intoxication possible. Il a examiné les excrétions des malades, les a analysées, et s'en est servi pour diverses expériences sur les animaux. Il assimile l'insolation à une fièvre et conclut que l'élévation de la température dans cet état n'amène pas nécessairement une plus considérable excrétion d'urée, et que les phénomènes d'auto-intoxication qu'on y observe ne sont dus ni à une altération des reins, ni à de l'asphyxie. Peut-être sont-ils dus à un moins bon fonctionnement de la peau, dont les aptitudes éliminatrices sont plus ou moins altérées.

XVIII. — *Valeur thérapeutique de la saignée. Étude expérimentale;* par le Dr Isaac Levene (numéro de juillet). — Depuis quelques années, la saignée semble reprendre un peu de faveur; on l'emploie surtout dans les maladies infectieuses, et les bons résultats obtenus sont interprétés dans ce sens qu'on a ôté du sang une partie importante des toxines qu'il contenait.

Le Dr Levene s'est efforcé de contrôler la valeur théorique de cette opinion. Chez des lièvres, il a inoculé soit des toxines diphtéritiques, soit des cultures de pneumocoques; il a du reste injecté aussi du ricin. Chez un certain nombre des animaux, il a retiré une quantité de sang d'environ 10 à 12 centimètres cubes, qu'il remplaçait immédiatement par une quantité à peu près double d'eau salée, afin de n'avoir point d'accidents dus à la trop grande déplétion du système sanguin. Mais aucun des animaux ainsi opérés n'a survécu plus que ceux qui n'avaient pas été soumis à la saignée. Les résultats expérimentaux ont donc été négatifs.

XIX. — *Notes d'anthropologie criminelle;* par le Dr Henry Lyle Winter (numéro d'octobre). — Ces notes concernent soixante-treize criminels Irlandais ou Américains-Irlandais. Chez tous, le Dr Winter a trouvé des tares se rapportant soit à l'hérédité névropathique, soit à des malformations physiques,

©BIUM

soit à des altérations du sens moral dues à l'éducation, au milieu social. Il en conclut, suivant les vues de Lombroso, que la plupart des individus de même origine qui présentent des tares identiques sont à peu près sûrement voués à la criminalité ou à la folie.

VICTOR PARANT.

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE

L'illusion de fausse reconnaissance. Contribution à l'étude des conditions pathologiques de la reconnaissance des souvenirs; par le Dr E. Bernard-Leroy, 1 vol. in-8°, Paris, F. Alcan, 1898.

Le Dr Leroy a consacré sa thèse inaugurale à un sujet encore peu connu en France, mais depuis longtemps étudié en Angleterre et surtout en Allemagne. Il s'agit de cette singulière illusion qui détermine la conviction profonde qu'un fait vraiment nouveau a été déjà connu antérieurement, qu'une situation dans laquelle on ne s'est jamais trouvé en réalité a été déjà vécue identiquement, dans tous ses détails. En un mot, l'illusion présente, comme l'a dit Kræpelin, tous les caractères d'une reproduction photographique. Les états subjectifs sont reconnus avec la même vivacité que les circonstances extérieures, et l'impression de reconnaissance s'impose comme une certitude.

Ce phénomène a reçu diverses dénominations : Walter Scott, qui l'a connu et décrit un des premiers, l'appelle « un sentiment de préexistence » ; Jensen le désigne du nom de « double perception » ; Huppert préfère « double représentation », etc. Les auteurs plus récents lui appliquent en général le terme de « paramnésie » ou de « fausse mémoire ». Toutes ces expressions prêtent à la critique. Dans un travail sur ce sujet, publié en 1896 (1), j'avais adopté le terme « illusion de déjà vu », n'impliquant aucune théorie et d'une compréhension facile pour tous. On peut objecter que l'expression « déjà vu » ne s'applique rigoureusement qu'à une seule espèce de sensations, celles de la vue, tandis que l'illusion en cause englobe tous les ordres de sensations. C'est sans doute pour ce motif que M. Bernard-Leroy adopte le terme de « fausse reconnaissance ». Mais ce

(1) F.-L. Arnaud. Un cas d'illusion de « déjà vu » ou « fausse mémoire », in *Annal. méd. psych.*, mai 1896.

©BIUM

terme est également critiquable, en ce sens qu'il prête à la confusion. Par exemple, prendre l'un pour l'autre deux individus ayant entre eux une certaine ressemblance constitue bien une « fausse reconnaissance », et cependant cette erreur banale n'a rien de commun avec l'illusion qui nous occupe. Aussi, persisté-je à préférer l'expression de « déjà vu », comme plus simple et immédiatement intelligible.

Cette petite querelle de mots vidée, passons au contenu du travail de M. Bernard-Leroy.

Son grand mérite consiste dans la réunion d'un grand nombre de faits, ce qui permet à l'auteur de donner à son étude tous les caractères d'un véritable travail d'ensemble.

Sur les 87 observations qu'il rapporte, 36 sont reproduites de différents auteurs, et 51 sont inédites. Pour recueillir ses 51 observations, de valeur très inégale, l'auteur a eu recours à un questionnaire composé de 36 questions. Au point de vue descriptif, c'est-à-dire en ce qui concerne les caractères de l'illusion, les faits nouveaux corroborent et complètent sur certains points ce que nous savions par les observations plus anciennes. De sorte que, dès à présent, nous possédons un ensemble de documents suffisants pour donner une idée claire de ce qu'il faut entendre par illusion de « déjà vu » ou de « fausse reconnaissance ». Il n'est plus permis désormais de s'égarer dans des confusions encore trop fréquentes et très nuisibles à l'interprétation d'un phénomène déjà si obscur.

Dans la partie descriptive de ce travail, je signalerai surtout deux chapitres, d'une observation plus personnelle. Ce sont les chapitres consacrés aux « formes spéciales » et aux « phénomènes accessoires ». Parmi les premières, M. Bernard-Leroy cite les cas où l'illusion s'applique soit aux souvenirs réels, soit aux rêves. Ces cas paraissent plus rares que ceux où la « fausse reconnaissance » survient à l'état de veille et à propos d'un état de conscience actuel. Je crois qu'il convient de se montrer réservé dans leur interprétation, les causes d'erreur étant plus nombreuses.

Au nombre des « phénomènes accessoires », l'auteur range ce sentiment de gêne qui accompagne assez souvent l'illusion, et qui peut aller jusqu'à l'angoisse, — le vertige, — le sentiment vague « que la réalité est un rêve », que l'on devient étranger au monde extérieur, que l'on ne reconnaît plus ses propres actes, — enfin, l'impression complète de « dépersonnalisation », lorsque le sujet se sent étranger à toutes ses percep-

©BIUM

tions prises en bloc, etc. Ces divers phénomènes prêtent à des analyses et à des discussions fort intéressantes.

Mais le point de vue descriptif n'est ni le seul ni le plus important, aux yeux du philosophe comme aux yeux du médecin. Reste à savoir si le phénomène est fréquent ou rare; s'il est de l'ordre psychologique ou pathologique; quelles conditions constitutionnelles ou accidentelles en favorisent l'éclosion, etc. A ces diverses questions, si les faits anciens ne donnaient pas des réponses bien satisfaisantes, je ne puis dire que M. Bernard-Leroy apporte la solution souhaitée. Et c'est évidemment la faute de ses correspondants, car trop souvent leurs réponses sont incomplètes. Par exemple, près de la moitié de ses observations inédites sont muettes sur les antécédents héréditaires ou personnels des sujets. Par suite, nous sommes en droit de conserver des doutes quand M. Bernard-Leroy, d'accord en cela avec la plupart des auteurs, assure que cette illusion n'est pas en elle-même de nature pathologique. Et même nous sommes autorisés à pencher vers l'opinion contraire, si nous considérons que, dans les faits anciens comme dans ceux de M. Bernard-Leroy, beaucoup de sujets sont aliénés ou atteints de tares névropathiques. Sur les 51 observations inédites, 35 seulement nous renseignent au point de vue des antécédents névropathiques. Or, sur ces 35 sujets, 18 présentent des tares nerveuses de gravité variable, depuis la distraction habituelle jusqu'aux obsessions et aux phobies les plus caractérisées. Pour les autres, qui affirment ne présenter aucune tare nerveuse, nous n'avons d'autre garantie que leur témoignage personnel, d'autant plus incertain que parmi eux il existe une assez forte proportion de femmes et de tout jeunes gens, âgés de moins de vingt ans. Ces diverses constatations sont plutôt en faveur de la nature pathologique du phénomène. Quant à moi, je ne puis, en présence de ces nouveaux faits, que persister dans l'opinion que j'ai émise dans mon travail de 1896, à savoir, que l'illusion de « déjà vu » ou de « fausse reconnaissance » est compatible avec l'état normal seulement lorsqu'elle est rare, d'une courte durée, et lorsque le sujet la juge erronée après sa disparition. Mais lorsqu'elle est fréquente, prolongée, et que le sujet reste dupe après qu'elle a cessé, elle est évidemment pathologique. Il en est de cette illusion comme de l'hallucination, qui, exceptionnellement, peut se produire dans l'état normal, mais qui le plus souvent est le signe certain d'un état morbide.

©BIUM

Le principal argument sur lequel se fondent les auteurs qui refusent d'admettre la nature pathologique de l'illusion, c'est, disent-ils, sa grande fréquence. Pour certains, *toute personne cultivée doit l'avoir éprouvée*. D'autres, plus modérés, estiment à 50 p. 100 environ le nombre de ceux qui y sont sujets. M. Bernard-Leroy croit pouvoir admettre la proportion d'un tiers. Ces chiffres m'ont toujours étonné beaucoup. J'ai fait aussi mon enquête, j'ai interrogé des médecins, des psychologues de profession, des jeunes gens des deux sexes, assez instruits « pour comprendre la question », j'ai rencontré en tout *deux cas* démonstratifs. Je laisse naturellement de côté les faits assez nombreux où existaient des sensations analogues : vagues réminiscences, sentiment de ressemblance plus ou moins complète, etc. Il me paraît donc vraisemblable, ou bien que les auteurs précédents ont confondu avec l'illusion véritable des cas seulement analogues, ou bien qu'ils ont rencontré des séries exceptionnelles.

Pour les conditions favorables à la production du phénomène, on a généralement indiqué la fatigue, le surmenage intellectuel, la distraction, etc. M. Bernard-Leroy ne croit guère à ces influences, à tort selon moi. Mais il admet avec la plupart des auteurs que l'illusion est beaucoup plus fréquente chez les enfants que chez l'adulte. Ceci me paraît incontestable, au moins en ce qui concerne sa première apparition. On note aussi dans les observations de M. Bernard-Leroy et dans un grand nombre de faits antérieurs la coexistence de l'épilepsie et de cette illusion ; mais on n'est pas fixé sur la nature des rapports qui les unissent.

Il est assez singulier que les auteurs ne se soient pas préoccupés de l'état de la mémoire à propos d'une illusion qualifiée « fausse mémoire ». M. Bernard-Leroy ne croit pas davantage à un rapport entre ces deux termes. Je pense, au contraire, que l'état de la mémoire, ou plutôt *sa forme*, joue un rôle dans la genèse de l'illusion de « fausse reconnaissance ».

L'influence étiologique de l'épilepsie, celle de la fatigue intellectuelle, de la distraction, du jeune âge, me semblent en faveur de cette opinion. En outre, le sujet dont j'ai publié l'histoire avait un affaiblissement incontestable de la mémoire, et, de plus, de l'*amnésie continue*.

Dans un chapitre consacré à l' « interprétation du phénomène », M. Bernard-Leroy passe en revue les diverses théories par lesquelles on a tenté d'expliquer le mécanisme de l'illusion.

©BIUM

Rejetant tout d'abord les théories qui font de ce phénomène un jugement de ressemblance ou d'analogie, ce qui, en réalité, équivaut à le nier, il n'a pas de peine à montrer que les autres sont toutes insuffisantes, et ici l'auteur s'écarte résolument de ceux qui l'ont précédé. Pour la presque unanimité des auteurs, l'illusion de « fausse reconnaissance » suppose la succession très rapide de deux représentations mentales d'un même objet : l'une, faible, prenant les caractères du souvenir ; l'autre, forte, correspondant à l'état de conscience actuel. Les divergences portent sur le mode de succession et sur la nature de ces représentations ou images. Admettant avec M. Bourdon que la « reconnaissance est une sorte de sentiment qui s'associe intimement au phénomène reconnu, plutôt qu'un jugement, qu'une comparaison de deux représentations », M. Bernard-Leroy pense que l'ensemble des impressions qui, d'ordinaire, caractérisent et différencient la reconnaissance vraie, peuvent, comme tout autre *sentiment intellectuel*, apparaître *sans cause logique* et accompagner un état de conscience en réalité nouveau ; malgré sa nouveauté, un état de conscience ainsi accompagné du sentiment qui, régulièrement, est lié à la vraie reconnaissance, doit fatalement être considéré comme déjà éprouvé, et, par suite, donner lieu à l'illusion de « fausse reconnaissance ».

Ce point de vue est très ingénieux, et, théoriquement, il est parfaitement acceptable. Mais il n'échappe pas plus que les autres à certaines objections. D'abord, il repose sur une simple hypothèse, probablement invérifiable, il comporte toute une théorie de la mémoire. Ensuite, à lui seul, il n'explique pas le recul considérable et assez uniforme (ordinairement un an) du fait soi-disant reconnu. Car la reconnaissance légitime présente des degrés dans le temps : un souvenir remontant à un mois est parfaitement distingué d'un autre qui remonte à un an ; pour les souvenirs précis tout au moins, la localisation dans le temps est *donnée immédiatement* avec la reconnaissance. Dans l'illusion du « déjà vu », on devrait donc, suivant l'hypothèse, observer les diverses localisations dans le temps que nous montre la réalité. Et c'est ce que l'on ne voit pas.

Enfin, dans l'hypothèse de l'auteur, on ne s'explique pas cette régularité dans l'apparition de l'illusion que j'ai constatée chez mon sujet, pas plus qu'on ne s'expliquerait sa très grande fréquence.

Il me semble qu'en réalité il y a là moins une explication véritable que la constatation d'un caractère fondamental de l'il-

©BIUM

lusion : on croit reconnaître, non par une opération logique dont les éléments font défaut, mais parce que l'on éprouve les impressions, les sentiments corrélatifs à la reconnaissance vraie. J'ai insisté, dans mon premier travail, sur cette constatation : « Le phénomène est caractérisé par *une très forte impression de souvenir*, qui s'impose comme telle au malade... Le seul élément *primitivement* fixe et énergique dans l'illusion qui nous occupe est donc la *reconnaissance* sans localisation réelle. Or, la reconnaissance est l'élément subjectif par excellence... » Je craindrais que ceci, transformé en explication, ne fît un peu songer à « la vertu dormitive ».

Malgré les réserves que j'ai cru devoir faire, le travail de M. Bernard-Leroy ne m'en semble pas moins très digne d'éloges. La question y est bien posée, finement étudiée dans sa complexité ; les vues personnelles n'y manquent pas ; les nombreux documents rassemblés et la très complète bibliographie qui termine l'ouvrage faciliteront singulièrement la tâche des observateurs futurs. Par l'ensemble de ces qualités, l'ouvrage de M. Bernard-Leroy mérite de fixer et de retenir l'attention de ceux qui s'intéressent à ces délicates questions.

F.-L. ARNAUD.

I. — *Memoria de la Casa de Orates, seccion de hombres, correspondiente al año* 1897 (Rapport sur la « Casa de Orates », service des hommes, relatif à l'année 1897) ; par le Dr Joaquin Castro S. 75 pages in-8°. Santiago de Chile, 1898. — II. *Casa de Orates. Division de mujeres. Informe correspondiente al año* 1897 (La « Casa de Orates ». Service des femmes. Rapport sur l'année 1897) ; par le Dr M. Beca. 58 pages in-8°. Santiago de Chile, 1898.

Ces deux travaux très documentés, établis sous une forme analogue à celle que nous sommes habitués à rencontrer dans les rapports annuels des chefs de services des asiles de France, sont remplis d'observations des plus intéressantes, tant au point de vue clinique qu'au point de vue de l'organisation médicale et administrative des établissements d'aliénés.

Ils montrent toute l'importance qui est attachée dans les Etats du Nouveau Monde aux graves questions de l'assistance des aliénés, la décision dans l'idée, la hardiesse dans l'action

©BIUM

pour la réforme des anciens systèmes, selon les besoins du progrès.

Le Dr Castro nous indique que, de 1852 à 1894, la « Casa de Orates » était un asile-prison, et qu'en l'espace de trois ans elle est devenue un véritable hôpital.

Au cours de 1895, les cent trois petites cellules existantes sont tranformées en vingt grandes salles abondamment pourvues de lumière et d'air et peintes à l'huile. Un chemin de fer Decauville est établi pour assurer le service de l'établissement et activer sa transformation. Un système d'aqueduc infect est remplacé par une canalisation souterraine hygiénique. On organise des ateliers, un service d'électrothérapie, une bibliothèque comprenant des ouvrages et revues du Chili et de l'étranger sur les maladies nerveuses et mentales, à l'usage des médecins et des internes de l'établissement. D'importantes améliorations sont effectuées dans les services de l'observation, de l'hydrothérapie, de la colonie agricole et dans l'organisation du personnel secondaire.

L'année 1896 voit l'édification de grands vestiaires, l'agrandissement du pensionnat des hommes par l'annexion et l'aménagement de constructions voisines, avec salles de lecture, de billard, etc., l'agrandissement de la colonie agricole pour vingt nouveaux malades.

Du côte de la section des femmes, construction de nouveaux dortoirs, établissement de vérandas et de galeries vitrées, transformation des ateliers. Le service clinique s'enrichit d'un laboratoire de microscopie et de photographie, de la création d'une consultation gratuite pour les maladies nerveuses et mentales.

En 1897, inauguration d'une nouvelle buanderie, de nouvelles cuisines spacieuses.

Du côté des femmes, édification d'un quartier nouveau pour cent huit malades tranquilles. Dans la section des hommes et celle des femmes, construction de galeries vitrées pour servir de promenoir et de salon d'été pour les malades. Même transformation à la colonie agricole. Inauguration d'une élégante salle de réunion et de théâtre de 26 mètres de long avec scène et cinq cents places, par un concert musical et littéraire donné par des artistes du conservatoire de musique devant les malades, hommes et femmes réunis, et en présence du Président de la République, des ministres et de nombreuses notabilités du corps diplomatique, du Sénat, de la Chambre des députés. A

©BIUM

la fin de l'année, on commençait la construction d'une vaste salle d'autopsie, avec d'un côté salle mortuaire adjacente, d'un autre côté, un musée d'anatomie pathologique et un laboratoire de microscopie. A la fin de la même année, la bibliothèque, née d'hier, contenait déjà cent vingt-cinq volumes de sciences spéciales, et on y lisait les revues les plus répandues : *Prensa Medica*, les *Archives de neurologie*, les *Annales médico-psychologiques*, *Neurologisches Centralblatt*, *Iconographie de la Salpêtrière*.

Et le Dr Castro termine cette revue triennale par les quelques mots suivants qui sont d'un enseignement admirable : « Il serait trop long d'énumérer les nombreux et variés travaux de moindre importance qui ont été exécutés au manicome; je me bornerai à indiquer *qu'il n'existe aucun service* qui n'ait reçu quelque amélioration de nature à bénéficier aux aliénés et à faire de cet établissement un des meilleurs hôpitaux de la capitale. » Comment résister aussi à citer ces derniers mots qui consacrent la bonne entente, trop rare chez nous, des services administratifs et médicaux : « C'est un acte de justice de constater que toutes ces améliorations n'auraient jamais vu le jour sans l'activité et l'abnégation de l'administrateur don Pedro Montt. »

Le mouvement de la population dans les sections des hommes et des femmes pour l'année 1897, porte en lui-même la démonstration de l'utilité des réformes dont le résumé précède :

	Hommes.	Femmes.
Existant au 1er janvier 1897. .	416	456
Entrées en 1897.	393	276
Total des aliénés traités. . . .	809	732
Sortis guéris.	177	122
Sortis améliorés	51	32
	228	154

Soit, en bloc, la proportion considérable de 24,8 p. 100 de guérisons et améliorations relativement au nombre total des malades traités.

Parmi les principales causes de l'aliénation, nous relevons les proportions suivantes. Chez les hommes : excès alcooliques, 50 p. 100; hérédité, 14 p. 100. Chez les femmes : excès alcoo-

©BIUM

liques, 15 p. 100; hystérie, 4 p. 100; troubles de l'appareil génital, 8 p. 100.

Les principales formes d'aliénation mentale donnent les chiffres suivants. Chez les hommes : délire alcoolique aigu et chronique, 46 p. 100; manie, 5 p. 100; mélancolie, 8 p. 100; paralysie générale, 25 p. 100 seulement. Chez les femmes : délire alcoolique, 10,5 p. 100; manie, 20 p. 100; mélancolie, 20 p. 100; paralysie générale, 2,6 p. 100; hérédité, 26 p. 100.

L'observation la plus intéressante qui se dégage de ce tableau résumé, au point de vue de l'étiologie des maladies mentales au Chili, c'est la *fréquence extrême* du facteur alcoolique et la *rareté relative* des cas de paralysie générale, qui sont d'ailleurs en proportions égales dans les deux sexes.

Un tableau statistique de la folie alcoolique montre que de 1885 à 1897, le chiffre des admissions annuelles de ce chef s'est élevé successivement de 0 à 40 pour les femmes et de 33 à 152 pour les hommes, de sorte que l'on peut affirmer que la progression des maladies mentales est due tout entière à l'alcoolisme. Ce fait explique la proportion considérable des guérisons et améliorations signalées plus haut et qui portent presque toutes sur les formes de délire alcoolique.

La section des hommes comprend une colonie agricole, dans laquelle les malades jouissent d'une liberté presque absolue, et un quartier pour aliénés criminels ou dangereux, dans lequel la surveillance est des plus étroites.

Le service de la consultation gratuite pour les malades pauvres de la cité atteints d'affections nerveuses ou mentales a pris une extension rapide. Il y est donné gratuitement les conseils médicaux, les médicaments et les traitements hydro et électrothérapiques.

Dans le courant de 1897, 559 malades hommes et femmes ont bénéficié de l'établissement de la consultation. Il y a été fait 2.489 applications électriques d'ordres divers.

Il a été pratiqué 120 autopsies suivies d'examens microscopiques des tissus, d'analyse chimique des liquides de l'organisme, etc.

Au point de vue de l'organisation intérieure, le rapport du Dr Beca contient quelques renseignements du plus haut intérêt et qui nous indiquent toute l'importance de l'établissement et le souci scientifique qui a présidé à sa réorganisation.

La section des femmes, comme nous l'avons vu, comprend 500 malades. Elle est divisée en 9 quartiers : 1° pensionnat

©BIUM

(1re et 2e cl.), 40 lits ; quartier n° 2, tranquilles et convalescentes, 30 lits; quartier n° 3, épileptiques, 45 lits; quartier n° 4, agitées, 40 lits ; quartier n° 6, 64 lits, divisés en trois services : admission et observation, triage des tranquilles, infirmerie pour les maladies intercurrentes; quartier n° 7, pour demi-tranquilles, 105 lits ; quartiers nos 8 et 9, pour chroniques, généralement incurables avec 90 et 75 lits. Et l'auteur se plaint de l'insuffisance de ces quartiers, de la classification difficile, et il réclame comme urgente la création de pavillons distincts pour l'infirmerie, les infirmes et les valétudinaires, et les vieilles malades, pour les opérations chirurgicales, et l'établissement d'un emploi de chirurgien.

La mortalité relative au chiffre de la population traitée est de 6 p. 100, dont 25 p. 100 par suite de marasme et 16 p. 100 par tuberculose.

Dans cette section des femmes, le service médical est assuré par 2 médecins ayant chacun une part distincte du service, et 2 internes, dont 1 femme; soit 1 médecin pour 150 malades environ. Même organisation pour le service des hommes, avec 4 internes.

Le personnel secondaire se compose de 9 religieuses et de 32 surveillantes pour le service de jour. Quatre surveillantes assurent le service de nuit depuis le coucher jusqu'au lever des malades. Elles notent les incidents de la nuit sur un carnet spécial, et leurs rondes sont vérifiées à l'aide de contrôleurs automatiques.

La proportion des surveillantes est de 1 p. 16; l'auteur la voudrait de 1 p. 10, qui lui paraît nécessaire.

Trente-cinq à 40 p. 100 des malades sont soumis à un *traitement régulier et actif*, médicamenteux ou autre.

Quatre cents malades, c'est-à-dire 50 p. 100 du total des aliénés traités, ont été occupés dans les différents services de l'asile.

Le service de la cuisine est commun aux hommes et aux femmes. Le régime indiqué dans un tableau est substantiel et varié. Le lunch avec thé et pain beurré me semble particulièrement recommandable.

La paille employée pour le coucher est remplacée partout par des matelas de laine.

Les moyens de contention me paraissent réduits à leur minimum raisonnable. Les auteurs portent toute leur sollicitude sur cette question, et ils donnent un tableau détaillé des

©BIUM

moyens employés et du temps pendant lequel ces moyens ont été employés.

Ces moyens sont au nombre de deux : la camisole de force et la réclusion en cellule. Pour la section des femmes, la camisole de force qui, pendant le premier semestre, avait été appliquée à 93 malades pendant un temps variant d'une à quelques heures, soit pendant 622 heures au total, n'a été appliquée, pendant le deuxième semestre, qu'à 10 malades seulement, pendant un temps variant de dix minutes à une heure.

La réclusion, qui pendant le premier semestre avait été appliquée à 4 malades, à raison de 6 fois pendant un temps de une heure à deux heures et demie, a été appliquée à 15 malades pendant un temps variant de trente minutes à deux heures. L'auteur espère arriver à supprimer *absolument* la camisole et *réduire encore* l'application de la réclusion cellulaire.

Au cours de ses observations, le médecin de la section des hommes, au point de vue de l'étiologie, insiste sur l'influence déplorable que joue l'éducation mauvaise des enfants et les effets néfastes de la civilisation. Il divise le traitement de l'aliénation mentale en quatre chefs : prophylactique, thérapeutique, physique et moral.

L'hydrothérapie est appliquée par lui d'une façon abondante : pour l'année, 15.000 bains et 5.000 douches ont été distribués. L'électrothérapie, sous ses différentes formes, statique, galvanique et faradique, a été appliquée aussi largement, tout en fournissant un appoint utile à l'électro-diagnostic. L'hypnotisme n'a point été négligé. L'auteur termine son rapport par des considérations spéciales sur la question de l'alcoolisme, dont il constate les progrès considérables au Chili, l'urgence d'enfermer les ivrognes et les alcooliques dans des asiles spéciaux, et sur les moyens administratifs, sociaux et médicaux de lutter contre le terrible fléau. R. Charon.

Contributo alla diagnosi e alla cura della artralgie isterica (Contribution au diagnostic et au traitement de l'arthralgie hystérique) ; par le professeur Léonardo Bianchi. Extrait des *Annali di Nevrologia*, 1898.

L'auteur insiste sur la difficulté de ce diagnostic, sur les erreurs et les opérations nuisibles qui en sont résultées, sur la nécessité de faire des recherches en dehors de l'organe malade

©BIUM

et d'examiner la physionomie morale du sujet. Ensuite il rapporte deux cas qu'il a observés.

1° Une jeune fille de dix ans, non réglée, sans accidents hystériques, mais en ayant eu le spectacle, tombe dans un escalier et éprouve une douleur de la hanche que l'on traite comme coxalgie. Changement de caractère : avant la chute, était fantasque et irritable ; après sa chute, tombe en convulsions à la moindre contrariété. Membre inférieur gauche contracturé en varus équin, articulation de la hanche immobile et très sensible. Zone hystérogène à l'ovaire gauche, à la 12e vertèbre dorsale, à la jambe gauche, hyperesthésique, avec, au sommet de l'articulation, un point d'hypoesthésie. Zone d'hypoesthésie à la jambe droite, rétrécissement du champ visuel à gauche et contracture des muscles abdominaux, fait signalé par P. Janet. L'auteur pose le diagnostic d'arthralgie hystérique et affirme une guérison prochaine. La famille mettant en doute ce diagnostic, les phénomènes de coxalgie se poursuivent. Nouvelle suggestion médicale à l'état de veille après laquelle, dans un moment où sa curiosité est surexcitée, la malade se remet à marcher et reprend son caractère normal.

2° Jeune fille sujette, depuis vingt ans, à des accès convulsifs, souffrant de l'épaule gauche depuis deux ans avec léger gonflement, immobilité, contracture en flexion étendue à l'avant-bras, à la main et au bras, est traitée pour arthrite tuberculeuse et placée huit mois dans un appareil inamovible. Convulsions ou accès somnambuliques avec perte du souvenir de ce qu'elle a fait quand elle revient à elle-même ; changement de caractère, devient sournoise, capricieuse, méchante ; grandes préoccupations hypocondriaques. Points hystérogènes du côté malade au bord du trapèze, sur la 7e vertèbre cervicale, sur la clavicule. Hyperalgésie sur la face dorsale de l'avant-bras gauche et les deux ovaires. Hypoesthésie sur le dos de la main gauche et la conjonctive gauche. Rétrécissement du champ visuel de l'œil gauche. Un jour, après électrisation et forte suggestion à l'état de veille, elle commence à exécuter quelques mouvements et se trouve guérie après quelques heures, comme on le lui a promis. Affaiblisssement de la douleur et de l'hyperalgésie, élargissement du champ visuel, retour du caractère primitif. Revue plus tard, la malade a des attaques plus rares, présente toujours des point douloureux disséminés à l'olécrane, à la 4e vertèbre dorsale, à l'angle de l'épaule gauche, et un léger rétrécissement du champ visuel.

©BIUM

L'auteur conclut que : l'arthralgie hystérique sera probable dans les cas où l'on trouve des points douloureux disséminés, des zones d'anesthésie, des rétrécissements du champ visuel, des contractures et l'altération du caractère.

L'aggravation des symptômes ou leur persistance permettra de faire le diagnostic des arthrites pathologiques.

Dr G. Gombault.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— A case of general paralysis of the insane in a child in which a gall stone was found after death (Un cas de paralysie générale des aliénés chez un enfant chez lequel un calcul biliaire fut trouvé après la mort); par les Drs John Thomson et A. Welsh. 7 pages in-12 avec planche. Extrait du *British medical Journal*. Avril 1895.

— Bericht des niederösterr. Landesauchusses über seine Amtswirksamkeit vom 1er juli 1897 bis 30 juin 1898. VI. Gesundheitswesen, Landes-Wohlthätigkeitsanstalten, Militäreinquartierung und Vorspann (Rapport de la diète de la Basse-Autriche sur ses travaux du 1er juillet 1897 au 30 juin 1898. VI. Santé publique, établissements de bienfaisance, etc.); par Léopold Steiner, rapporteur. 42 pages in-8°. Wien, 1898.

— Savants, penseurs et artistes. Biologie et pathologie comparées par Théodore Wechniakoff. Publié par les soins de Raphël Petrucci. 1 vol. in-18 (224 pages) de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*. Paris, Félix Alcan, 1899.

— Du rôle de l'intervention chirurgicale, et en particulier des opérations gynécologiques, dans certaines formes d'aliénation mentale ; par les Drs Lucien Picqué et Febvré. 37 pages in-8°. Extrait des *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*. 29 mars 1899.

— Proceedings of the American Medico-psychological Association at the fifty-fourth annual meeting held in Saint-Louis, May 10-13 1898 (Procès-verbaux de la cinquante-quatrième réunion annuelle de l'Association médico-psychologique Américaine, tenue à Saint-Louis, du 10 au 13 mai 1898). 417 pages in-8°. 1898.

— Les aliénés en Russie; par les Drs Ch. Vallon et A. Marie. 1 vol. in-8° de 392 pages avec planches. Montévrain. Imprimerie typographique de l'École d'Alembert, 1879.

— Contributo alla conoscenza del decorso delle psicosi e della

©BIUM

evoluzione dei deliri in rapporto agli indebolimenti psichici secondari (Contribution à la connaissance de la marche des psychoses et de l'évolution des délires dans leurs rapports avec la démence psychique secondaire); par le Drs S. de Sanctis et B. Vespa. 61 pages in-8°. Extrait de la *Rivista di psicologia, psichiatria e neuropatologia*, mai-juin 1899.

— Génie et folie. Réfutation d'un paradoxe; par A. Regnard. 166 pages in-8°. Paris, Octave Doin, 1899.

— Gedenkschrift ter herinnering aan het 50 yarig Bestaan van het gesticht Meerenberg, intgegeven door de vroeger en tegenwoordig aan het Gesticht verbonden Geneesheeren (Ecrit jubilaire en souvenir du cinquantenaire de la fondation de l'asile de Meerenberg); par les Drs J. van Devender et van Walsem. 178 pages in-8° avec planches. P. Van Rossen, Amtersdam. 1899.

— L'année psychologique, publiée par Alfred Binet, avec la collaboration de H. Beaunis et Th. Ribot. Cinquième année. 1 vol. in-8° de 902 p. avec fig. Paris, Schleicher frères. 1899.

— I vantaggi economici della lavorazione agricola e industriale nei manicomi (Les avantages économiques du travail agricole et industriel dans les manicomes); par le Dr Giuseppe Antonini. 23 pages in-4°. Bergame, 1899.

— Aliénés méconnus et condamnés: par le Drs Geo Villeneuve et E.-P. Chagnon. 11 pages in-8°. Extrait de l'*Union médicale du Canada*. Juin 1899.

— Le rôle social de la puberté; par Antoine Marro, de Turin. 26 pages in-8°. Extrait de la *Revue philosophique*, 1899.

— Contribution à l'étude de quelques manifestations mentales de la syphilis secondaire (Les syphilo-psychoses); par le Dr G. Jacquin. 103 pages in-8°. Thèse de Lyon, 1899,

— Estudio de antropologia criminal espiritualista (Etude d'anthropologie criminelle spiritualiste); par Benito Mariano Andrade. 225 pages in-8°. Madrid, 1899.

— Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1898; par Bourneville, avec la collaboration de Cestan, Chapotin, Katz, Noir (J.), Philippe, Sebilleau et Boyer (J.). Tome XIX. 1 vol. in-8° de 236 pages avec 13 figures dans le texte et 13 planches. Paris, Bureaux du *Progrès médical*, 1899.

— Tics et toux spasmodiques guéris par la gymnastique respiratoire; par le Dr Ph. Tissié. Communication faite à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux. 16 pages in-8°. Bordeaux, 1899.

— Œuvre de patronage et asile pour les aliénés indigents

©BIUM

qui sortent convalescents des asiles de la Seine. Compte rendu moral et financier de l'exercice 1898 ; par le Dr J. Falret. 28 pages in-8°. Paris, 1899.

— Asile de Saint-Alban (Lozère). Rapport pour l'année 1898 ; par le Dr Charon, directeur-médecin. 51 pages in-8°. Mende, 1899.

— Over de krankzinnigengestichten in Nederland (Sur les asiles des aliénés de la Hollande) ; par le Dr A. H. van Andel. 6 pages in-8°. Extrait du catalogue der *Historisch Geneeskundige Tentoonstelling te Arnhem*. Juillet 1899.

— Le nouvel asile des portes ouvertes, « Colonie nationale d'aliénés ». Discours prononcés le 21 mai 1899 à la pose de la première pierre. 18 pages in-8°. Buenos-Aires, 1899.

— Contributo clinico alla doctrina della demenza precoce (Contribution clinique à la doctrine de la démence précoce) ; par les Drs G. Finzi et A. Vedrani. 64 pages in-8°. Extrait de la *Rivista sperimentale di freniatria*, 1899.

— Thirty-ninth annual Report of the medical superintendant of the Matteawan State hospital, for the year ending september 30 1898 (Trente-neuvième rapport annuel du superintendant médical de l'hôpital d'Etat de Matteawan, pour l'année finissant le 30 septembre 1898). 57 pages in-8°.

— Sul sintoma disorientamento (Du symptôme le manque d'orientation) ; par le Dr G. Finzi. 16 pages in-8°. Extrait de la *Rivista di patologia nervosa e mentale*, 1899.

— De l'épilepsie consciente et mnésique et en particulier d'un de ses équivalents psychiques, le suicide impulsif conscient ; par le Dr Maurice Ducosté. 92 pages in-8°. Thèse de Bordeaux, 1899.

— Un caso di isterismo criminale. Perizia psichiatrica (Rapport médico-légal sur un cas d'hystérie criminelle) ; par le Dr Ruggero Tambroni. 20 pages in-8°. Extrait du *Bolletino del manicomio di Ferrara*, 1899.

— Nuovo contributo casuistico alla psicopatologia forense. Note di antropologia criminale (Nouvelles contributions à la casuistique de la médecine légale des aliénés. Notes d'anthropologie criminelle) ; par le Dr G. Sanna Salaris. 120 pages in-8°. Cagliari-Sassori, 1899.

— On anthropological work in Asylums, with a practical scheme for conducting the same in adults (L'œuvre anthropologique dans les asiles, avec un guide pratique pour les recherches chez l'adulte) ; par le Dr Edwin Goodall. 8 pages in-12. Extrait de *The Lancet*, juillet 1899.

— Sulla origine infettiva del delirio acuto (De l'origine infectieuse du délire aigu) ; par le Dr L. Cappelletti. 17 pages in-8°. Ferrara, 1899.

©BIUM

— Dell' azione della fatica sulla struttura delle cellule nervose della corteccia (De l'action de la fatigue sur la structure des cellules nerveuses de l'écorce); par le Dr Guido Guerrini. 4 pages in-8°. Extrait de la *Riforma medica*, 1899.

— Origina strana di un pervertimento sessuale (Origine externe d'une perversion sexuelle); par le Dr Ruggero Tambroni. 8 pages in-8°. Extrait des *Atti dell' Accademia di scienze mediche e naturali di Ferrara*. Ferrara, 1899.

— The seventy-second annual report of James Murray's Royal Asylum, Perth (Soixante-douzième rapport annuel de l'asile royal de James Muray, à Perth). 5 pages in-8°. Perth, 1899.

— Des degrés de la responsabilité; par le Dr Hospital. 32 pages in-8°. Extrait des *Annales médico-psychologiques*, 1899.

— Liberdade profissional em medicina. Conferencia de aberdura do curso de medicina legal na Faculdade de Bahia (La liberté professionnelle en médecine. Discours d'ouverture du cours de médecine légale de la Faculté de Bahia); par le Dr Nina Rodrigues. 50 pages in-18. Extrait de la *Revista medica de Sao Paulo*, 1899.

— De la démence précoce des jeunes gens. Contribution à l'étude de l'hébéphrénie; par le Dr J. Christian. 100 pages in-8°. Paris, Masson et Cie, 1899.

— O regicida Marcellino Bispo (Le régicide Marcellino Bispo); par le Dr Nina Rodrigues. 27 pages in-8°. Extrait de la *Revista Brasileira*, janvier 1899.

— La physiologie, la psychologie et l'étude des langues; par le Dr G. Saint-Paul. 21 pages in-8°. Extrait de la *Revue scientifique*, numéro du 8 juillet 1899.

— Asile de Quatremares. Rapport médical pour l'année 1898; par les Drs Lallemant et Thivet. 26 pages in-4°. Rouen, 1899.

— Proceedings of the American medico-psychological Association at the fifty-fourth annual meeting held in St-Louis, may 10-13 1898 (Comptes rendus de la 54e réunion annuelle de la Société médico-psychologique américaine, tenue à Saint-Louis du 10 au 13 mai 1898). 1 vol. in-8° de 417 pages, cart. à l'anglaise, 1898.

— L'odyssée d'un simulateur; par le Dr A. Cullerre. 22 pages in-8°. s. l. n. d.

---

page 321 sur 528

©BIUM

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Arrêtés de janvier 1900 : MM. les Drs Croustel, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Méen, à Rennes, et Fenayrou, médecin-adjoint de l'asile de Naugeat (Haute-Vienne), sont promus à la classe exceptionnelle de leur grade (4.000 francs), pour prendre rang à dater du 1er janvier 1900;

M. le Dr Alombert-Goget, médecin-adjoint de l'asile de Bassens (Savoie), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Bron (Rhône), poste créé.

— *Arrêtés de février* 1900 : M. le Dr Levet, médecin-adjoint de l'asile de Montdevergues (Vaucluse), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Bassens;

M. le Dr Deswarte, médecin-adjoint de l'asile de Bailleul (Nord), est promu à la 1re classe de son grade (3.000 francs);

M. le Dr Thivet, médecin-adjoint de l'asile de Quatre-Mares (Seine-Inférieure), est nommé médecin en chef de l'asile de Clermont (Oise), en remplacement de M. le Dr Chambard, décédé.

— *Arrêté du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts du* 1er *février* 1900 : Est promu officier de l'Instruction publique, M. le Dr Garnier (François-Joseph-Samuel), directeur-médecin en chef de l'asile d'aliénés de Dijon (Côte-d'Or);

Sont nommés officiers d'Académie, MM. les Drs Charon (René-Gustave), directeur-médecin en chef de l'asile de Saint-Alban (Lozère); Damalix (Frédéric-François-Adrien), chirurgien de la Maison nationale de Charenton (Seine), délégué cantonal; Febvré (Alphonse-Camille), médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard, adjoint au maire de Neuilly-sur-Marne, délégué cantonal; Homéry (César-Auguste-Julien), directeur-médecin en chef de l'asile de Bourges (Cher); Legras (Arthur-Benjamin), premier médecin adjoint à l'infirmerie spéciale du dépôt près la préfecture de police, et Périès (Charles), médecin de l'asile d'aliénés de Montauban (Tarn-et-Garonne).

NÉCROLOGIE

Dr Bouchereau. — Nous avons le douloureux regret d'annoncer la mort de notre excellent collègue et ami Bouche-

©BIUM

reau, décédé le 21 février dernier dans sa soixante-cinquième année.

Bouchereau (Louis-Gustave), naquit à Montrichard (Loir-et-Cher), le 20 juin 1835. Il fit ses études médicales à Paris ; elles furent excellentes. Nommé interne des hôpitaux au concours de 1862, il fut successivement interne de Falret père, de Vulpian et de Charcot, à la Salpêtrière, où il fut le collègue de Bouchard, de Cotard, de Magnan. C'est même de cette époque que date cette longue amitié qui l'unit à ce dernier et qui devait durer jusqu'à sa mort.

Comme interne, il fit, soit seul, soit en collaboration avec M. Magnan, d'intéressantes communications à la Société anatomique et à la Société de biologie. Les questions d'anatomie pathologique attiraient, à cette époque, toute son attention, en même temps que celles relatives à la clinique des maladies nerveuses. Son internat dans le service de Falret père, les leçons de Baillarger qu'il suivait régulièrement, devaient avoir sur la direction de ses études et de sa vie une influence décisive.

Bouchereau ne fit pas ses quatre années d'internat ; vers la fin de 1866, il soutint sa thèse de doctorat, sur les *hémiplégies anciennes* ; et peu de temps après, le 4 février 1867, il était nommé, en même temps que son ami Magnan, médecin répartiteur du bureau d'examen de l'asile Sainte-Anne qui venait d'être inauguré. Par ce bureau d'examen devaient passer tous les aliénés ramassés dans Paris, ou venant des communes du département de la Seine. On voit quelle immense champ d'observation se présentait aux deux jeunes médecins : ils en profitèrent, d'abord pour des travaux d'une grande portée scientifique, ensuite pour un enseignement des maladies mentales qui fut très goûté.

Parmi les travaux que Bouchereau publia, à cette époque, en collaboration avec M. Magnan, il faut citer deux mémoires importants, publiés dans les *Annales médico-psychologiques*, et qui étaient d'une douloureuse actualité. Le premier a pour titre : *Statistique des alcooliques entrés au Bureau d'admission à Sainte-Anne, pendant les mois de mars, avril, mai, juin* 1870 *et les mois correspondants de* 1871 ; ce travail fut lu à l'Académie de médecine, dans la séance du 21 novembre 1871, et publié ensuite dans les *Annales* (numéro de janvier 1872, p. 52). Le second mémoire, qui est intitulé : *Statistique des malades entrés en* 1870 *et en* 1871 *au bureau d'admission des aliénés de la Seine*, a été communiqué à la Société médico-psychologique par Bouchereau et y a soulevé une intéressante discussion (V. *Annales méd. psych.*, 1872, t. VIII, p. 261 et 342).

Pendant le siège de Paris, une ambulance avait été organisée à Sainte-Anne ; elle suivit le corps d'armée qui tenta de s'op-

©BIUM

poser à la marche des Allemands pour investir la capitale par le sud. Bouchereau, qui passa la journée à ramasser les blessés et à les panser, fut blessé vers la fin de la bataille; il eut la jambe gauche traversée par une balle. Notre regretté confrère reçut à cette occasion la croix de la Légion d'honneur.

A la fin de l'année 1879, Bouchereau quitta le bureau d'admission pour prendre à Sainte-Anne le service de la section des femmes en remplacement de Prosper Lucas, qui venait de prendre sa retraite; il conserva ce service jusqu'à sa mort et y laisse le souvenir d'un dévouement sans bornes à ses malades, d'une bonté et d'une bienveillance inaltérables.

Bouchereau fut élu membre titulaire de la Société médico-psychologique, le 27 novembre 1871, à la suite d'un rapport de M. Motet. Il prit une part très active à ses travaux; pendant plusieurs années, il fut chargé du compte rendu des séances, en qualité de secrétaire annuel. Il présida notre Compagnie, en 1891, et on n'a pas oublié les importants discours qu'il prononça à cette occasion et où il se montre à nous tout entier, avec son esprit très ouvert et son cœur généreux.

Lorsque, à la mort de Lunier, en 1885, les fonctions de trésorier de l'Association mutuelle des médecins aliénistes devinrent vacantes, notre distingué confrère, M. Mitivié, qui remplissait celles de secrétaire, fut appelé à le remplacer, on lui donna Bouchereau pour successeur; on ne pouvait mieux choisir. Notre regretté confrère remplit cette tâche délicate, pendant près de quinze ans, à la satisfaction générale. La collection de ses rapports annuels constitue une histoire des plus complètes de notre Association durant ces dernières années du siècle. Mais il étendait plus loin ses devoirs de secrétaire : il faisait une active propagande auprès des jeunes médecins aliénistes pour les engager à *s'associer* à la grande œuvre de bienfaisance de Baillarger, dont on ne compte plus les nombreux et signalés services qu'elle a rendus.

Bouchereau, pour qui l'heure de la retraite allait sonner, se promettait quelques bonnes années d'un repos bien gagné, dans son pays natal, au milieu des souvenirs de son enfance, lorsque, au mois de décembre dernier, il fut atteint d'une maladie qui, en quelques semaines, devait le conduire au tombeau.

Tous ceux qui ont intimement connu cet excellent collègue n'oublieront jamais combien il fut bon, bienveillant, avec quelle chaleur d'âme il parlait de ses amis, de ses maîtres, quelle haute idée il s'était faite de la justice et du devoir; aussi pouvait-on dire de lui qu'il avait de nombreux et fidèles amis, appréciant tous ses belles qualités. On l'a bien vu, le jour de ses obsèques, où une foule recueillie vint rendre un suprême hommage à sa mémoire.

©BIUM

L'inhumation devait avoir lieu à Montrichard; mais une touchante cérémonie eut lieu, le samedi 24 février, à 10 h. 1/2, à l'asile Sainte-Anne. Un catafalque avait été dressé dans le grand parloir des femmes, dans le service même de Bouchereau. Là, devant son cercueil, et en présence d'une nombreuse assistance de confrères et d'amis, du personnel de l'établissement et d'un grand nombre de malades, cinq discours furent prononcés : M. Pelletier, chef du service des aliénés à la Préfecture de la Seine, parla au nom du préfet de la Seine et de l'Administration ; M. Ritti, au nom de la Société médico-psychologique; M. Meuriot, au nom de l'Association mutuelle des médecins aliénistes ; M. Gley, au nom de la Société de biologie ; M. Marcel Briand, au nom des anciens internes de Bouchereau, et M. J. Dagonet, au nom du corps médical de l'asile Sainte-Anne.

Nous reproduisons ci-après les discours de MM. Ritti et Meuriot.

Discours de M. le Dr Ant. Ritti, *au nom de la Société médico-psychologique.*

Au nom de la Société médico-psychologique, j'ai le douloureux honneur d'apporter ici l'expression des profonds regrets que lui cause la perte d'un de ses membres les plus distingués.

Notre Compagnie, qui a le culte de la tradition, ne saurait oublier que Bouchereau rédigea pendant plusieurs années le compte rendu de ses séances avec un zèle et un dévouement rares ; il a été son président en 1891, et, depuis bientôt trente ans qu'il est des nôtres, il n'a pas cessé d'apporter, soit dans nos discussions, soit dans les commissions, l'appui de son jugement sûr et de sa compétence incontestée.

Mais Bouchereau n'a pas que des titres à notre reconnaissance ; il en a aussi — et de très grands — à notre estime, à notre admiration. Sa vie, toute de probité, de droiture, de dévouement, est pour nous tous un exemple digne d'être médité. Jamais il ne transigea avec le haut idéal qu'il s'était fait de l'honneur et du devoir.

Sa bonté et sa bienveillance étaient extrêmes ; il se plaisait à rendre service. Dans nos réunions, dans nos associations, la place qu'il revendiquait était celle où il pouvait être utile, faire le bien ; et il s'acquittait de sa tâche avec un tact, une discrétion, un esprit de justice auxquels tout le monde rend hommage. Aussi l'appelions-nous le bon, l'excellent Bouchereau ; jamais qualificatifs ne furent mieux employés. Il a sans doute rencontré sur sa route l'ingratitude, parfois même l'indifférence,

©BIUM

mais jamais l'hostilité. Et si, à ses derniers moments, selon une croyance populaire, les actes de sa vie se sont rapidement déroulés devant ses yeux, il a pu se dire à juste titre : Je meurs sans laisser d'ennemis.

Si heureusement doué du côté du cœur et du caractère, il ne l'était pas moins au point de vue de l'intelligence. Observateur d'une rare sagacité, il acquit rapidement des connaissances cliniques très étendues en médecine mentale et nerveuse, durant son internat à la Salpêtrière, dans les services de Falret père et de Baillarger, de Charcot et de Vulpian. Ces savants illustres tenaient en haute estime le savoir et le dévouement de leur disciple ; lui, de son côté, conserva toujours pour ses maîtres vénérés les sentiments les plus profonds de respectueuse gratitude. Personne d'entre nous n'a oublié les pages vibrantes d'admiration et de reconnaissance qu'il prononça en des circonstances solennelles : lorsqu'il fut notre interprète sur la tombe de Baillarger; ou qu'il prit la parole, à l'inauguration du buste de ce maître regretté, au nom de tous ses élèves ; ou encore, lorsque, dans le discours qu'il fit en quittant le fauteuil de la présidence de notre Compagnie, il rappela avec une légitime fierté qu'il avait « suivi les services, écouté les leçons et profité des conseils de ces hommes distingués ». Puis, en une phrase où débordait tout son cœur, il poursuivait : « Plusieurs ont laissé des fils que j'ai retrouvés dans cette enceinte et avec qui j'ai été heureux de contracter des liens d'amitié ; aussi, chaque fois que nous avons l'occasion d'applaudir aux succès des fils, nul ne s'y associe avec une émotion plus vive que moi-même ; j'unis dans un même hommage les pères aux fils dans nos applaudissements. »

Bouchereau soutint sa thèse de doctorat, en 1866, sur un sujet peu connu alors, sur les *Hémiplégies anciennes*. Quelques mois après, il était nommé, en même temps que M. Magnan, médecin répartiteur du bureau d'examen de l'asile Sainte-Anne. De cette époque date, non pas l'amitié de nos deux sympathiques collègues — elle remontait déjà à plusieurs années — mais cette collaboration scientifique et médicale qui dura jusqu'à la fin de 1879, où Bouchereau fut appelé à remplacer Prosper Lucas comme médecin en chef de la section des femmes de cet établissement. De cette collaboration naquirent de nombreux et importants travaux, dont les plus connus sont, d'une part, la statistique des alcooliques entrés au bureau d'admission pendant les mois de mars, avril, mai, juin 1870 et les mois correspondants de 1871, et, d'autre part, la statistique des malades entrés dans le même bureau d'admission en 1870 et 1871. Ces deux documents, d'un intérêt scientifique indiscutable, pages douloureuses de l'année terrible, devront être consultés

©BIUM

par les historiens et les sociologues qui y trouveront des preuves en quelque sorte vivantes de l'influence des grandes catastrophes sociales sur la production de la folie.

Pendant cette période de deuil, Bouchereau fit tout son devoir. Le jour où l'armée de Paris, se portant vers le sud, voulut s'opposer à l'investissement de la capitale par l'ennemi, il se rendit, avec l'ambulance de Sainte-Anne, au plus fort de la bataille, à Châtillon, ramassant et réconfortant les blessés, faisant les premiers pansements. Nos troupes, trop peu nombreuses, incapables de résister à la poussée des masses allemandes, durent se replier ; le combat allait cesser, les ambulances continuaient leur œuvre philanthropique, lorsqu'une balle frappa notre regretté collègue et lui traversa la cuisse gauche. Ce projectile n'atteignit heureusement aucun vaisseau ; la blessure guérit, sans qu'il survînt aucune complication. Le gouvernement de la Défense nationale, en récompense de son courage et de son dévouement, décerna à Bouchereau la croix de la Légion d'honneur. C'était là une distinction méritée, et, nous pouvons le dire à sa louange, elle n'excita aucune jalousie parmi ses collègues.

Bouchereau fit toute sa carrière de médecin aliéniste dans cet asile Sainte-Anne ; il comptait plus de trente-trois ans de service au moment de sa mort. Pendant ce long espace de temps — un tiers de siècle — il se montra, du premier jour jusqu'au dernier, médecin zélé et dévoué ; sa bonhomie, parfois un peu brusque — mais de cette brusquerie qui dissimule mal un grand fonds de bienveillance — le servait beaucoup auprès de ses malades, de qui il arrivait sans peine à gagner la confiance, et dont — phénomène plus rare — il savait se faire aimer.

Son nom restera attaché à la première tentative d'un enseignement de la pathologie mentale fait dans cet asile et qu'un ukase du préfet de la Seine, inspiré par une fausse sentimentalité, vint brusquement interrompre. Les leçons de Bouchereau n'ont pas été publiées, et nous devons le regretter. « Ceux qui les ont entendues, dit, en effet, notre savant collègue et ami, M. Motet, savent avec quel soin elles ont été préparées : les sujets choisis ont été : « De l'idiotie liée à certaines lésions « cérébrales » ; « Des actes impulsifs dans les différentes formes « d'aliénation » ; « Expériences physiologiques sur le mode « de production des attaques épileptiques et épileptiformes ». Ces sujets, qui appartiennent aux études d'anatomie pathologique, de physiologie et de médecine légale, dans ce qu'elles ont de plus élevé, disent quelle est la variété des connaissances de notre collègue. » On voit par cette appréciation, empruntée au rapport de mon éminent prédécesseur sur la candidature de Bouchereau au titre de membre résidant de notre Compagnie,

©BIUM

quel prix on attachait à ses travaux, à ses recherches, à son enseignement.

La vie fut douce à notre cher collègue, parce qu'il sut l'embellir par l'amitié. Il nous est impossible de ne pas rappeler encore une fois les liens intimes qui l'unirent à M. Magnan. Amitié de plus de quarante ans, qu'aucun nuage ne vint assombrir ; une de ces amitiés en lesquelles, selon les belles expressions de Michel Montaigne, pensant à Etienne de La Boétie, les âmes « se meslent et se confondent l'une et l'autre d'un meslange si universel, qu'elles effacent et ne retrouvent plus la cousture qui les a joinctes ». Cette « cousture d'amitié si estroite et si joincte », la mort l'a déchirée ; notre vénéré président a senti comme si on lui arrachait une moitié de lui-même, et il pleure celui dont la vie a été la sienne. Puissent les témoignages de notre affectueuse sympathie adoucir l'amertume de cette douloureuse séparation !

Au nom de la Société psychologique dont je suis le fidèle interprète, je viens dire un adieu suprême à notre excellent Bouchereau, qui fut plus que notre collègue, notre ami. Mais lui qui, durant toute sa vie, pensa moins à lui-même qu'aux autres, il m'en voudrait si, en ce jour de deuil, j'oubliais les siens qu'il a tant aimés : la femme dévouée qui entoura ses derniers moments de soins si touchants ; sa sœur qui, pendant de longues années, fut pour lui pleine d'attentions toutes maternelles et qui eut la douleur de ne pouvoir assister à ses derniers moments ; à toutes deux, ainsi qu'à toute la famille, nous adressons l'hommage de nos respectueuses sympathies et de nos sincères condoléances.

Adieu, Bouchereau, adieu, cher ami, adieu.

Discours de M. le D^r MEURIOT, *au nom de l'Association mutuelle des médecins aliénistes.*

MESSIEURS,

Je viens, au nom de l'Association mutuelle des médecins aliénistes de France, dire un dernier adieu à notre excellent collègue Bouchereau, secrétaire général de notre Association déjà depuis de longues années ; il n'a jamais cessé un instant de donner une partie de ses forces au labeur que lui imposaient ses fonctions. Vous vous souvenez tous du dévouement avec lequel Bouchereau s'acquittait dans nos réunions de son devoir de rendre compte de l'état de notre Société, des besoins de nos sociétaires, des infortunes de leurs veuves et de leurs enfants. Nous avons pu apprécier dans maintes circonstances l'esprit de charité et les qualités de cœur de notre collègue. Ses fonctions de secrétaire général de l'Association chargeaient aussi

©BIUM

Bouchereau du soin de venir rendre les derniers devoirs aux collègues que nous perdions; il le faisait toujours avec mesure et se montrait l'excellent confrère qu'il était, sachant rendre justice à tous et faisant valoir le mérite de chacun dans un style honnête, franc, toujours cordial et parfois vibrant.

Notre Société, quelque modeste qu'elle soit encore, n'en remplit pas moins ses devoirs, et combien d'infortunes soulagées, combien de misères ignorées secourues! Bouchereau ne cessait de faire une propagande active auprès de nos jeunes confrères pour les engager à venir à nous, leur montrant combien notre Association était utile à ceux que la maladie atteignait, ainsi qu'aux familles laissées dans la misère par ceux qui étaient mortellement frappés avant l'heure. Bouchereau remplissait une véritable mission en s'occupant de recruter des membres à notre Société; il voulait agir pour sa faible part à l'amélioration du sort de nos confrères en les poussant vers l'Association, qui est une bonne œuvre d'assistance et de prévoyance. Nous perdons beaucoup en perdant Bouchereau; mais nous conserverons intact le souvenir du bien que nous lui avons vu faire et nous chercherons à suivre l'exemple qu'il nous à donné.

Il y a trente-six ans, nous faisions, Bouchereau et moi, partie de la même promotion de l'internat des Hôpitaux de Paris, et nos relations commencées à cette époque se sont toujours continuées sans cesser d'être des plus intimes et des plus cordiales. L'aménité de son caractère, la douceur de ses mœurs, le charme et la sûreté de ses relations, que tous ses amis ont été à même d'apprécier, font qu'aujourd'hui, devant ce cercueil, notre douleur est grande et nos regrets profonds et sincères.

Il ne m'appartient pas de retracer devant vous la belle carrière médicale de notre camarade Bouchereau; vous venez d'entendre l'énumération de ses titres scientifiques, de ses qualités comme chef hospitalier. On vient de vous dire la grande part qu'il a prise dans la fondation de cette école de Sainte-Anne où il établit avec Magnan, pour la première fois dans notre pays, l'enseignement de l'aliénation mentale, et qui aujourd'hui devenue célèbre, même à l'étranger, constitue une véritable pépinière pour les médecins aliénistes français.

Pendant trente-trois ans, attaché à ce même asile, Bouchereau n'a cessé de se consacrer avec le dévouement le plus absolu à ses malades, et si l'on a pu vous dire tout le succès de son enseignement, moi, je ne veux que répéter ici devant vous combien il était bon, charitable, compatissant envers les pauvres aliénés qu'il soignait; c'était le véritable amour qu'il portait à ses malades qui lui a permis de faire tout le bien qu'il leur a fait.

©BIUM

Bouchereau était un ami sûr, un cœur d'or, une âme bienfaisante, et c'est avec la plus sincère douleur que je salue sa dépouille mortelle. Adieu, Bouchereau, ton souvenir restera gravé dans le cœur de ceux qui t'ont aimé et de ceux que tu as aimés.

Dr Ernest Chambard. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr Ernest Chambard, médecin en chef de l'asile de Clermont (Oise), décédé dans cet établissement le 14 janvier 1900, dans sa quarante-neuvième année.

Chambard, né à Paris le 13 août 1851, y fit ses études médicales et fut reçu interne des hôpitaux à la promotion de 1875, le vingt-septième sur quarante-sept. Il fut successivement attaché au service de Moreau (de Tours) et à celui de Luys, à la Salpêtrière; puis il passa à l'hôpital des Enfants-Malades et à l'hôpital Saint-Louis et enfin à l'hôpital Necker. Partout, il laissa le souvenir d'un travailleur infatigable, d'un chercheur patient et sagace. Il se livra avec passion aux études micrographiques, et il acquit en peu de temps des connaissances si étendues en cet ordre de recherches qu'il fut choisi, en 1875, par le professeur Ranvier, du Collège de France, comme répétiteur à l'Ecole pratique des Hautes-Etudes. En 1880, le professeur Ball le fit nommer chef de laboratoire de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de Paris.

Chambard soutint sa thèse de doctorat en 1881; elle était intitulée : *Du somnambulisme en général; nature, relations, signification nosologique et étiologie*, etc. Ce travail fut très goûté et lui valut une médaille d'argent de thèse à la Faculté. La même année, notre regretté confrère devenait secrétaire de la rédaction de l'*Encéphale*, journal des maladies mentales et nerveuses que Ball et Luys venaient de fonder. Pendant les deux années qu'il remplit ces fonctions, il inséra dans ce recueil un grand nombre de travaux, de revues critiques, d'analyses bibliographiques, qui font grand honneur à son savoir et à son érudition.

En 1892, il fut nommé chef de la clinique dermato-syphiligraphique de Lyon, et il comptait bien s'installer définitivement dans cette ville où il obtint, grâce à son chef, le professeur Gailleton, les fonctions importantes de chef du service municipal de vaccination et de médecin suppléant des écoles. Mais, dans le courant de 1883, Marseille qui espérait pouvoir fonder une faculté de médecine, lui proposa la place de professeur agrégé d'histologie; un engagement ferme avait même été signé, lorsque le projet de création de la faculté dut être abandonné.

Chambard, après quelques mois d'hésitation, résolut enfin d'entrer dans les asiles d'aliénés, de se livrer entièrement aux

©BIUM

études médico-psychologiques, vers lesquelles l'attiraient ses goûts et ses aptitudes. Il débuta, en 1884, comme médecin-adjoint de l'asile de Saint-Yon ; puis, deux ans après, il revint, en la même qualité, dans les asiles de la Seine, à Ville-Evrard et à Vaucluse. En 1889, il fut nommé médecin en chef de l'asile de Pierrefeu (Var) ; il n'y resta que quelques mois, ainsi qu'à l'asile de Cadillac (Gironde). En 1891, il devint médecin-directeur de l'asile de Beauregard, dans le Cher ; enfin, en 1897, il passa à l'asile de Clermont (Oise), comme médecin en chef. Dans tous les postes qui lui furent confiés, Chambard fut l'homme du devoir ; jamais il n'oublia qu'il était avant tout médecin, et il trouva partout des sujets de recherches et d'études qu'il consignait dans des mémoires et travaux scientifiques. Le temps qu'il ne consacrait pas à ses malades, il le donnait à des travaux de laboratoire, et il trouvait dans ce labeur constant de très grandes satisfactions et aussi des diversions à des douleurs intimes. C'est dans son laboratoire qu'il prit le germe du mal foudroyant, le tétanos, qui devait l'emporter en quelques heures, laissant à tous ceux qui l'ont approché le souvenir d'un homme excellent et dévoué, à tous ceux qui ont suivi ses travaux le regret de voir disparaître avant l'heure un savant dont les recherches devaient encore enrichir la science.

Les obsèques du Dr Ernest Chambard eurent lieu à Clermont le mercredi 17 janvier 1900. Trois discours, que nous croyons devoir reproduire, ont été prononcés sur sa tombe : le premier par M. le Dr Boiteux, médecin en chef de l'asile de Clermont, au nom du corps médical de l'asile ; le deuxième par M. le Dr Febvré, médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard, délégué par ses collègues de la Seine ; le troisième par M. Foatelli, interne de Chambard.

Discours de M. le Dr Boiteux, *au nom du corps médical de l'asile de Clermont.*

Il m'est impossible de retracer, dans tous ses détails, l'existence de cet esprit d'élite, de cet homme si bon, de ce collègue si loyal dont les restes vont bientôt nous quitter ; mais au nom des administrateurs de l'asile de Clermont, particulièrement de notre directeur malade, au nom des membres du corps médical, au nom de tout le personnel de l'asile, j'ai le devoir de résumer ses travaux de savant, de dire combien il était entouré d'affection et de rappeler quelle fut sa fin.

Le Dr Ernest Chambard, originaire de Paris, devait débuter dans la carrière médicale par l'internat des hôpitaux de cette ville où il passa par Necker, Saint-Louis, l'hôpital des Enfants

©BIUM

et où, par deux fois, à la Salpêtrière, chez Moreau (de Tours) et à la Charité, chez Luys, il mérita la médaille de bronze de l'Assistance publique.

Pendant cet internat, il est nommé, de 1877 à 1880, répétiteur à l'Ecole pratique des Hautes-Etudes, et chargé du laboratoire de la chaire d'anatomie générale du Collège de France, occupée par le professeur Ranvier.

On ne peut faire un meilleur éloge de ses connaissances anatomiques que de citer un tel maître et de telles fonctions. En 1880, il est nommé chef de laboratoire à la clinique des maladies mentales de Sainte-Anne, au moment de la création de ce laboratoire, et continue, dans le service du professeur Ball, ses études sur les affections nerveuses commencées si brillamment chez Moreau (de Tours) et chez Luys.

Mais, après une thèse qui obtient la médaille d'argent, Chambard évolue, en 1882, vers un autre centre intellectuel ; appelé à Lyon pour remplir les fonctions de chef de la clinique dermato-syphiligraphique du professeur Gailleton, il est également chargé du service municipal de vaccination de la ville de Lyon.

Chambard devait cependant se spécialiser définitivement dans l'étude et le traitement des maladies mentales et, en 1884, il était nommé médecin-adjoint à l'asile de Rouen, puis à ceux de Ville-Evrard et de Vaucluse jusqu'à sa nomination comme chef de service en 1889. Il est alors affecté successivement aux asiles de Pierrefeu, de Cadillac, de Beauregard, et arrive à Clermont en 1897.

Ses nombreuses publications sur l'anatomie et la dermatologie, sur les maladies mentales et nerveuses, sur la syphiligraphie, sa coopération au Dictionnaire des sciences médicales indiquent un esprit étendu et varié, un travail méthodique et surtout l'amour des recherches de laboratoire. Ce genre de travail ne semblait pas compter pour Chambard. Il constituait une satisfaction de son intelligence et de son corps. Notre collègue paraissait oublier toute chose extérieure dans un laboratoire bien monté où il se plaisait à exposer les questions les plus délicates à des auditeurs qu'il intéressait et instruisait toujours.

Mais cet homme à intelligence d'élite était aussi un homme de cœur. L'amour de la science n'était pas sa seule passion. Il en avait une autre qui était l'amour des siens et de son foyer. Terriblement éprouvé par la perte d'une épouse aimée, il avait concentré son affection sur une mère et un fils aujourd'hui dans les larmes. Ils marchaient tous les trois dans la vie, se soutenant mutuellement de la façon la plus touchante. Quant à ses confrères, il n'en est pas qui n'ait conservé de lui le meilleur souvenir; on se sentait bien en sa compagnie. On avait con-

©BIUM

fiance dans sa bonté, dans sa loyauté, dans sa franchise parfois piquante, mais qui produisait une stimulation bienfaisante.

Tout cela, hélas! devait se terminer à l'âge de quarante-neuf ans de la façon la plus brutale. Les travaux de Chambard furent la cause de sa perte. La science, tel qu'il l'aimait, a des sommets magnifiques, mais elle a aussi des précipices perfides, et il tomba dans un de ces précipices. Ce fut court, mais ce fut cruel pour tous.

Les virus de son laboratoire particulier prenaient leur revanche. La maladie produite par une inoculation accidentelle, maladie à douleurs épouvantables, à marche foudroyante, et dont il avait conscience, l'enlevait à notre affection en moins de vingt-quatre heures.

Vous êtes tombé, cher collègue, sur le champ d'honneur scientifique, mais votre perte n'en sera pas moins cruelle pour vos amis, pour vos malades et pour votre famille.

Puissent les regrets unanimes qui sont manifestés aujourd'hui et les bons souvenirs que vous laissez atténuer la douleur des vôtres! Ces bons souvenirs vous feront vivre longtemps encore parmi nous.

Discours de M. le Dr Febvré, *au nom des médecins des asiles de la Seine.*

Au nom des médecins des asiles de la Seine, au nom du personnel de l'asile de Ville-Evrard, j'ai la triste mission de prendre la parole sur la tombe d'un de mes meilleurs amis.

Après de longues années de séparation, la fatalité veut que la mort ramène son corps inanimé vers cette terre de Neuilly-sur-Marne, qui lui rappelait de bien tristes souvenirs, mais dont il a voulu néanmoins faire sa dernière demeure. Je ne puis sans une profonde douleur reporter ma pensée vers ce temps, hélas trop court! où nous avons, entraînés par une étroite amitié, connu et pratiqué une solidarité professionnelle si sincère. Aujourd'hui, devant cette tombe qu'un sort implacable a si brutalement ouverte, je dois surmonter mon chagrin et dire bien haut les qualités maîtresses et si rares du savant dont nous déplorons tous la perte.

Après de brillantes études médicales, après quatre années d'internat passées dans les hôpitaux de Paris et notamment à la Salpêtrière, Chambard, qui était doué d'une activité intellectuelle infatigable, avait abordé les épreuves difficiles du clinicat à Lyon. Devenu chef de clinique, après un concours remarquable, son esprit, avide de recherches, l'avait porté instincti-

©BIUM

vement vers les travaux de laboratoire. Bientôt il fut classé parmi les histologistes les plus distingués. Entre temps, ses préférences pour l'anatomie pathologique l'avaient fait embrasser la carrière des asiles. Successivement nommé médecin-adjoint des asiles de la Seine-Inférieure, puis de la Seine, médecin-directeur des asiles de Pierrefeu, de Cadillac, de Bourges, médecin en chef de l'asile de Clermont, il a laissé partout des traces utiles de son passage. Dans les asiles, même les plus pauvres, qui ont eu le bonheur de le posséder, des laboratoires ont été installés. On ne peut, sans regret, songer aux résultats scientifiques qu'un esprit aussi bien organisé aurait pu réaliser, s'il avait pu bénéficier de laboratoires luxueusement aménagés.

Mais, à côté de cette tendance naturelle qui le poussait sans cesse vers l'inconnu, dans ses recherches histologiques et microbiologiques, Chambard avait, grâce à des études premières très développées, acquis une culture intellectuelle qui donnait à tous ses écrits une tournure littéraire particulièrement attrayante.

Le Dictionnaire encyclopédique de Dechambre renferme de lui une série d'articles extrêmement remarquables sur des sujets variés de psychiatrie et sur des maladies de la peau. On peut juger de son immense travail rien que par l'énumération des sujets qu'il y a traités avec tant d'autorité et d'une façon si complète.

Tour à tour, il a abordé l'étude des teignes, des tannes, des taches syphilitiques, du somnambulisme naturel (cet article fait en collaboration avec le regretté professeur Ball), du somnambulisme provoqué, de la pelade, du pemphigus, de l'idiotie, de l'imbécillité, de l'impétigo, de l'ecthyma, de l'eczéma. Puis-je oublier son magnifique Traité sur les morphinomanes, ses belles communications à la Société médico-psychologique sur l'urticaire artificiel, sa thèse inaugurale sur le somnambulisme en général, ses considérations sur la pneumonie anthracoïde, sur le tremblement dans l'ataxie, etc.

En ces derniers temps son courage s'était émoussé à la suite d'un deuil cruel qui lui avait fait durement sentir les affres de l'isolement. Néanmoins, sa passion pour ses chères études ne demandait qu'à se raviver. Hélas! là même, un sort inéluctable s'est chargé de briser ses espérances, ses efforts. En quelques heures, une maladie terrible contractée sans doute dans ses manipulations dangereuses, a fauché son existence. Il meurt victime de la science, victime du travail, au moment où il pouvait espérer encore de longues années de bonheur auprès de son fils qu'il aimait tant, auprès de sa mère, qui l'avait suivi pour le soigner sans cesse et écarter, si possible, loin de lui les ennuis parfois si pénibles de l'existence.

©BIUM

Vaines seraient les consolations que l'on voudrait faire partager à sa famille éplorée. Ce deuil ne laisse place qu'au morne désespoir. L'esprit ne peut se faire à l'idée d'une séparation éternelle.

Qu'il me soit permis toutefois de donner à sa mère abîmée dans sa douleur, à son fils, si maltraité par le sort, l'assurance de notre sympathie bien affectueuse, bien sincère, bien dévouée.

Adieu, mon cher ami Chambard, adieu !

Discours de M. Foatelli, *interne de service.*

Je n'ajouterai que quelques mots aux paroles pleines de cœur que vient de prononcer M. le Dr Boiteux.

Le Dr Chambard fut pour nous non seulement un maître distingué, mais un ami précieux.

Le temps, trop court, hélas ! pendant lequel j'eus le bonheur d'être son interne m'a permis d'apprécier sa profonde érudition et surtout ses hautes qualités de cœur.

Je n'oublierai jamais ces causeries à la fois si simples et si précises où, en un style clair et concis, il se plaisait à me résoudre quelques-uns de ces grands problèmes de la médecine mentale.

Je viens apporter au chef regretté le dernier adieu de mes collègues, du personnel placé sous ses ordres et de tous ses malades.

Dr Louis Adam. — Nous avons encore à enregistrer le décès d'un médecin aliéniste, le Dr Louis-Félix Adam, décédé le 6 janvier 1900 à la suite d'une longue et douloureuse maladie.

Adam, qui était né le 12 février 1849 à Colmar (Haut-Rhin), avait d'abord été médecin de la marine. Il entra dans le service des aliénés comme médecin-adjoint à l'asile d'Armentières ; puis il passa successivement, en la même qualité, dans les asiles d'Auxerre et de Blois. En 1889, il fut promu au grade de médecin en chef : il occupa cette fonction d'abord à l'asile de Pierrefeu, puis à celui de Montdevergues, enfin à celui de Clermont. En janvier 1897, il fut appelé à prendre la succession de notre collègue Brunet à la direction médicale et administrative de l'asile d'Evreux. Il était en fonction depuis dix-huit mois, lorsqu'il fut atteint de la terrible maladie qui vient de l'emporter, à peine âgé de cinquante et un ans.

©BIUM

Martyrologe de la psychiatrie (*suite*).

Médecin aliéniste grièvement blessé par un de ses malades. — Un médecin aliéniste vient encore de payer de son sang et, bien peu s'en est fallu, de sa vie, son dévouement à ses malades.

Le Dr Francis Devay, médecin-adjoint à l'asile des Frères de Saint-Jean-de-Dieu à Lyon, chargé du service pendant une absence du médecin en chef, M. le Dr Carrier, a été mortellement frappé par un de ses malades, au moment même où il cherchait à le protéger. En raison de l'épidémie de variole qui régnait à Lyon il y a quelques semaines, il avait dû procéder à la vaccination de tout l'établissement et, le 22 janvier dernier, il venait de vacciner un persécuté nommé Claude J..., âgé de cinquante-deux ans, originaire de la Loire, département pour lequel l'asile Saint-Jean-de-Dieu fait office d'asile public, lorsque ce malade, qui s'était laissé opéré sans mot dire, se précipita sur lui et lui porta au ventre un violent coup de tire-point en criant : « Voilà pour toi! »

Le Dr Devay eut l'énergie et le sang-froid de se rendre à l'infirmerie, de prendre toutes les mesures nécessaires pour prévenir avec ménagement sa jeune femme, car il est marié et père d'un tout jeune enfant, et fit appeler en toute hâte le Dr Jaboulay, chirurgien des hôpitaux, qui accourut aussitôt.

Le tire-point, sorte de lime triangulaire à pointe effilée, avait pénétré à travers les vêtements, avec la force d'une baïonnette, et perforé la paroi abdominale un peu en dehors et à gauche de la ligne blanche, et à 4 centimètres environ au-dessous de l'ombilic, atteignant l'intestin grêle. Une hémorragie assez forte avait fait tumeur dans la fosse iliaque gauche. Le Dr Jaboulay fit transporter notre malheureux confrère à l'Hôtel-Dieu et, à deux heures de l'après-midi, il pratiquait une laparotomie d'urgence, intervention limitée par l'état de shok extrême du blessé, arrêtait l'hémorragie et plaçait deux drains dans la plaie. Pendant cinq jours, notre confrère a été entre la vie et la mort. Mais, grâce aux soins dévoués du Dr Jaboulay, à ceux de sa femme, qui ne l'a quitté ni jour ni nuit, de ses amis et de ses parents qui se sont relayés à son chevet pour lui éviter tout mouvement dangereux, grâce aussi à sa vigoureuse constitution, la péritonite ne s'est pas généralisée; il s'est établi des adhérences et une fistule qui tend aujourd'hui à l'oblitération.

Le fou assassin était un persécuté, assez tranquille jusque-là, et qu'on avait cru pouvoir employer dans un atelier de menuiserie, ce qui explique qu'il ait eu en sa possession la lime dont il s'est servi. Une enquête a démontré sa complète irresponsabilité.

©BIUM

Le Dr Devay, ancien interne de l'asile de Bron, ancien chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Lyon, directeur de l'*Echo médical de Lyon*, est médecin-adjoint de Saint-Jean-de-Dieu depuis plusieurs années. Actuellement âgé de trente-quatre ans, il ne compte à Lyon que des amis et est bien connu du monde médical aliéniste, car il a été secrétaire au Congrès de Clermont-Ferrand et a publié à ce titre le volume des travaux de ce Congrès. Nous sommes heureux de lui adresser nos vives félicitations pour avoir échappé de cette façon à une mort imminente et lui présentons nos vœux de prompt et entier rétablissement. — TH. TATY.

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ (*suite*)

13. *Un alcoolique mangé par ses chiens.* — On écrit de Cholet au *Petit Temps* (n° du jeudi 4 janvier 1900) :

« A Cholet, vivait isolé dans une maison, avec ses sept chiens, un médecin-major de 2e classe, nommé Paul Grognot, que des habitudes d'ivrognerie avaient fait mettre en non-activité, il y a quatre ans. Le médecin-major avait été marié deux fois. Sa première femme avait obtenu contre lui la séparation de corps après quelques semaines d'union. Elle mourut peu de temps après et Grognot se remaria avec une jeune fille qui ne voulut pas subir ses brutalités et se retira bientôt dans sa famille.

« Depuis cette époque, le médecin-major vivait seul, s'adonnant de plus en plus à la boisson. A Cholet, on estimait qu'il perdait la raison, et on s'attendait à le trouver, un jour ou l'autre, mêlé à quelque drame. Le 29 décembre, il erra, selon son habitude, dans les rues ; le lendemain, on ne l'aperçut nulle part. Inquiète, une voisine pénétra chez lui ; elle vit alors un spectacle horrible : le corps du médecin-major gisait, affreusement convulsé, au milieu de sa chambre, et ses sept chiens le dévoraient. Sur la table de nuit, se trouvaient huit litres vides ; le plancher disparaissait sous une couche d'ordures, haute de dix centimètres.

« Mais les chiens ne voulaient pas abandonner leur proie ; il fallut leur jeter de la viande fraîche pour les attirer à quelque distance du cadavre. Le maire de Cholet a fait abattre ces bêtes.

« Le corps du médecin-major a été déposé à l'amphithéâtre de l'hôpital, puis transporté à Besançon. »

14. *La folie d'une mère.* — Le quartier Necker a été mis en émoi hier soir par un drame lamentable. Au numéro 3 de la rue Robert-Fleury, au troisième étage, demeurent les époux Boillot. Le mari est cantonnier de la ville de Paris, la femme est ména-

©BIUM

gère. Deux filles étaient nées de cette union, Lucie, âgée de sept ans, et Fernande, âgée de cinq ans. Depuis quelque temps la mère donnait des signes de dérangement cérébral ; mais ces troubles étaient bien loin de faire prévoir le drame qui s'est passé hier soir. Dans l'après-midi, le père s'était rendu à son travail. Vers quatre heures, les petites filles, retour de l'école rentrèrent à la maison, où elle trouvèrent leur mère. Que se passa-t-il entre elles? On ne le sait. Mais, vers six heures, des passants virent la mère tenir suspendue dans l'air, à la fenêtre de son logement, l'aînée de ses filles. Tout à coup, elle lâcha l'enfant, qui tomba sur le pavé, où elle se fendit le crâne. La mort fut instantanée.

Tandis que des passants relevaient le cadavre, la mère reparut à sa fenêtre avec sa seconde enfant. Celle-ci, prévoyant l'horrible traitement qu'elle allait subir, criait désespérément. Bientôt, sa mère la lança dans l'espace et la pauvre petite vint s'écraser à son tour sur le trottoir, où elle expira au milieu des cris d'horreur des passants rassemblés. La femme Boillot la suivit de près ; elle monta sur l'appui de la fenêtre et s'élança dans le vide. La malheureuse folle s'abattit sur la chaussée ; elle avait les deux jambes cassées et le crâne fendu. Cependant elle respirait encore ; mais elle ne vécut pas longtemps. Transportée à l'hôpital Necker, elle rendit le dernier soupir avant d'avoir repris connaissance. On peut juger du désespoir du père quand, rentrant chez lui vers sept heures, il vit les cadavres de ses deux petites filles qu'il adorait et apprit la mort de sa femme et l'horrible drame qui l'avait précédée. (Le *Temps*, numéro du jeudi 11 janvier 1900.)

15. ***Un drame en wagon.*** — Sous ce titre, le *Figaro* (n° du vendredi 12 janvier 1900) rapporte le fait suivant :

« Ce matin, à l'arrivée en gare de Dijon du train express n° 13, venant de Paris, les agents de ce train ont remis entre les mains du commissaire spécial un nommé Etienne Martin, âgé de vingt-cinq ans, originaire de Versailles, qui, pris d'un accès de folie subite, entre les gares de Maulay et de Lezinnes, a tué, d'un coup de revolver, un voyageur qui se trouvait dans son compartiment. Voici les faits :

« Le train n° 7, qui quitte Paris à 8 h. 30 du soir, venait de brûler la station de Tonnerre, quand une discussion éclata dans nn compartiment de 1re classe, occupé par quatre voyageurs, dont M. et Mme Jaujou. M. Jaujou et sa femme, qui dormaient, furent réveillés en sursaut et virent l'un des voyageurs braquer son revolver sur son voisin. M. Jaujou voulut le désarmer ; mais le jeune homme, après avoir tiré la sonnette d'alarme, pressa la détente et le coup partit. La balle atteignit M. Jaujou à la tête et le tua net.

©BIUM

« Le train avait stoppé, le meurtrier s'apprêtait à fuir ; mais déjà devant le compartiment se trouvaient le conducteur-chef Faure et le mécanicien Hautemanière. Comme le meurtrier tenait toujours son revolver, Hautemanière se jeta sur lui, et le désarma; puis, avec un camarade, ils le conduisirent dans le fourgon de tête, où on lui attacha les jambes et les bras. C'est ainsi que ficelé il arriva à Dijon à 1 h. 1/4, sous la garde de deux voyageurs qui avaient bien voulu se charger de le surveiller.

« Etienne Martin, tel est son nom, était très calme, et quand le commissaire spécial, M. Gallay, l'interrogeant, lui demanda pourquoi il avait commis son acte, il lui dit qu'il n'en savait rien ; puis il prononça quelques paroles incohérentes, prétendant qu'on avait voulu l'assassiner, le chloroformer ; que, du reste, il s'était enfui de chez ses parents parce qu'on avait déjà voulu se débarrasser de lui.

« Martin était très bien mis ; il avait sur lui une assez forte somme d'argent. Il appartient à une honorable famille de Versailles. Il se rendait chez sa grand'mère, à Marseille. Il a la *monomanie de la persécution* et va être soumis à un examen médical.

« La victime, M. Paul-Louis Jaujon, âgé de quarante-cinq ans, habitait Nîmes, où il exploitait une brasserie. »

16. *Tentatives de suicide.* — On lit dans le *Figaro* (n° du dimanche 21 janvier 1900 :

« Une femme de cinquante ans, M^me^ Brunswick, demeurant rue du Mont-Cenis, 68, à Montmartre, qui, depuis quelques jours, donnait des signes manifestes de démence, a tenté, hier, de se suicider en s'entaillant la gorge à l'aide d'un couteau de cuisine. Souffrant horriblement de la blessure qu'elle venait de se faire, elle appela au secours, mais plutôt pour la débarrasser des ennemis imaginaires qui en voulaient à sa vie que pour lui donner les soins qu'exigeait son état.

« Quand les voisins accoururent à son appel, elle était en proie à une crise si intense que les agents, qu'on avait été quérir, durent la lier pour la conduire chez M. Carpin, commissaire de police, qui l'a immédiatement envoyée à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

« Il y a peu de temps, la pauvre folle avait mis toute la maison en révolution en prétendant qu'un malfaiteur s'était introduit chez elle et avait tenté de l'assassiner en lui assénant sur la tête un violent coup de pince-monseigneur. Et ce qui donnait quelque créance à ce récit, c'est que la malheureuse femme portait, en effet, au sommet du crâne, une blessure assez sérieuse. Mais cette blessure, elle se l'était faite elle-même dans un des fréquents accès de folie auquels elle était sujette. »

©BIUM

17. *Menaces de mort.* — On lit dans le *Figaro* (n° du mardi 16 janvier 1900) :

« Un individu, paraissant très surexcité, parcourait, hier matin, la rue de Charenton, et menaçait les passants d'un poignard qu'il brandissait avec fureur ; de temps en temps il sortait même un revolver de sa poche.

« Des gardiens de la paix, prévenus par la rumeur publique, se mirent à la poursuite du pauvre fou, qu'ils eurent beaucoup de peine à rejoindre et à désarmer.

« Cet infortuné, un garçon de vingt-deux ans, et qui appartient à une très honorable famille, a été conduit à l'infirmerie spéciale du Dépôt. »

18. *Incendie.* — Hier matin, vers cinq heures, une épaisse fumée sortant du logement occupé rue du Chevaleret, 47, par un sieur Duval, mit en émoi les locataires de la maison. Après avoir vainement frappé à la porte de Duval, on se résolut à l'enfoncer et on trouva celui-ci dansant autour d'un foyer alimenté par son mobilier.

L'aliéné ne se laissa pas prendre sans opposer une vive résistance ; il fallut même lui lier les mains, tant était grande son exaltation, pour pouvoir l'emmener à l'infirmerie du Dépôt. (Le *Figaro*, n° du mardi 16 janvier 1900.)

19. *Un parricide.* — On lit dans le *Temps* (numéro du jeudi 25 janvier 1900) :

Un crime horrible a été commis hier soir, à Charenton, par un fou. Le malheureux, dans un accès de délire, a d'abord essayé d'étrangler sa mère; puis, s'apercevant après quelques instants qu'elle vivait encore, il lui a presque tranché la tête à coups de rasoir.

Voici, sur ce drame, les renseignements que nous avons recueillis :

M^me^ veuve Laurent, âgée de soixante-cinq ans, habitait depuis longtemps avec son fils Paul, qui a vingt-deux ans, un petit logement rue des Quatre-Vents. Paul Laurent avait eu une jeunesse maladive. Faible d'esprit autant que de corps, on ne put jamais l'employer à aucun travail sérieux ; au cours de la seule tentative qu'on fit de l'occuper dans un atelier de chaudronnerie, il reçut à l'œil gauche et à la main droite deux blessures graves qui le dégoûtèrent à tout jamais de travailler.

Depuis, il resta chez sa mère, passant le temps en longues rêveries dont il ne sortait guère que pour quereller la vieille femme. Les signes de dérangement cérébral qu'on avait autrefois remarqués chez lui devinrent plus fréquents. Il y a quinze jours, dans une crise de désespoir inexpliquée, il se tira même trois coups de revolver dans la tête ; mais les blessures étant insignifiantes, le jeune homme ne resta que quelques jours à

©BIUM

l'hôpital, et on le ramena ensuite chez sa mère. Vainement les voisins conseillaient à celle-ci de le placer dans une maison de santé. Mme Laurent s'y refusa formellement, par affection pour le malheureux. Sa bonté devait avoir les plus tristes conséquences.

Hier soir, à sept heures, Paul Laurent rentrait rue des Quatre-Vents, dans un état de surexcitation extraordinaire. « J'ai peur de lui, dit sa mère aux voisines, tellement peur que je ne me coucherai pas cette nuit... »

Cependant, jusque vers huit heures, on n'entendit du dehors rien d'anormal : à peine quelques éclats de voix. Mais on y était habitué dans la maison et on n'y attacha pas d'importance. Ce ne fut qu'un peu plus tard qu'une femme, dont la chambre est voisine de celle de Mme Laurent, entendit crier faiblement : « Au secours ! Il m'assassine ! » et comprit qu'un drame se passait à côté. Malheureusement, cette jeune femme était alitée, elle ne put appeler personne, et même s'évanouit de frayeur.

Enfin, à huit heures et demie, Paul Laurent sortit tout à coup de l'appartement. Il en ferma soigneusement la porte, puis se dirigea en courant vers la mairie de Charenton, où se trouve un poste de police.

— J'ai tué ma mère, s'écria-t-il en entrant dans le poste. Arrêtez-moi !

Les gardiens de la paix maintinrent le jeune homme, qui était couvert de sang, et M. Cuvillier, commissaire de police, se rendit aussitôt rue des Quatre-Vents, muni d'une clef que lui avait remise le parricide lui-même.

Dans la chambre à coucher, il trouva le cadavre de la vieille femme étendu à terre ; la tête avait été presque complètement détachée du tronc à coups de rasoir.

Cette constatation faite, le commissaire de police revint au poste. Mais, pendant plus d'une demi-heure, il fut impossible d'arracher au meurtrier autre chose que des paroles incohérentes. Enfin, à force de douceur, le magistrat finit par calmer le fou, qui lui dit alors :

— Pourquoi a-t-elle voulu absolument me faire boire ma potion ? (On lui donnait chaque soir une potion calmante.) Je ne voulais pas boire. Elle a insisté. Alors je me suis fâché, et, la saisissant par le cou, j'ai cherché à l'étrangler. Elle est tombée en criant. J'ai serré plus fort, et comme elle ne bougeait plus, je l'ai étendue au milieu de la pièce. J'allais ensuite m'en aller, mais au moment où je sortais, elle a tourné la tête. Alors j'ai pris un rasoir, et je lui ai coupé le cou...

Ce récit fait tout d'une haleine et d'une voix très calme, le fou fondit en larmes. Mais bientôt ses yeux se séchèrent, il recommença à divaguer et le commissaire ne put obtenir de lui aucun détail nouveau.

©BIUM

Paul Laurent a été conduit aujourd'hui à l'infirmerie spéciale du Dépôt. Aujourd'hui également on a transporté à la Morgue le corps de la victime, qui sera examiné par un médecin légiste.

20. *Tentatives de suicide.* — Samedi dernier, M. Bijon, ancien commerçant, demeurant à Decize, a tenté de se suicider en se jetant dans le canal du Nivernais. Fort heureusement un homme qui passait près de là l'avait aperçu se jeter à l'eau. Il s'empressa de lui porter secours, et, après vingt minutes d'efforts, parvint à le retirer sain et sauf.

M. Bijon fut ensuite reconduit à son domicile.

Son internement à l'asile de la Charité fut jugé nécessaire.

Mardi, dernier pendant son passage à Nevers, il trompa la surveillance des personnes qui l'accompagnaient et réussit enfin à se donner la mort.

Bijon se trouvait sur la place du Lycée lorsqu'un tombereau de l'usine Collette, très pesamment chargé, vint à passer. Il se précipita sous les roues du véhicule; le charretier arrêta aussitôt son cheval, mais Bijon avait déjà le côté gauche écrasé. Il fut relevé aussitôt et conduit à la pharmacie de l'Europe, rue du Commerce.

Après lui avoir donné les premiers soins, M. Hay constata que son état était très grave. En effet, transporté à l'hospice de Nevers, Bijon y est mort mercredi matin. (Le *Progrès de la Nièvre*, numéro du vendredi 26 janvier 1900.)

21. *Folle et enragée.* — Il y a une vingtaine d'années, une femme aujourd'hui âgée de cinquante-quatre ans, M^me^ Adèle Martin, fut mordue par un chien enragé. Elle se fit soigner tant bien que mal, et la terrible maladie ne se déclara pas tout de suite. Mais cet accident provoqua des troubles profonds dans l'état mental de la pauvre femme. Elle devint irritable et maniaque, grinçant des dents à la moindre contrariété.

Par la suite, ces symptômes s'aggravèrent. M^me^ Adèle Martin était prise, par moments, d'une sorte d'aboiement, et mordait les objets qui étaient à sa portée.

Une dame charitable, M^me^ X..., habitant rue Taitbout, prise de pitié pour cette malheureuse, la recevait parfois chez elle, la faisant dîner à l'office et lui prodiguant des consolations. Avant-hier, Adèle Martin informa sa bienfaitrice qu'elle avait résolu d'apporter ses meubles dans son appartement et de s'installer chez elle. M^me^ X... le lui défendit. Ce refus suscita chez la pauvre folle une violente crise de désespoir. Elle s'enfuit jusqu'à son domicile, rue Saint-Georges, et écrivit ces mots à M^me^ X... :

« Vous m'avez brisé le cœur. Vous aurez la conscience chargée de ma mort. Adieu. »

©BIUM

Et elle avala le contenu d'une bouteille de pétrole.

Au reçu du billet, Mme X... prévint immédiatement M. Cornette, commissaire de police, qui envoya des inspecteurs au domicile d'Adèle Martin.

Ceux-ci enfoncèrent la porte de son logement et trouvèrent la malheureuse étendue par terre, mordant avec frénésie sa descente de lit. Ils l'emmenèrent, non sans peine, au commissariat, d'où elle a été conduite à l'infirmerie du Dépôt. (Le *Temps*, numéro du dimanche 28 janvier 1900.)

22. *Un incendiaire féroce.* — Un jeune homme de la Tour-Ronde, commune de Gap (Hautes-Alpes), nommé Désiré Robert, âgé de vingt-deux ans, avait conçu contre les habitants de son village une haine terrible. Il résolut de les anéantir tous dans une catastrophe commune et, pour ce faire, mit avant-hier, vers trois heures du matin, le feu à quatre maisons, situées aux quatre extrémités du hameau. Deux maisons furent détruites, et c'est à grand'peine que les habitants purent empêcher le feu de s'étendre à tout le village. L'incendiaire, surexcité par la vue des flammes, se mit tout à coup à danser devant le brasier en hurlant des cris de vengeance et des menaces de mort. Il était subitement devenu fou. Arrêté par la gendarmerie, il a été envoyé par le parquet à l'hospice civil de cette ville. (Le *Temps*, numéro du mardi 30 janvier 1900.)

23. *Folie furieuse d'un employé de ministère.* — Un employé dans un de nos ministères militaires, M. Georges B..., présentait, *depuis le commencement de cette année, des marques manifestes de dérangement cérébral.* Il avait dû cesser, voici quelques semaines, de se rendre à son bureau, et son état empirant inspirait de vives inquiétudes aux habitants de la maison qu'il habitait, rue Cels, tout à côté de la rue Daguerre. Hier, enfin, il s'était montré très agité durant toute la journée; le soir, aux premières ombres, il descendit dans la rue, armé d'un couteau-poignard algérien, à la lame très effilée, et se mit à se promener à grands pas, en prononçant de grandes phrases incohérentes. Des passants voulurent le désarmer; mais alors il devint tout à fait furieux et tenta de les frapper de son arme.

Tout le quartier fut en émoi. On appela des agents, on alla chercher le secrétaire du commissaire de police du quartier Montparnasse. Lorsque celui-ci vint, le malheureux employé était remonté chez lui et s'était barricadé dans sa chambre. Il fallut forcer la porte. Mais dès que le secrétaire eut pénétré dans la chambre, le fou, redevenu à sa vue subitement furieux, se jeta sur lui avec son arme dangereuse. Il fallut que trois agents entamassent la lutte avec lui, et ce ne fut qu'après de longs efforts qu'ils purent se rendre maîtres du forcené; ils durent le porter tout ligotté au poste. Le malheureux a été

©BIUM

dirigé sur l'infirmerie spéciale du Dépôt. (Le *Temps*, numéro du samedi 10 février 1900.)

24. *Triple assassinat.* — On lit dans le *Temps* (numéro du samedi 10 février 1900) :

« A Maxou, dans le Lot, un sabotier nommé Baptiste Miquel, âgé de quarante-quatre ans, qui, *depuis quelque temps, donnait des signes de folie* s'est tout à coup rué sur sa famille composée de deux jeunes enfants, les a tués à coups de hache, puis a fait subir le même sort à son vieux père qui venait essayer de le désarmer. Sa femme, de retour d'un enterrement, allait être tuée à son tour, lorsque les voisins, accourus aux cris, sont venus la délivrer et mettre en fuite le malheureux fou qu'on n'a réussi à arrêter que dans la soirée. »

25. *Mère tuant son enfant.* — On lit dans le *Temps* (numéro du samedi 10 février 1900) :

« A Auch, une femme Bourdelongue, dont le mari est garçon de café, vient de tuer son enfant, âgé de trois mois, *à la suite d'une crise de folie furieuse*.

« Elle a bourré la bouche du petit bébé de linge, qu'elle a enfoncé dans la gorge à l'aide de ciseaux, jusqu'à ce que l'enfant ait rendu le dernier soupir.

« La femme Bourdelongue, qui était sortie, il y a quelques mois, de l'asile des aliénés, a été réintégrée dans cet établissement. »

ÉPIDÉMIE DE FOLIE RELIGIEUSE EN HOLLANDE

L'*Algemeen Handelsblad* rapporte un drame épouvantable qui vient de se passer à Altforst, un village de la Gueldre, près d'Appelterre :

« Une secte religieuse, formée d'habitants de ce village, avait décidé d'offrir un sacrifice au Seigneur. Dans la nuit de vendredi à samedi, conformément à ce qui avait été décidé, deux jeunes filles vinrent chanter des psaumes devant la demeure du cultivateur Scherf, un des membres de la Société. Aussitôt, Scherf appela son domestique et l'assassina sur place.

« La tête et les bras du cadavre furent coupés, et Scherf, sa femme et les deux chanteuses de psaumes se lavèrent les mains dans le sang de la victime ; puis, pour compléter le sacrifice, on mit le feu à la chambre. Scherf, qui s'était rendu quelques heures après à Batenburg, chez sa mère, a été arrêté à son retour, au moment où il traversait Appelterre.

« A la nouvelle du fait, vingt membres se rendirent dans l'habitation et se mirent à chanter des psaumes jusqu'à dimanche matin. On ne les a pas laissés sortir de la maison, qui est cernée par un cordon de gardes champêtres. Un détail : le cadavre

©BIUM

avait été saigné, et les vingt membres de la secte se sont lavé les mains dans le sang. »

Le *Temps* (numéro de dimanche, 11 février 1900) donne sur ce terrible événement les renseignements complémentaires suivants :

« Le drame sanglant qui vient de se dérouler à Appelterre doit bien être attribué à un accès de folie religieuse.

« A la suite de cet horrible crime, des rassemblements se sont formés et la foule a parcouru les rues du village, brisant les vitres de la maison du pasteur en guise de protestation. En conséquence, les rassemblements de plus de trois personnes ont été rigoureusement interdits.

« Le cultivateur Scherf a été arrêté et mis en prison. Il paraît atteint de folie furieuse. On prétend qu'il voulait aussi sacrifier l'un de ses enfants. A la suite d'un examen médical, il a été interné à la maison d'aliénés de Medemblik. Sa femme déclare « qu'il peut revenir à tout moment au logis, parce qu'il est tout-puissant ».

« Toutes les personnes atteintes de cette folie religieuse sont enfermées dans leurs maisons, gardées par la police. La gendarmerie de Nimègue est arrivée sur les lieux. Au dernier moment, la nouvelle arrive que plusieurs personnes réputées dangereuses ont été transférées à l'établissement de Saint-Grave.

« Les cinq enfants de Scherf ont été retirés de leur famille et confiés à des parents, ainsi que les trois enfants d'une veuve qui appartient aussi à la secte.

« Le corps de la victime a été inhumé au cimetière d'Appelterre. Les porteurs, les membres de la famille, l'instituteur chef de l'école protestante et le bourgmestre ont été seuls autorisés à assister à la triste cérémonie. Ce dernier a prononcé une émouvante allocution. »

Depuis, les deux filles Levoir, membres de la secte, qui étaient allées chanter des psaumes à la ferme la nuit du crime, ont été internées dans le même établissement.

Enfin, Spiering, l'évangéliste sans mandat, qui avait fanatisé une partie de la population par ses prédications apocalyptiques et qui est lui-même un fou des plus dangereux, a été transféré à Medemblick.

TRIBUNAUX

ALIÉNÉS. — PLACEMENT DANS UN ÉTABLISSEMENT D'ALIÉNÉS. — DEMANDE EN PAIEMENT DE DOMMAGES-INTÉRÊTS FORMÉE CONTRE LE PRÉFET DE POLICE. — INCOMPÉTENCE DES TRIBUNAUX CIVILS.

Le placement dans un établissement d'aliénés de toute personne interdite ou non interdite, dont l'état d'aliénation compromet-

©BIUM

trait l'ordre public ou la sécurité des personnes, ordonné d'office par le préfet de police à Paris dans les termes de l'article 18 *de la loi du* 30 *juin* 1838, *constitue une mesure de police administrative, et les décisions de cette nature ne sont susceptibles d'aucune appréciation par la voie contentieuse.*

« Attendu qu'à la date du 29 mai 1895, le préfet de police, agissant en vertu de la loi du 30 juin 1838, a pris un arrêté prescrivant le placement de la veuve Nicolas au service des aliénés du département de la Seine; que, mise en liberté le 27 septembre suivant, en vertu d'une nouvelle décision préfectorale, la demanderesse proteste aujourd'hui contre l'internement dont elle a été l'objet et qu'elle réclame 20.000 francs de dommages-intérêts en raison du préjudice subi;

« Attendu que le préfet de police résiste à cette prétention et que, sans vouloir en discuter le mérite, il se borne dans ses dernières conclusions à opposer l'incompétence du tribunal;

« Attendu, sur lesdites demande et exception, qu'aux termes de l'article 18 de la loi du 30 juin 1838, le préfet de police ordonne d'office, à Paris, le placement, dans un établissement d'aliénés, de toute personne interdite ou non interdite dont l'état d'aliénation compromettrait l'ordre public ou la sécurité des personnes; que le placement ainsi ordonné constitue une mesure de police administrative et que les décisions de cette nature ne sont susceptibles d'aucune appréciation par la voie contentieuse;

« Qu'en l'espèce il n'est pas douteux que le préfet ne se soit maintenu dans les limites de ses attributions en prenant, à l'encontre de la veuve Nicolas, l'arrêté susvisé du 29 mai 1895; que la demanderesse n'allègue de sa part aucune faute personnelle et qu'elle se borne à critiquer l'usage qu'il a fait d'une prérogative dont la loi l'investit; qu'une telle action vient donc indiscutablement se heurter au principe même de la séparation des pouvoirs et qu'il échet dès lors d'accueillir l'exception d'incompétence soulevée par le défendeur;

« Attendu, au surplus, que la prétention de la demanderesse ne serait nullement fondée en fait et que, pour s'en convaincre, il suffirait de rappeler les circonstances dans lesquelles a été prise la mesure dont elle conteste l'opportunité; qu'il est constant, en effet, que dans la nuit du 28 au 29 mai 1895, la veuve Nicolas a donné des signes non équivoques d'aliénation mentale; que, vers deux heures du matin, elle s'est mise en chemise à son balcon, tenant les propos les plus incohérents, disant qu'elle voulait sauver la France, et s'imaginant commander un régiment de cuirassiers; que les agents, attirés par

©BIUM

le bruit, avaient tout lieu de redouter de sa part quelque excentricité fatale, et qu'ils ont eu les plus justes motifs d'intervenir auprès d'elle, tant pour sa sécurité personnelle que dans l'intérêt de l'ordre public;

« Que, d'ailleurs, l'enquête aussitôt ouverte a surabondamment établi la nécessité d'un internement immédiat; que la domestique de la veuve Nicolas et le beau-frère de cette dernière ont témoigné des troubles cérébraux dont elle était atteinte, et que ces appréciations ont été corroborées par les résultats des examens médicaux auxquels elle a été successivement soumise; qu'à cet égard, les certificats des Drs Legras, Magnan et Legrain sont des plus formels; qu'ils constatent chez la demanderesse un état d'excitation maniaque imposant les plus grandes précautions, et qu'on ne saurait sérieusement leur opposer les attestations délivrées par les Drs Coulbeau et Tarnier, alors que le premier de ces médecins n'a vu la veuve Nicolas qu'en 1893, et que le second ne précise nullement les dates auxquelles il lui avait donné ses soins;

« Qu'ainsi donc, à quelque point de vue qu'on se place, l'intervention de l'autorité administrative apparaît comme ayant été pleinement justifiée, et que, par suite, la prétention soumise au tribunal n'aurait pu être accueillie, alors même qu'elle eût été susceptible d'être jugée au fond;

« Par ces motifs, se déclare incompétent. » (Tribunal civil de la Seine, 28 décembre 1899.)

Neurasthénie et divorce. — La 4e chambre du tribunal civil de la Seine vient, en matière de divorce, de rendre un jugement qui ne manquera pas d'intéresser nombre de ménages parisiens.

La question qui lui était soumise était celle de savoir si les gros mots et les violences d'un mari neurasthénique à l'égard de sa femme peuvent être considérés comme des injures graves de nature à motiver le divorce entre les époux.

Les juges de la 4e chambre, présidée par M. Richard, l'ancien et distingué président de la 9e chambre, ont résolu la question dans le sens de la négative.

Voici quelques passages du très intéressant jugement de la 4e chambre :

« Attendu que la demande de la dame X... doit donc être rejetée; que si le mauvais état de la santé de son mari, les inégalités, les excès même de son caractère, la longue séparation nécessitée par les traitements successifs qu'il a suivis, ont fait à la jeune femme une existence difficile, pénible, et ont pu la détacher peu à peu de celui qui, loin d'elle, ne manifestait, même plus par une lettre, un souvenir, la situation qui lui était ainsi faite ne la dispensait pas de ses devoirs d'épouse et laissait intacts les liens légaux qui l'unissaient à son mari;

©BIUM

« Attendu qu'au point de vue moral, loin que les infirmités physiques de l'un des époux puissent relever l'autre de sa mission de secours et d'assistance, c'est alors surtout, dans les tristes épreuves de la vie, que celui-ci est tenu à remplir envers son conjoint malheureux les plus étroites et les plus saintes obligations du mariage. »

Bref, la neurasthénie, tout en excusant les *vivacités* du mari, engendre juridiquement le dévouement de la femme. (*Journal de médecine de Paris*, numéro du dimanche 14 janvier 1900.)

XIII[e] Congrès international de médecine

Section de Psychiatrie. — 5[e] *Congrès international de médecine mentale* (1).

(Paris, 2-9 août 1900.)

Le Comité d'organisation composé de MM. Magnan, *président*; Joffroy, Gilbert-Ballet, Pierret (Lyon) et Cullerre (La Roche-sur-Yon), *vice-présidents*; Ritti (Charenton), *secrétaire*; Bouchereau, Bourneville, Albert Carrier (Lyon), Christian (Charenton), Doutrebente (Blois), Jules Falret, Ch. Féré, Febvré (Ville-Evrard), P. Garnier, Giraud (Saint-Yon), Mairet (Montpellier), Meuriot, Motet, Parant (Toulouse), Régis (Bordeaux), Seglas, Taguet (Maison-Blanche), Vallon (Villejuif), Jules Voisin, rappelle qu'il existe une section spéciale de psychiatrie, entièrement distincte de la section de neurologie.

Cette section de psychiatrie se réunira à la Sorbonne, dans l'amphithéâtre de géologie. Cet amphithéâtre sera disposé de façon à permettre de faire des projections.

Le programme de la section se composera, d'une part, de questions choisies par le Comité d'organisation, d'autre part, de communications isolées.

---

(1) Les quatre premiers Congrès internationaux de médecine mentale ont été tenus : le premier, à Paris, du 10 au 14 août 1867, sous la présidence de Paul Janet, membre de l'Institut (V. les comptes-rendus de ce Congrès dans les *Annales médico-psychologiques*, 1867, t. X. pp. 491 et suiv.); le deuxième, à Paris, du 5 au 10 août 1898, sous la présidence de Baillarger (V. *Comptes rendus*, 1 vol. in-8° de 344 pages. Paris. Imprimerie nationale, 1886) ; le troisième, à Anvers, du 7 au 9 septembre 1885, sous la présidence de M. V. Desguin (V. *Comptes rendus*. 1 vol. in-8° de 360 pages. Gand, 1886) ; le quatrième, à Paris, du 5 au 10 août 1889, sous la présidence de M. Jules Falret (V. *Comptes rendus*. 1 vol. in-8° de 602 pages, Paris, Georges Masson, 1890).

©BIUM

Les questions choisies par le Comité d'organisation sont au nombre de quatre et seront traitées chacune par trois rapporteurs. Voici l'énumération de ces questions et les noms des rapporteurs :

1° *Pathologie mentale.* — Psychoses de la puberté. — Rapporteurs : MM. Ziehen (Iéna), Marro (Turin), J. Voisin (Paris).

2° *Anatomie pathologique.* — Anatomie pathologique de l'idiotie. — Rapporteurs : MM. G. E. Shuttleworth et Fletcher Beach (Londres), Mierzejewski (Saint-Pétersbourg), Bourneville (Paris).

3° *Thérapeutique.* — De l'alitement (repos au lit) dans le traitement des formes aiguës de la folie et des modifications qu'il pourrait entraîner dans l'organisation des établissements consacrés aux aliénés. — Rapporteurs : MM. Clemens Neisser (Leubus), Korsakoff (Moscou), Morel (Mons).

4° *Médecine légale.* — Les perversions sexuelles obsédantes et impulsives au point de vue médico-légal. — Rapporteurs : MM. de Krafft-Ebing (Vienne), Morselli (Gênes), Paul Garnier (Paris).

Un résumé et les conclusions de ces rapports devront être remis au Comité pour le 1er avril 1900, dernier délai, afin de les faire imprimer et distribuer aux membres de la section.

Pour les rapports écrits en langue étrangère, le Comité prie les auteurs de vouloir bien en envoyer lé résumé dans leur langue maternelle et en français, la traduction en français, faite par les soins du rapporteur lui-même, ayant l'avantage de rendre plus fidèlement la pensée de l'auteur qu'une traduction faite en dehors de lui.

Quant aux communications isolées, elles devront être annoncées au secrétaire, le Dr Ant. Ritti, Maison nationale de Charenton, à Saint-Maurice (Seine), avant le 1er juin. *Elles ne pourront avoir été publiées ou présentées à une Société savante avant l'ouverture du Congrès.*

Le temps maximum assigné à chaque communication ne pourra pas dépasser *quinze minutes* et les orateurs qui prendront part à la discussion, soit des rapports, soit des communications, ne pourront parler plus de *dix minutes* chacun. Au bout de ce temps, le président, pour leur conserver la parole, devra consulter l'assemblée.

Le texte écrit des communications et des discussions devra être remis par chaque orateur au secrétaire de la section le jour même où elles auront eu lieu.

A ces renseignements concernant les travaux de la section de psychiatrie, ajoutons-en quelques autres plus généraux.

Le Congrès international de médecine tiendra, dans le grand

©BIUM

amphithéâtre de la Sorbonne, trois assemblées générales, les 2, 5 et 9 août.

Voici, en outre, ce que nous apprend une circulaire, en date du 15 janvier 1900, adressée aux membres des Comités de section, par le président et le secrétaire général du Congrès :

« ..... Une réduction de 50 p. 100 sur les chemins de fer français est obtenue. Des arrangements ont été pris avec les principales Agences de voyage de Paris pour pouvoir loger nos confrères de la province et de l'étranger dans de bonnes conditions d'économie et de confort. Pour obtenir sur ces différents points tous les détails nécessaires, *il n'y a qu'à s'adresser à nos Bureaux*, 21, *rue de l'Ecole-de-Médecine.*

« Tout récemment, grâce au concours très généreux de tous les comités de sections, nous nous sommes trouvés assurés de pouvoir offrir aux membres du Congrès une fête amicale digne d'eux et digne de nous. Aucune souscription publique ne sera ouverte pour cette fête, dont tout l'honneur reviendra à ceux qui en auront assumé la charge, c'est-à-dire aux membres des Bureaux et Comités de sections.

« Mais nous avons également la promesse que plusieurs fêtes officielles seront offertes aux membres du Congrès ; mais nous ne sommes pas autorisés, pour le moment, à donner de plus amples indications à cet égard.... »

Nota. — Nos collègues qui désirent prendre part aux travaux du Congrès sont priés d'envoyer leur adhésion avec leur carte de visite, et leur cotisation, qui est de 25 francs, à M. le Dr Duflocq, trésorier, rue Miromesnil, 64, à Paris.

FAITS DIVERS

La revision de la loi sur les aliénés à la Chambre des députés. — On lit dans le *Temps* (numéro du jeudi, 1er février 1900) :

« La commission de la revision de la loi de 1838 sur les aliénés a décidé aujourd'hui, sur la proposition de M. Cruppi, son président, de détacher du projet d'ensemble qu'elle a élaboré le titre relatif aux aliénés criminels et d'en faire l'objet d'un projet de loi spécial pour lequel on demandera à la Chambre une mise à l'ordre du jour assez prochaine, qui n'aurait pu être obtenue pour le projet entier.

« La commission estime qu'il y a nécessité de faire régler le plus promptement cette question.

« Il s'agit d'établir une réglementation légale, notamment pour le cas des aliénés criminels qui bénéficient d'une ordonnance de non-lieu ou d'un acquittement comme irresponsables, en confiant à la chambre du conseil du tribunal la mission de déci-

©BIUM

der si l'aliéné devra être interné et de statuer sur la mise en liberté ultérieure, de façon à supprimer l'arbitraire administratif. »

Une tentative de suicide collectif. — Une mère de famille, Mme Marie Lambert, demeurant rue du Retrait, ayant eu une discussion avec son mari, résolut de se suicider avec ses trois enfants : deux petites filles âgées de quatre et cinq ans et un garçon âgé de sept ans.

Hier soir, elle fit l'acquisition d'un boisseau de charbon de bois, calfeutra les issues de son logement, et, après avoir embrassé ses enfants, alluma deux réchauds. Elle s'assit ensuite devant une table et se mit à écrire ses impressions.

Les enfants et la mère s'assoupissaient peu à peu. Pourtant le petit garçon se sentant mal se mit à crier, et, finalement, réussit à ouvrir la porte et à s'enfuir. Ses sœurs, ranimées par l'air froid, le suivirent. Les enfants allèrent chercher la grand' mère, qui habite dans le quartier. Elle accourut. Mais il était trop tard. Mme Lambert était morte.

Elle laissait les notes suivantes écrites sur un carnet : « Quitter la terre sans mes enfants est chose impossible, » lit-on à la première page, « et après avoir réfléchi je décide de les faire mourir avec moi »... Et plus loin :

« Le charbon fait son effet et les petits sur le canapé s'endorment doucement de leur dernier sommeil. Les pauvres chéris ! ils ne souffrent pas... Mon Louis vient de crier, vient de pleurer et il me semble qu'il est parti seul... je n'en sais rien... non, les petites l'ont suivi. Ah ! tant mieux, je mourrai seule, je n'avais pas le droit de les tuer... J'étouffe... Je vais mourir... » (Le *Temps*, numéro du dimanche 28 janvier 1900.)

PRIX DE LA COLONIE CRAIG POUR RECHERCHES ORIGINALES SUR L'ÉPILEPSIE

Le Dr Frederick Peterson, président du conseil d'administration de la colonie, avait offert, pour l'année 1899, une somme de 500 francs, à donner au meilleur mémoire, entièrement original, sur la pathologie et le traitement de l'épilepsie.

Sept mémoires ont été envoyés au concours. Les uns ne s'étaient pas conformés au programme indiqué ; les autres ne s'appuyaient que sur des essais encore trop récents, et par suite incertains. Le prix n'a pas été décerné.

Le Dr Peterson offre pour l'année 1900 un nouveau prix de 1.000 francs. Il sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire inédit et entièrement original. On fait appel aux concurrents de

©BIUM

tous pays; mais les mémoires doivent être écrits en anglais. Chaque mémoire doit être accompagné d'une enveloppe cachetée contenant le nom et l'adresse de l'auteur, et portant sur la suscription la devise inscrite sur le mémoire.

Les manuscrits doivent être adressés au Dr Frederik Peterson, n° 4, West Fiftieth Street, New-York City, Etats-Unis d'Amérique, avant le 1er septembre 1900.

Le mémoire couronné deviendra la propriété de la colonie, qui le publiera dans ses rapports.

Prix de la Société médico-psychologique

Année 1901.

Prix Belhomme. — 900 francs. — Question : *Du délire chez l'idiot et l'imbécile, à l'exclusion des arriérés.*

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.

Prix Moreau (de Tours). — 200 francs. — Ce prix sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, ou bien à la meilleure des thèses inaugurales soutenues en 1899 et 1900 devant les Facultés de médecine de France sur un sujet de pathologie mentale et nerveuse.

Les mémoires manuscrits ou imprimés pour les prix à décerner en 1901 devront être déposés le 31 décembre 1900 chez M. Ant. Ritti, médecin de la maison nationale de Charenton, secrétaire général de la Société médico-psychologique. Les mémoires manuscrits devront être inédits et pourront être signés; ceux qui ne seront pas signés devront être accompagnés d'un pli cacheté avec devise, contenant les noms et adresses des auteurs.

Le Rédacteur en chef-Gérant : Ant. Ritti.

Paris. — L. Marethreux, imprimeur, 1, rue Cassette.

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Pathologie

L'ÉTAT

DE

L'APPAREIL VASOMOTEUR

DANS LES MALADIES MENTALES AIGUES

Par le Dr N. SOKALSKY

Médecin de l'hôpital Saint-Nicolas, à Saint-Pétersbourg.

Sur le tracé graphique de la pression artérielle, on observe trois phénomènes vasculaires : 1° des pulsations artérielles qui sont la manifestation des battements du cœur ; ces ondes présentent des soulèvements (systole du cœur) et des abaissements du levier inscripteur (diastole du cœur) ;

2° Des soulèvements et des abaissements de tout le niveau du même tracé ; ces mouvements sont isochrones aux mouvements respiratoires et, selon leur origine, on les appelle *ondes respiratoires* ;

©BIUM

3° Des ondulations plus amples dont chacune porte sur elle plusieurs ondes respiratoires.

Ces ondulations sont une sorte de mouvement péristaltique des vaisseaux vasculaires : si dans la région vasculaire examinée les vaisseaux se rétrécissent, on observe l'abaissement de tout le niveau du tracé graphique de la pression du sang ; si, au contraire, les vaisseaux de la région examinée se dilatent, on observe le soulèvement de niveau du tracé graphique. Le nombre de ces mouvements est ordinairement de deux à six ondulations pendant une minute. C'est Traube qui a étudié les ondulations expérimentalement pour la première fois en 1865 (1), d'où l'appellation de ce phénomène *ondes de Traube* ou *ondulations vasculaires*. Quoique la nature de ces ondes ne soit pas jusqu'ici connue au fond, la plupart des auteurs (Traube, Hering, S. Mayer, Cyon, Mosso, Burckhardt et les autres) sont d'accord que ce sont les centres vasomoteurs qui manifestent leur activité rythmique par ces ondulations vasculaires.

Sur un sphygmogramme de l'artère radiale de l'homme, on n'aperçoit que les ondes du premier ordre, c'est-à-dire des pulsations artérielles ; les ondes respiratoires et les ondulations vasculaires n'existent presque jamais sur ce tracé. Sur le tracé pléthysmographique, on observe, au contraire, très nettement les ondulations vasculaires (ondes de Traube) ; les ondulations respiratoires ne sont pas exprimées ici si nettement que les ondes de Traube, et si la respiration n'est pas assez profonde, elles n'existent pas.

J'ai employé l'appareil de MM. Hallion et Comte.

---

(1) Traube. *Gesammelte Beiträge zur Pathologie u. Physiologie*, t. I, p. 387. *Ueber periodische Thätigkeitsäusserungen des vasomotorischen und Hemmungsnerven-Centrums.*

©BIUM

C'est à M. Hallion que je dois son ingénieux phléthysmographe et je lui en suis très reconnaissant. Avec cet appareil, on observe très bien les ondulations de Traube que MM. Hallion et Comte ont décrites sous le nom de « variations spontanées de volume » (1).

C'est M. A. Binet, avec ses collaborateurs, qui a fait un grand nombre d'observations à l'aide du pléthysmographe de MM. Hallion et Comte. MM. Klippel et Dumas ont fait aussi à l'aide de cet appareil des observations sur les paralytiques généraux.

J'ai eu l'idée d'étudier à l'aide de cet appareil les ondulations vasculaires (les ondes de Traube) chez les malades qui présentaient de la confusion mentale aiguë.

Si les centres vasomoteurs sont troublés dans leur activité intermittente ou rythmique, qui se manifeste par les ondulations vasculaires, alors ces ondulations sont aussi troublées de quelque manière. La question est bien intéressante parce que nous ne connaissons pas jusqu'ici quelle est l'action que les centres vasomoteurs exercent sur les vaisseaux vasculaires dans les états pathologiques différents, et nous ne pouvons affirmer si les troubles de l'activité de ces centres jouent quelque rôle dans la pathogénie des maladies mentales aiguës, ou non. Néanmoins, on parle souvent de troubles vasomoteurs dans les maladies mentales aiguës et on veut quelquefois expliquer à leur aide des phénomènes psychiques anormaux.

J'ai étudié à l'aide du pléthysmographe de MM. Hallion et Comte dix jeunes hommes qui présentaient les symptômes de confusion mentale aiguë. L'âge des explo-

(1) L. Hallion et Ch. Comte. Recherches sur la circulation capillaire chez l'homme. *Arch. de physiologie*, 1894. Voy. aussi. *Arch. de physiologie*, 1895, p. 90 ; 1896, p. 216 ; 1897, p. 96.

(2) Voy. l'*Année psychologique*, 1895, 1896, 1897 et 1898.

©BIUM

rés était de dix-huit à vingt-deux ans. J'ai étudié aussi trois paralytiques généraux, dont l'un présentait l'état de la démence paralytique profonde et les deux autres présentaient des symptômes d'exaltation maniaque.

Je prenais toujours, *cæteris paribus*, le pléthysmogramme des doigts II, III et IV de la main gauche de sujet examiné.

Je prenais simultanément le pneumogramme avec le pneumographe de Marey. En même temps, j'ai mesuré la température axillaire (du côté gauche), la température périphérique de la paume de la main gauche. Quelquefois, je prenais simultanément le sphygmogramme du pouls radial droit avec le sphygmographe à transmission de Marey.

Dans la plupart des cas, j'ai noté la pesanteur spécifique de l'urine et j'ai examiné l'urine pour rechercher si elle contenait de l'albumine.

J'ai fait aussi, dans les mêmes conditions, une série d'observations sur des hommes sains d'esprit. Les malades, atteints de confusion mentale, étaient examinés tous les jours et toujours dans les mêmes conditions. Presque toutes les observations étaient faites en été, quand la température de l'atmosphère était chaude.

Quand la maladie était dans son plein développement, j'ai trouvé dans neuf de mes dix observations (confusion mentale) une stase du sang dans les extrémités : les mains et les pieds étaient bleuâtres ; le teint du visage était aussi un peu bleuâtre.

Le pléthysmographe de MM. Hallion et Comte donnait, *cæteris paribus*, chez les hommes normaux un pléthysmogramme avec des pulsations assez grandes et avec des ondulations vasculaires, tandis que chez nos malades, atteints de confusion mentale, le même pléthysmographe ne donnait qu'une ligne droite et quelquefois seulement des traces de pulsations. C'est le même phé-

©BIUM

nomène que MM. J. Roubinowitsch et Édouard Toulouse (1) ont décrit dans des cas de la stupeur.

Quand mes malades étaient guéris (deux observations) ou quand ils commençaient à se porter mieux (deux observations), le pléthysmogramme devenait semblable à celui des hommes sains d'esprit.

Quand la confusion mentale était le plus développée, la température périphérique était abaissée et elle s'élevait quand l'état physique et psychique du malade s'améliorait.

La dixième observation a donné des résultats tout autres que les neuf autres observations : on obtint ici, pendant la période aiguë de la maladie, un pléthysmogramme tout à fait normal avec les pulsations et les ondulations vasculaires (ondes de Traube) bien nettes.

En résumé, on peut conclure que, dans la plupart des cas examinés de confusion mentale, on observe une certaine faiblesse de la circulation périphérique qui se manifeste par la stase du sang : extrémités cyanotisées, abaissement de la température périphérique de la paume de la main et manque des pulsations sur le pléthysmogramme.

Mais le rôle que les troubles de l'activité des centres vasomoteurs jouent ici reste inconnu ; les ondulations de Traube, qui, seules, pourraient nous répondre, n'existent pas dans neuf sur dix observations ; mais dans la dixième observation, ces ondulations sont exprimées assez nettement : cela prouve que les centres vasomoteurs ne sont pas ici troublés dans leur activité. Les ondulations de Traube restaient aussi sans changement dans les deux cas de paralysie générale (phase

(1) J. Roubinowitsch et E. Toulouse. *La mélancolie*. Paris, 1897, p. 88.

©BIUM

maniaque de la paralysie); dans le cas de démence paralytique profonde, le pléthysmographe donnait la ligne droite, comme dans les cas de confusion mentale.

Sur les pneumogrammes que j'ai obtenus chez tous mes malades, on observe le phénomène suivant : les mouvements respiratoires ne présentent pas une série d'ondes de la même grandeur situées sur la ligne droite, mais, après une série de mouvements respiratoires plus profonds, on observe une série de mouvements qui sont plus superficiels. C'est le phénomène décrit par Knoll (1) et Burckhardt (2), et Burckhardt donne à ce phénomène le nom de *type de sablier* (Sanduhrtypus) : si on tire une ligne sur les bases et une autre sur les sommets des ondes respiratoires du pneumogramme, les deux lignes ne sont pas parallèles, mais on les voit tantôt s'approcher, tantôt s'éloigner l'une de l'autre. Burckhardt est d'avis que ces mouvements périodiques sont d'origine vasculaire et qu'ils sont la manifestation des ondulations vasculaires (des ondes de Traube) dans les vaisseaux du thorax et de l'abdomen ; les vaisseaux de l'abdomen étant dilatés, les parois de l'abdomen en sont un peu limitées dans leur expansion qui devient moins ample ; cela se manifeste sur le pneumogramme par le phénomène dont nous venons de parler. Burckhardt a montré que ces changements périodiques de la profondeur des mouvements respiratoires sont isochrones aux mouvements rythmiques des vaisseaux, c'est-à-dire aux ondulations de Traube. Si on prend simultanément les pneumogrammes thoracique

(1) Dr Philipp Knoll. Ueber die periodische Athmungs und Blutsruckschwankungen. *Sitzungsber. d. kais. Akad. d. Wissensch. Math.- Nat. Kl.*, Bd XCII, H. I, 1885. Dritte Abtheil., p. 439.

(2) G. Burckhardt. Weitere Mittheilungen über Gefässbewegungen. Theoretisches und Practisches. *Arch. f. Psychiatrie*, t. XX, 1889, p. 605.

©BIUM

et abdominal, on observe que ces mouvements rythmiques ne sont pas isochrones sur ces pneumogrammes, mais, sur chacun d'eux, ces mouvements ont leur propre rythme ; la cause en est que les régions vasculaires, thoracique et abdominale, sont indépendantes l'une de l'autre, et que chacune d'elles a ses propres mouvements rythmiques. J'ai observé ce phénomène, cette périodicité, sur tous mes pneumogrammes de malades atteints de confusion mentale et de paralysie générale. Si les ondulations de Traube manquaient sur la plupart de mes pléthysmogrammes à cause de la faiblesse de la circulation périphérique chez mes malades, ces ondulations se manifestaient néanmoins sur les pneumogrammes, d'où la conclusion que le jeu de l'appareil vasomoteur dans les cas examinés n'était pas troublé dans son activité rythmique. On peut dire plus : cette périodicité paraît être sur les pneumogrammes de mes malades plus régulière que chez les hommes sains d'esprit que j'ai examinés, *cæteris paribus*, avec le même pneumographe ; on pourrait dire que les centres vasomoteurs travaillent chez ces malades plus automatiquement que chez les sujets sains d'esprit. Le cerveau de ces malades est comme endormi, et les excitations psychiques qui peuvent changer l'activité normale des vasomoteurs, chez un homme sain d'esprit, restent ici en dehors de la conscience.

Dans six cas de confusion mentale, la pesanteur spécifique de l'urine était augmentée et il y avait dans l'urine un peu d'albumine (1). Avec l'amélioration de l'état du malade, la pesanteur spécifique de l'urine s'abaissait et l'albumine disparaissait. La présence de l'albumine dans l'urine quand la maladie est développée nous fait penser à quelque dénutrition profonde de

(1) Dans les quatre autres cas, l'urine n'a pas été examinée.

©BIUM

différents organes, parmi lesquels, le cerveau. L'activité de l'appareil vasomoteur dans la confusion mentale aiguë ne subit pas de grandes altérations, et il faut apprécier les troubles vasomoteurs, qu'on observe dans cette maladie, plutôt comme secondaires, concomitants, n'ayant pas une grande portée pour la production de la maladie.

©BIUM

Thérapeutique.

—

DU SÉRUM ARTIFICIEL

EN PSYCHIATRIE

Par le Dr G. JACQUIN

Chef de clinique mentale à l'Université de Lyon.

« L'aliénation mentale peut guérir, elle guérit « même très souvent quand on *peut*, quand on « *sait* la traiter à temps ». (*Province médicale*. 1er avril 1887).

Professeur PIERRET.

Différents auteurs, préoccupés à juste titre de fixer la pathogénie d'un certain nombre d'états psychopathiques, ont été amenés à assigner une large place aux infections, aux intoxications, dans la genèse des troubles mentaux ; ces idées fécondes ont trouvé depuis longtemps un ardent défenseur en la personne de notre maître, M. le professeur Pierret, qui, soit dans son enseignement à la Faculté, soit dans ses travaux ou ceux de ses élèves, a montré tout le bénéfice qu'on pouvait tirer de ces conceptions pathogéniques.

Témoin des heureux effets que la méthode encore récente des injections de sérum artificiel a, depuis qu'elle est connue, donnés dans la thérapeutique des infections et des intoxications, et prévoyant les résultats qu'elle pourrait fournir en psychiatrie, M. le professeur Pierret

©BIUM

nous a vivement engagé à en faire l'essai dans son service et à en étudier les effets.

Nous aurions volontiers attendu que nos observations fussent plus nombreuses et notre expérience plus parfaite pour publier ce travail ; mais, par une de ces coïncidences toujours profitables à la science, le Dr Cullerre, guidé par la même idée, a publié récemment le résultat de ses recherches, dans un mémoire intitulé : *De la transfusion séreuse sous-cutanée dans les psychoses aiguës avec auto-intoxication*, paru dans le *Progrès Médical* du 30 septembre 1899.

Notre travail sera le complément de celui du Dr Cullerre, dont il constitue en quelque sorte la contre-épreuve ; et s'il est incomplet, prématuré, pourrait-on dire, ce n'est pas pour revendiquer la priorité de cette idée thérapeutique que nous le livrons à la publicité, mais pour montrer la simultanéité dans l'emploi d'une médication encore nouvelle en psychiatrie.

En effet, si les succès des injections de sérum artificiel ne se comptent plus en pratique médicale journalière, il n'en est pas de même en aliénation mentale où aucune tentative sérieuse n'avait été faite en ce sens, jusqu'au mémoire du Dr Cullerre.

Nous avons minutieusement consulté les traités de psychiatrie les plus anciens, et aucun auteur ne fait mention de la transfusion séreuse sous-cutanée.

En 1892, MM. Maurice de Fleury et Chéron (1) constatent simplement que les injections sous-cutanées ont des effets immédiats : accroissement des forces, hausse de la pression, relèvement de l'*état mental*. Ces effets seraient obtenus avec n'importe quel liquide, pourvu qu'il ne soit pas toxique, et seraient d'ordre mécanique (Chéron).

(1). Chéron, *Loi de l'Hypodermie*, 1892.

©BIUM

La même année, Ilberg (1) emploie les injections sous-cutanées en masse, de solution à 0,75 de chlorure de sodium p. 100, chez les aliénés sitiophobes en état de collapsus ; elles dissipent le danger immédiat du collapsus et relèvent la nutrition, tout en faisant disparaître la sitiophobie ; elles mettent fin à l'état mental des aliénés qui présentent du désordre dans les idées avec inconscience (?).

En 1896, MM. Mairet et Vires (de Montpellier) exposent au Congrès de Nancy les résultats de leurs recherches sur l'action des sérums dans les maladies mentales et nerveuses. Les injections de sérum artificiel pur, concluent ces auteurs, ne donnent aucun résultat thérapeutique appréciable dans l'épilepsie et les maladies mentales ; elles sont inoffensives.

M. Toulouse (2), à propos du traitement de la mélancolie, dit qu'on peut injecter tous les jours 5 grammes d'une solution de chlorure de sodium à 5 p. 1.000.

Le Dr Régis (3) ne fait que signaler l'utilité des injections intra-veineuses dans les psychoses d'auto-intoxication, surtout à la phase de début, et des injections de sérum artificiel à la période de convalescence.

La même année, le Dr Chaslin (4) rapporte en addendum que plusieurs auteurs ont employé comme agent de *médication sthénique* les injections de sérum artificiel ; il cite une communication orale de M. Séglas où celui-ci a vu dans plusieurs cas les bons effets de cette pratique, surtout dans les formes asthéniques. Il injecte par

---

(1) *Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, XLVIII, 6. Analys. in *Arch. de Neurol.* Sept. 1893, n° 79, p. 239.

(2) *La Mélancolie*, 1897, p. 388.

(3) *Les Psychoses d'auto-intoxication.* Mémoire pour le prix Aubanel, 1898.

(4) Traitement de la confusion mentale, in *Traité de thérapeut. appliquée.* Robin, 1898, p. 95.

©BIUM

jour de 5 à 15 centimètres cubes de sérum artificiel (formule de Chéron).

Il ne s'agit donc jusqu'ici que de faits épars, d'assertions peu précises, et dans aucun des auteurs on ne trouve nettement posées les indications du sérum artificiel dans le traitement des maladies mentales.

Depuis plusieurs années, M. le professeur Pierret, dans ses leçons à la Faculté de Lyon, conseillait l'emploi des injections de sérum artificiel (formule de Hayem) dans le traitement des délires infectieux ou toxiques.

Un de ses élèves, le Dr Feuillade, dans sa thèse inaugurale (1), écrit : « Plusieurs malades arrivant à l'asile très déprimés, la bouche garnie de fuliginosités, le pouls petit, ayant refusé toute alimentation depuis plusieurs jours, ont été améliorés rapidement par des injections de 500 grammes de sérum artificiel. »

De notre côté, nous avions entrepris l'essai de cette thérapeutique nouvelle en aliénation, quand parut la publication du Dr Cullerre qui constitue le premier travail d'ensemble sur cette question ; à l'insu l'un de l'autre, mais guidés par la même idée, nous sommes arrivés à des conclusions identiques.

Nous ne nous attarderons pas à analyser ce travail fort consciencieux, car nous nous réservons d'y faire de nombreux emprunts.

Après avoir exposé nos observations grossies du résumé de celles du Dr Cullerre, nous essayerons d'en dégager une résultante pratique et de combler une lacune en étudiant un des points ignorés de la valeur et des indications des injections de sérum (2).

---

(1) Contribution à l'études des manifestations délirantes qui marquent le déclin des maladies infectieuses. *Th.* de Lyon, juin 1899.

(2) Tout récemment, M. Masbrenier, dans un mémoire intitulé : *Traitement du délirium tremens par les injections de sérum artificiel*,

©BIUM

OBSERVATION I (Personnelle). — Service de M. le professeur Pierret.

RÉSUMÉ. — *Psychose post-infectieuse (post-grippale), à forme de confusion mentale et stupeur. — Oligurie. — Injections de sérum artificiel. — Guérison.*

X..., vingt-neuf ans, domestique, entre à l'asile de Bron le 8 juin 1899, avec le certificat suivant : Lypémanie avec alternatives de dépression et d'excitation. Les mêmes accidents se sont déjà manifestés il y a quatre ou cinq ans.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Père en bonne santé. Mère morte après un accouchement. A eu huit enfants tous bien portants.

Rien au point de vue mental, ni chez les ascendants directs, ni chez les collatéraux.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Réglée à douze ans, la malade a toujours eu une menstruation régulière.

Pas de grossesses ni de fausses-couches.

Il y a une huitaine d'années, à la suite d'une fatigue, d'un surmenage, a présenté de l'amnésie et quelques conceptions tristes pour lesquelles elle a été soignée par le Dr Carrier.

Pas d'alcoolisme. Pas d'excès vénériens, pas de syphilis. Sujette aux maux de tête, que ne faisait qu'exagérer sa profession de cuisinière.

ÉTAT ACTUEL. — *Examen somatique* : Cœur : à la palpation la pointe bat dans le quatrième espace en dedans de la ligne mamelonnaire. Pas de souffles. Pas de bruits anormaux.

Pouls faible, assez régulier, 96 pulsations à la minute.

Poumons : rien à la percussion, sonorité normale dans toute l'étendue du poumon, quelques râles sibilants et ronflants à l'auscultation.

Appareil digestif : la langue est sèche, rouge à la pointe et sur les bords, blanche sur le dos; les lèvres fuligineuses l'haleine fétide.

L'appétit est médiocre, la malade mange peu ou mal, pas

---

mémoire paru dans la *Presse Médicale*, du 24 janvier 1900, arrive à cette conclusion que l'atténuation du délire et de l'agitation a été obtenue avec une rapidité remarquable.

©BIUM

d'intolérance gastrique; pas de vomissements. Il faut lui donner à manger comme à un enfant.

L'estomac ne paraît pas dilaté; le foie et la rate sont normaux. Le ventre est souple, pas de taches rosées. Constipation.

Organes génito-urinaires : la malade a ses règles. Les urines sont foncées, hautes en couleur, sédimenteuses; ni sucre ni albumine. La malade est gâteuse; mais urine très peu.

État général plutôt mauvais; facies vultueux.

Température, 38 degrés le matin, 38°2 le soir.

Poids, 62 kilogrammes.

Système nerveux : les réflexes rotuliens sont un peu exagérés; tremblement léger des doigts. Trémulation des paupières. Réflexes cutanés exagérés. Pupilles égales, réagissant bien à la lumière et à l'accommodation.

Hyperesthésie sensitivo-sensorielle.

Sillons unguéaux bilatéraux (1).

État mental : la malade est dans un état d'anxiété avec un certain degré de stupeur, la mimique adéquate, oméga mélancolique. Elle garde le mutisme le plus complet quand on lui parle; elle garde volontiers les attitudes qu'on lui donne; reste assise sans faire un mouvement. Elle est somnolente, hébétée, presque stupide.

L'insomnie est complète. Sous l'influence d'hallucinations et d'illusions, la malade se lève, se promène dans le dortoir, sans savoir où elle va, dit des phrases décousues. Ces phénomènes disparaissent le matin, où la malade retombe dans sa quasi-stupeur.

Certificat de vingt-quatre heures : Confusion mentale avec période d'excitation, et élévation de température, 38 degrés le matin.

Sur les conseils de M. le professeur Pierret, la réaction de Widal est faite par MM. Meyrieux et Carré, mais le résultat est négatif.

---

(1) M. le professeur Pierret attache une réelle importance à ce signe que nous retrouverons d'ailleurs dans d'autres observations. Ces sillons sont toujours consécutifs à un trouble organique, à une infection, à des accidents aigus qui ont précédé les troubles délirants et dont ils peuvent faire soupçonner l'existence antérieure. (Voir *Thèse* du Dr Papillon. Du sillon des ongles chez les aliénés. Lyon, 1895.)

©BIUM

Traitement : 1 lavement purgatif.

9 *juin*. Température, 38 degrés le matin ; 38°6 le soir. La malade ayant fait sous elle, il est impossible de recueillir ses urines qui sont d'ailleurs peu abondantes.

Pas de modification de l'état mental.

10 *juin*. Urines totales de vingt-quatre heures, 550 grammes.

11 *juin*. Les règles ont cessé ; la température reste toujours entre 38°2 et 38°5.

A cette date, nous recevons la visite de la sœur de la malade qui nous fournit des renseignements sur les antécédents et qui nous apprend que la malade a eu une grippe, il y a huit jours, pour laquelle elle a gardé le lit ; c'est à la suite de cette infection qu'ont apparu les troubles mentaux qui ont nécessité l'internement.

Urines des vingt-quatre heures, 600 grammes ; 1 selle. 1 injection de sérum de Hayem de 300 centimètres cubes est faite dans le tissu sous-cutané à la température de 38 degrés.

Benzonaphtol et salicylate de magnésie ; légère réaction fébrile après l'injection.

12 *juin*. Injection de 300 centimètres cubes de sérum.

Urines, 500 grammes ; 1 selle.

Température, 38 à 38°2.

13 *juin*. Injection de sérum, 400 centimètres cubes.

Urines des vingt-quatre heures, 800 grammes.

La malade a eu quelques heures de repos durant la nuit ; mais son sommeil a été troublé par des hallucinations.

Elle s'est levée, est allée près de ses voisines.

14 *juin*. La malade paraît mieux : la mimique est meilleure, l'œil moins vague.

Elle est encore obnubilée, mais répond quand on insiste ; pour de simples questions, elle fait des efforts intellectuels considérables.

D. Où êtes-vous ici ?

R. C'est ce que je me suis demandé, je ne m'en suis jamais rendu compte.

Elle répond absolument comme quelqu'un qu'on tire brusquement du sommeil et qui reste encore somnolent.

Elle a eu des hallucinations. « Il me semblait, dit-elle, que « j'ai vu mes parents ces jours derniers ; mais je ne suis pas « tout à fait sûre de reconnaître les personnes que j'ai vues. « J'ai la tête un peu brouillée, prise comme par un coup de « froid. Au début, j'ai eu bien mal à la tête.

©BIUM

« Par moments, j'y vois double, je ne sais ce qui se passe « dans ma tête. »

14 *juin*. Urines des vingt-quatre heures, 1 litre.

Langue humide, bien meilleure. La malade s'alimente. Température, 37°2 à 37°5.

Injection de sérum, 400 centimètres cubes.

Benzonaphtol et salicylate de magnésie.

15 *juin*. Injection de sérum 400 centimètres cubes.

16 *juin*. La malade s'améliore. Les facultés intellectuelles reviennent. Pas de température. 1 selle.

18 *juin*. Nous conversons avec la malade qui paraît lucide. Elle nous confirme les renseignements que nous avait déjà donnés sa sœur.

Elle ne se rappelle pas exactement ce qui s'est passé durant son séjour à l'asile. « Il me semble que j'ai rêvé, dit-elle. Je « ne sais pourquoi je suis avec des folles. »

25 *juin*. Même état. L'amélioration s'affirme. Poids, 67 kilogrammes.

4 *juillet*. La malade, ne donnant plus de signes de folie, est rendue à sa famille.

Nous donnons sous forme de tableau la quantité totale des urines de vingt-quatre heures et la quantité d'urée (1).

Juin.	Quantité totale d'urine des 24 h. gr.	Quantité d'urée par litre. gr.	Quantité d'urée par 24 h. gr.	Injection de sérum artificiel. cc.
10	550	14	7 70	»
11	600	10	6	300
12	500	20	10	300
13	800	18	14 4	400
14	1.000	20	20	400
15	1.100	19	20 9	400
16	1.300	21	27 3	»
17	1.400	20	28	»
18	1.200	24	28 8	»
19	1.200	22	26 4	»
20	1.450	20	29	»
21	2.000	17	34	»
22	1.900	16	30 4	»
23	1.800	16	28 8	»

(1) Nous avons fait nous-même les analyses d'urée avec l'uréomètre de M. Linossier dont on trouvera la description in *Lyon Médical*, 1896. T. II, p. 245.

©BIUM

OBSERVATION II (personnelle). — Service de M. le professeur Pierret.

RÉSUMÉ. — *Alcoolisme. — Délire de rêve. — Albuminurie. — Oligurie. — Injections de sérum artificiel. — Guérison.*

X..., quarante ans, ménagère, entre à l'asile de Bron le 22 mai 1898 avec le diagnostic suivant :

Délire aigu caractérisé par de l'incohérence dans les idées et une exaltation des plus marquées.

ANTÉCÉDENTS. — La malade, d'un naturel emporté, violent, n'a rien au point de vue de l'hérédité dans les ascendants, ni dans les branches collatérales.

Réglée à douze ans, la menstruation a toujours été régulière. N'a pas eu de convulsions.

Pas de maladies antérieures. Une fausse couche au troisième mois. Une petite fille qui a eu des convulsions de la première enfance. Bonne santé habituelle. Nie l'alcoolisme; mais des renseignements fournis par un parent et par des voisines, il résulte que la malade et son mari s'adonnent à la boisson.

En compagnie de ce dernier, elle fréquentait assidûment les séances d'un spirite lyonnais.

HISTOIRE DE LA MALADIE. — Le 22 mai, à 6 heures du matin, le mari se lève brusquement, prend sa petite fille sur ses bras en disant : « Il faut partir ». Sa femme le suit, et tous deux vont chez X..., le spirite, pour se faire lever un sort; ils arrachent la sonnette et, voyant qu'on ne veut pas leur ouvrir, font du scandale. La police les arrête, et après l'examen d'un médecin, ils sont envoyés tous deux à l'asile.

ETAT ACTUEL. — La malade est dans un état de surexcitation extraordinaire tel, qu'il nécessite l'emploi de la camisole de force. Elle a de l'incohérence des idées et des actes; parle du bon Dieu, de Satan, du magnétisme. « Sortez, vous, n'approchez pas, dit-elle. Ça brûle. » Elle crie, vocifère; et si l'on fait mine de s'approcher, elle cherche à frapper.

L'œil est brillant, les pommettes rouges. Impossible de l'examiner, de prendre sa température, de recueillir les urines.

23 *mai*. Ce matin, la malade est calme et raconte ainsi la façon dont elle est devenue folle :

Son mari et elle sont brouillés avec leur beau-frère; un patron de celui-ci est venu leur faire à eux-mêmes des reproches violents sur son inconduite et sa paresse.

©BIUM

Le fait même d'apprendre de pareilles nouvelles sur ce parent a surexcité le mari et la femme en même temps. Le mari était d'ailleurs aussi agité que la femme à son entrée.

ETAT SOMATIQUE. — *Cœur* : pointe impossible à délimiter par la palpation ; à l'auscultation, premier bruit sourd. Rien à la base.

Pouls régulier, plein, même un peu tendu.

Poumons : normaux.

Système digestif : dentition mauvaise. Haleine fétide. Bouche pâteuse. Langue sale, saburrale. A eu quelques pituites. Foie : l'exploration abdominale est rendue difficile par l'épaisseur des parois. Pas de constipation. Rien au toucher vaginal.

SYSTÈME NERVEUX. — *Motricité* : pas de troubles de la station debout, pas de troubles de la marche. Force musculaire intacte des deux côtés. Pas d'amyosthénie. Réflexes rotuliens un peu exagérés. Pas de trépidation épileptoïde. Pas de tremblement.

Pas de troubles de l'écriture.

Sensibilité : pas de troubles de la sensibilité subjective, sauf céphalée au moment des règles. Sensibilité thermique et tactile intactes ; il y aurait peut-être un peu d'hyperesthésie à la piqûre. La malade localise bien les sensations. Pas d'ovarie, pas d'hyperesthésie mammaire, pas de zones hystérogènes. Pas de troubles trophiques.

ORGANES DES SENS. — *Vision* : pas de troubles de la musculature externe. Pupilles égales, non contractées, réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. Pas de myosis, ni diplopie. Vision des couleurs normale.

Pas de troubles de l'ouïe, du goût, de l'odorat. Pas d'anesthésie cornéenne ni pharyngée. Examen de l'oreille négatif. Sommeil bon. Pas de cauchemars. Pas de troubles de la parole.

Etat général bon. Face couperosée, yeux humides.

Les urines sont rares, 300 centimètres cubes, épaisses, chargées, disque d'albumine. Pas de sucre.

Température, 36°9 matin, 37°1 le soir.

Certificat de vingt-quatre heures : folie transitoire à caractère psycho-sensoriel, liée à des troubles de la sécrétion urinaire.

24 mai. Le matin à 8 heures, brusquement, la malade a pris une crise analogue à la précédente ; la malade est très agitée, elle lève les bras au ciel, appelle le Christ, parle du bon Dieu ; cet accès dure jusqu'à 10 heures du matin et cesse brusquement.

A 1 heure de l'après-midi, en interrogeant la malade, elle

©BIUM

répond clairement aux questions posées, demande comment va son mari.

Urines : disque d'albumine. Quantité des vingt-quatre heures, 350 centimètres cubes.

Analyse faite par M. Lambert, pharmacien en chef :

Coloration normale.

Abondant dépôt d'urates acides solubles à chaud.

Volume, 350 centimètres cubes.

Densité, 1.026.

	Par litre. gr.	En 24 heures. gr.
Urée	36 35	13 45
Acide urique	0 98	0 36
Chlore	8 993	3 33
Acide phosphorique	2 46	0 91
Acide sulfurique	1 95	0 74

Albumine. . . . . 0 gr. 25 par litre.

Première injection de sérum artificiel, 300 centimètres cubes.

25 *mai*. Deuxième injection de sérum, 300 centimètres cubes.

Quantité des urines de vingt-quatre heures, 500 centimètres cubes.

26 *mai*. Troisième injection de sérum, 300 centimètres cubes.

Quantité des urines de vingt-quatre heures, 400 centimètres cubes.

27 *mai*. Quatrième injection de sérum artificiel, 300 centimètres cubes.

Urination consécutive très abondante, plus de 3 litres. Cette polyurie, d'abord trouble, puis limpide, se maintient pendant deux jours.

A ce moment, la malade est d'une lucidité parfaite, ne présente pas l'ombre de conceptions délirantes.

10 *juin*. L'urination est redevenue normale, de 1.500 centimètres cubes à 1.800 centimètres cubes.

La malade ne présentant plus de troubles mentaux sort guérie de l'asile, le 14 juin 1898.

©BIUM

OBSERVATION III (personnelle). — Service de M. le professeur Pierret.

RÉSUMÉ. — *Psycho-neurasthénie à forme mélancolique.— Troubles urinaires. — Rétention. — Oligurie. — Albuminurie. — Sérum artificiel. — Guérison.*

X... (Marie), entre à l'asile le 15 mars 1899, pour troubles cérébraux qui nécessitent son internement.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Père alcoolique, mort d'épuisement. Mère morte d'ascite après dix-huit mois de maladie. Un frère mort à quinze ans de fièvre typhoïde. Une sœur nerveuse prend des crises.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Réglée à dix-huit ans, menstruation irrégulière. Mariée à dix-neuf ans. Sept enfants dont un mort de convulsions.

Accouchements assez pénibles, longueur du travail. Aurait pris des crises convulsives (deux ou trois) après un accouchement.

Pas d'alcoolisme ni de syphilis.

Dans ces derniers temps, la malade a été mise au régime lacté par un médecin pour une maladie dans les urines; elle aurait eu de l'albumine.

HISTOIRE DE LA MALADIE. — Il y a un mois environ, une de ses voisines qui était venue chez elle pour travailler prit une crise de nerfs; elle en ressentit une frayeur violente et c'est depuis ce temps qu'elle est malade.

Durant les premiers jours elle eut des cauchemars, entendait du bruit; il lui semblait qu'on venait dans la chambre où elle habitait; elle avait des hallucinations nocturnes. Céphalées.

ÉTAT ACTUEL A L'ENTRÉE. — Cœur : dédoublement du premier bruit; pouls rapide, plein, 108.

Langue rouge fendillée, haleine mauvaise.

Estomac, foie, rate normaux. Pointe de néphroptose à droite. Constipation habituelle.

Urines : réaction normale, quantité des vingt-quatre heures, 600 grammes; épaisses, sédimenteuses, disque d'albumine.

ÉTAT PHYSIQUE. — Facies un peu violacé; calvitie frontale. Goitre médian dur du volume d'une noix. Varices du membre inférieur.

Système nerveux : motricité; réflexes normaux; tremblement des doigts; amyosthénie; marche et station debout normales.

©BIUM

Pas de troubles de la sensibilité, sauf des céphalées frontales.

Organes des sens : vision; trémulation des paupières, rien aux pupilles; anesthésie cornéenne. Rien à l'ouïe. Sillons unguéaux bilatéraux.

ÉTAT MENTAL. — Conceptions lypémaniaques; mimique peu mobile; la malade a l'attitude d'une anxieuse; immobilité et fixité du regard; son mari l'aurait toujours rebutée, il trouvait qu'elle ne travaillait pas assez; sa fille ne l'aime pas non plus.

Insomnies; cauchemars avec hallucinations hypnagogiques, parfois terrifiantes.

Poids, 83 kilogrammes; température matin, 37°1; soir, 37°4.

Certificat de vingt-quatre heures : psychoneurasthénie à forme mélancolique probablement liée à des troubles urinaires.

Traitement : régime lacté. Purgatif (limonade Rogé).

16 *mars*. A eu trois selles en diarrhée; a uriné deux fois par petite quantité, mais on n'a pu recueillir les urines des vingt-quatre heures.

Elle est dégoûtée de la vie, demande qu'on la tue. Insomnies.

20 *mars*. N'a pas eu de selles; n'a pas uriné depuis le 18 mars. Cathétérisme évacuateur, 700 grammes d'urine.

Elle pleure constamment, prétend que c'est elle qui fait souffrir les malades. Veut se laisser mourir.

21 *mars*. Cathétérisme; évacue 600 grammes d'urine.

22 *mars*. Est toujours anxieuse avec idées d'indignité; urine spontanément, 450 grammes quantité des vingt-quatre heures.

23 *mars*. Première injection de sérum artificiel, 300 centimètres cubes.

25 *mars*. Deuxième injection de sérum artificiel, 300 centimètres cubes.

27 *mars*. Troisième injection de sérum artificiel, 300 centimètres cubes.

Paraît mieux aujourd'hui, la mimique est plus vive; mange bien, demande à s'occuper; dort mieux la nuit.

29 *mars*. Quatrième injection de sérum artificiel, 300 centimètres cubes; benzonaphtol, 2 grammes; un cachet de rhubarbe de 0 gr. 50.

2 *avril*. La malade va bien, travaille, n'a plus ses idées tristes.

Les urines examinées ne contiennent plus d'albumine.

©BIUM

15 *mai*. La malade ne donne plus de signes de folie; sort réclamée par son mari.

L'urination reste normale jusqu'à la sortie de la malade.

La quantité oscille entre 1.500 et 1.700 centimètres cubes.

Mars.	Urines des 24 h. gr.	Urée par litre. gr.	Urée par 24 h. gr.	Sérum artificiel. cc.
20	700	»	»	»
21	600	15	9	»
22	450	18	8 10	»
23	500	23	11 50	300
24	600	17	10 20	»
25	500	16	8 60	300
26	500	28	14	»
27	1.200	13	15 60	300
28	1.200	6	7 2	»
29	1.400	12	16 80	300
30	1.700	7	11 90	»
31	1.600	8	12 80	»
Avril.				
1	1.500	9	13 5	»
2	1.800	11	19 8	»
3	2.300	7	16 1	»
4	2.000	9	18	»

Règles du 4 au 10.

Observation IV. — (Thèse du Dr Feuillade) (1).

Résumé. — *Fièvre typhoïde. — Séro-diagnostic positif. — Confusion mentale avec agitation. — Amélioration par injections de sérum caféiné. — Rechute. — Passage à l'état chronique.*

V..., domestique, vingt-huit ans.

Antécédents héréditaires. — La mère de la malade aurait été enfermée pendant trois mois dans un asile. Père bien portant. Rien à signaler chez les collatéraux.

Antécédents personnels. — Bonne santé pendant sa jeunesse. Elle a eu un enfant.

Quelques jours avant son entrée, elle aurait eu mal à la tête, était constipée et se serait couchée. Cet état a duré pendant plusieurs jours, à la suite desquels elle s'est mise à délirer.

Elle aurait eu quelques ennuis avec un jeune homme qu'elle devait épouser.

---

(1) *Loc. cit.*, p. 41.

©BIUM

Examen de la malade à son entrée.

Cœur : la pointe est perçue à la palpation sur une grande étendue; le choc est mal frappé et donne sous la main la sensation de frémissement. A l'auscultation, le premier bruit est sourd, prolongé; le second est également peu distinct. Pouls petit, 108.

Poumons : rien à signaler.

Tube digestif : langue sèche, grillée, fendillée; haleine fétide. Le ventre est rétracté et douloureux à la pression; la malade est constipée. Estomac et foie normaux. Rate un peu grosse.

Pas de taches rosées.

Organes génitaux : un peu de rétroversion de l'utérus.

Urines : claires, assez abondantes. Ni sucre, ni albumine.

Système nerveux : réflexes un peu exagérés.

Pupilles égales. Pas de troubles de la sensibilité.

ÉTAT MENTAL. — Elle crache à la figure de ceux qui l'interrogent ou les frappe. Elle se débat et on ne peut l'empêcher d'entrer dans le lit d'une autre agitée, sa voisine; c'est à cette dernière condition seulement que l'une et l'autre restent calmes.

La malade parle beaucoup; son regard et sa mimique expriment un état de rêve à fond religieux et social. On croit comprendre qu'il s'agit d'un mariage manqué. Le prétendant était menuisier. La malade ne consentait à l'épouser qu'à la condition qu'il renoncerait à la religion protestante ou juive. Ce point n'est pas bien défini.

L'opposition était suscitée surtout par la mère de la malade, qui disait du fiancé : « C'est un traître, un renégat », et la malade, dans son délire et ses rêvasseries, répète ces insultes en les accompagnant de gestes violents.

ÉTAT GÉNÉRAL. — Mauvais. La malade a de la température, 39 degrés; la peau est sèche; la paume de la main a un reflet jaunâtre. On trouve de l'acné confluent au niveau du dos, de l'érythème au niveau des parties déclives soumises à des frottements.

Traitement : limonade Rogé, cachets de benzonaphtol et de salicylate de magnésie.

10 *janvier* 1899. Urines claires, légèrement albumineuses La température est irrégulière; elle va de temps en temps à 40 degrés et descend ensuite à 38 degrés.

La malade a eu un léger écoulement menstruel qui a duré

©BIUM

six heures environ, le 7 janvier. On donne des lavements glycérinés à la malade qui est constipée.

13 *janvier*. La malade est dans un état de collapsus ; elle boit difficilement. La température est tombée au-dessous de 38 degrés. Injections de 500 grammes de sérum caféiné (0 gr. 75 de caféine) au niveau du sein droit.

14 *janvier*. Le pouls s'est relevé, la température également ; la malade a uriné davantage. Le refroidissement des extrémités est moins considérable. Injection de 1 litre de sérum avec caféine, 1 gramme.

15 *janvier*. État général meilleur. Le collapsus a disparu pour faire place à une agitation extrême. La malade est toujours méchante. Nouvelle injection de sérum, 500 grammes, avec caféine, 0,75. On fait un massage de l'intestin pour vaincre la constipation.

16 *janvier*. La malade porte au niveau de l'omoplate droite un anthrax ; on le cautérise et on le panse.

17 *janvier*. Agitation vive. Pouls fort et régulier à 90. Température monte le soir à 39°4. Suppositoire avec sulfate de quinine de 1 gramme.

18 *janvier*. Température retombe autour de 38 degrés. On donne des lavements froids à la malade qui est toujours très agitée.

19 *janvier*. Injection de 500 grammes de sérum caféiné (de caféine 0,75).

20 *janvier*. Même état. Malade toujours méchante, crache à la figure, cherche à mordre. Elle boit bien et facilement, surtout de l'eau d'Évian.

Injection de sérum, 600 grammes, caféine 0,80.

21 *janvier*. Sérum 500, caféine 0,75.

22 *janvier*. La malade est toujours agitée, refuse de répondre, même quand on lui parle de son fils qu'elle aimait beaucoup. Pouls à 96.

La température qui, les jours précédents, était descendue au-dessous de 38 degrés, est actuellement au-dessus.

28 *janvier*. Réaction de Widal faite par M. Lyonnet est nettement positive.

La température a remonté et la malade a eu hier 39 degrés.

On lui fait une injection de 500 grammes de sérum, avec caféine 0,75.

30 *janvier*. La malade a eu spontanément une selle sans

©BIUM

effort. La température est descendue au-dessous de 38 degrés et s'y maintient.

L'agitation semble moins grande ou du moins se montre par intervalles.

1er *février*. La malade va à la selle sans lavement.

3 *février*. Plus de température. On continue les lavements glycérinés.

Le cœur est régulier, le pouls est petit.

L'état mental s'améliore, la malade n'est plus plongée dans cet état de confusion des premiers jours; elle se comporte maintenant comme une maniaque et non comme une rêveuse.

L'état typhique a disparu. La malade présente à la naissance de l'ongle de chaque pouce un sillon.

6 *février*. Même état maniaque.

Une selle spontanée.

On supprime les lavements froids qu'on lui a fait prendre pendant dix-huit jours.

10 *février*. La malade est levée; on la met au régime commun; elle n'en éprouve aucun malaise. Elle est toujours excitée, va et vient solitairement. Elle demande à sortir.

15 *février*. La malade a un état général assez bon; elle engraisse. Elle est très grossière.

21 *février*. L'agitation persiste, mais la malade paraît plus calme; elle participe aux corvées et se montre raisonnable.

4 *mars*. Malade est toujours agitée; les urines sont abondantes et ne renferment pas d'albumine.

On met la malade aux cellules du quartier général, où elle prend de grands bains tièdes d'une heure.

18 *mars*. Sous l'influence des grands bains qui ont duré une heure, puis une heure et demie, la malade est devenue plus calme. Elle demande à revoir sa famille, avec un peu de brusquerie encore, mais sur un ton moins impératif qu'autrefois.

Elle prend un air mélancolique en songeant à son enfant et à sa mère. Tout dans sa manière indique un retour à l'état normal.

25 *mars*. Depuis hier, la malade est agitée; elle crie et chante dans sa cellule. Elle parle de juifs, de francs-maçons; elle ne veut pas qu'on la prenne pour Dreyfus. Elle parle d'assassins, de voleurs; elle prétend que son enfant l'a protégée; que sans lui elle aurait été assassinée.

25 *avril*. Malade de plus en plus agitée; crie presque toute la journée. Elle accuse tout le monde, les médecins, les infir-

©BIUM

mières de lui en vouloir et de lui faire beaucoup de mal. Elle vocifère des paroles grossières à l'adresse de ceux qui l'interrogent. Enfin, elle n'est pas améliorée et on doit la considérer comme passant à la chronicité.

Elle présente sur les ongles des deux pouces et même sur les ongles des autres doigts de nombreux sillons.

Obs. V, résumée (Dr Cullerre (1). — Mélancolie anxieuse post-grippale avec accès d'agitation ; anurie, sitiophobie, constipation, fièvre ; une vingtaine d'injections de sérum artificiel de 200 à 250 grammes. Quelques lavements purgatifs. Amélioration passagère. Puis aggravation. Escarre sacrée. Mort.

Obs. VI, résumée (Dr Cullerre). — Confusion mentale aiguë ; symptômes graves d'auto-intoxication. Etat général. Refus d'aliments. Quatre injections de sérum artificiel de 300 grammes, une de 500 grammes. La malade sort complètement guérie après un mois et demi de séjour à l'asile.

Obs. VII, résumée (Dr Cullerre). — Mélancolie anxieuse. Accès d'agitation. Sitiophobie. Etat général mauvais. Tuberculose pulmonaire. Urines rares. Constipation. Six injections de sérum artificiel de 300 grammes chaque. Retour des sécrétions. Amélioration de l'état général et des troubles mentaux.

La malade sort guérie de sa psychose après trois mois de séjour à l'asile.

Obs. VIII, résumée (Dr Cullerre). — Antécédents héréditaires. Mutisme complet alternant avec des phases d'agitation et de fureur. Impulsions violentes. Sitiophobie. La cause occasionnelle n'est pas connue. Amélioration rapide de l'état mental après quatre injections de sérum artificiel. L'amélioration ne se maintient pas.

Obs IX, résumée (Dr Cullerre). — Folie urémique consécutive à un rétrécissement traumatique de l'urètre. Alcoolisme.

Première atteinte d'aliénation en 1894. Guérison.

En 1898, deuxième accès de courte durée.

En 1899, troisième accès. Automatisme. Incohérence. Refus d'aliments. *Anurie. Constipation.* Fièvre jusqu'à 40°4. Cette

(1) *Loc. cit.*

©BIUM

fois l'urètre est libre. Stupeur. Cinq injections de sérum artificiel de 500 grammes chaque. Lait. Lavements.

La fièvre tombe au bout de huit jours. Le cours des urines se rétablit. Le malade, au bout de vingt jours, est convalescent de son accès.

Obs. X, résumée (Dr Cullerre). — Alcoolisme. Syphilis. Confusion mentale. Obtusion. Etat général mauvais. Réflexes exagérés. Agitation nocturne. Pouls petit. Refus presque complet d'aliments. Polynévrite. Escarres du décubitus. Rétention d'urine. Pendant un mois, injections de sérum artificiel de 500 grammes à 1 litre faites tous les deux jours. Amélioration passagère.

Quittant le terrain clinique, nous allons essayer de dégager de ce total de dix observations les considérations qui nous ont paru les plus intéressantes. C'est dire que la technique des injections sous-cutanées de sérum artificiel ne nous arrêtera pas longtemps ; nous renvoyons aux auteurs qui l'ont étudiée (1) pour ce qui a trait au manuel opératoire, aux précautions, à l'instrumentation.

Nous conseillons cependant, dans la pratique courante, le procédé que nous avons adopté, comme étant le plus simple et à la portée de tous ; un trocart fin de l'appareil Potain, un tube en caoutchouc, un entonnoir de verre ou une seringue à hydrocèle préalablement désinfectée suffiront pour l'injection dans les régions riches en tissu cellulaire. La formule employée est celle dite de Hayem, qui est une dissolution de 7 grammes de sel ordinaire (sel de cuisine), dans un litre d'eau stérilisée. Ce procédé est d'une application facile ; nous retrouvons ici les mêmes avantages que nous avons déjà signalés (2)

(1) Lejars. *Le lavage du sang*, Paris 1897 ; Bosc et Vedel. *Revue de médecine*, 1897-1898 ; Manquat. *Thérapeutique*, 1897, p. 945.

(2) Jacquin. *Contribution à l'étude des syphilopsychoses*. Thèse de Lyon 1899, p. 93.

©BIUM

à propos des injections sous-cutanées de calomel. Les pilules, les liquides, les cachets, etc., sont souvent refusés par les aliénés, et ces modes de traitement échappent à tout contrôle. Les injections sous-cutanées ne sont pas passibles du même reproche ; le médecin, qui les fait lui-même, est sûr de l'introduction du médicament chez son malade et de ses effets. C'est donc une méthode qui doit entrer dans la thérapeutique des aliénés chez lesquels l'introduction d'un médicament par d'autres voies est souvent difficile, quelquefois même impossible.

A côté de ces avantages pratiques, les injections de sérum artificiel nous ont paru remplir de nombreuses indications pathogéniques, tirées de leur mode d'action lui-même.

Qu'on admette avec Lejars, Tuffier, Delbet, qu'elles produisent un véritable lavage du sang ; qu'avec Bolognesi, on ne voie là qu'un moyen de stimuler l'organisme, de relever la pression sanguine et de rétablir la diurèse et la diaphorèse ; que comme Mauquat, on soit éclectique, et que, parmi les multiples actions des injections de sérum, la principale soit la plus grande dilution du ou des poisons, le résultat est le même, l'application ne change pas.

Sans chercher à expliquer la genèse des maladies mentales, on est forcé de faire jouer un rôle aux intoxications. Si la pathogénie en est complexe; si, à côté des infections et de leurs intoxications, des intoxications hétérogènes ou autogènes, il faut tenir compte des troubles dans les fonctions viscérales (rein, foie, intestin, etc.), tout aboutit à un terme ultime : la polytoxie ; que cette polytoxie crée de toute pièces les symptômes psychiques, qu'elle soit la condition *sine qua non* du délire, ou que, au contraire, elle l'aggrave ou l'entretienne, le but thérapeutique à atteindre subsiste ; ce qu'il faut

©BIUM

avant tout, c'est éliminer ces toxiques, ou du moins les diluer, sous peine de voir la cellule cérébrale succomber dans la lutte.

Or, ce que nous avons dit de l'action du sérum artificiel doit nous permettre son emploi et expliquer le pourquoi de cette méthode.

Quand Etoc disait que la seule indication était de faire disparaître la sérosité, quand Ferrus recommandait de provoquer des sécrétions dérivatives ou que Delasiauve préconisait dans le même but les sangsues aux oreilles, les ventouses à la nuque, les pédiluves irritants, les exutoires, les révulsifs intestinaux, ils étaient guidés par la même idée ; mais le procédé a changé.

Nous avons actuellement dans les injections de sérum un moyen de remplir cette indication et d'agir vite ; pourquoi ne pas l'employer? La tentative valait la peine d'être signalée. Dans beaucoup de cas, la guérison a été évidente ; il s'agissait d'infectés ou d'intoxiqués envoyés à l'asile avec le diagnostic d'aliénation mentale, les uns avec des symptômes généraux graves, les autres ayant un état physique relativement bon, la majorité une élimination d'urine tout à fait insuffisante, un tube digestif foncièrement troublé, une constipation manifeste. A la suite d'injections de sérum artificiel, aidées de lavements purgatifs, d'antiseptiques intestinaux, etc., l'*urination devient normale*, la constipation cesse, l'état général se modifie, la température tombe et les troubles mentaux disparaissent. Le malade peut sortir guéri de l'asile.

Quelques-uns cependant n'ont pas obtenu de bénéfice mental définitif ; mais les injections de sérum artificiel semblent avoir prolongé la vie du malade (Cullerre, obs. V), modifié les escarres (obs. X), ramené un état général meilleur et avec lui fait disparaître la sitiophobie (obs. VII).

©BIUM

Le taux de l'urée a été ramené à l'état normal (1).

Dans nos observations personnelles nous avons noté l'élimination journalière des urines ; l'amélioration mentale s'est manifestée le jour où l'urination a atteint la normale ; un rapide coup d'œil jeté sur les tableaux résumés qui suivent les observations I et III permettra de s'en rendre compte.

Ce fait, simple en apparence, montre avec quel soin on doit examiner les aliénés et l'importance qu'il y a à surveiller les différents émonctoires chez ces malades.

« Nous pouvons, dit M. le professeur Pierret (1), par « l'examen des urines, acquérir des idées très vraisem- « blables sur la composition des humeurs qui baignent « les éléments anatomiques d'un sujet donné.

« Nous savons que la cellule fatiguée s'empoisonne « elle-même et peut mourir tuée par ses propres pro- « duits si les opérations de voirie cérébrale sont en- « travées de quelque façon. »

Il est donc intéressant, utile même, comme le recommande M. le professeur Pierret, d'examiner *qualitativement* et *quantitativement* les urines, chez les nerveux comme chez les aliénés, si l'on veut être renseigné sur le fonctionnement d'un des côtés les plus palpables et les plus accessibles de la dépuration et lutter contre toutes conditions susceptibles de favoriser l'accumulation et la stase d'humeurs toxiques.

Ce résultat, le sérum artificiel paraît le donner dans tous les cas. A ce propos, nous rappellerons que nous avons essayé chez deux malades atteints de confusion mentale le sérum concentré, formule de Chéron ; malgré

(1) Voir Charrin et Desgrez. Action des solutions minéralisées sur l'organisme. *Arch. de Phys.*, 1896, p. 780.

(2) *Congrès de médecine mentale*, 1894, p. 14.

©BIUM

une série de huit injections de 20 grammes chaque, nous n'avons obtenu aucune modification, non-seulement sur l'état mental, mais encore sur l'élimination des urines dont le taux n'a pu dépasser 600 grammes en vingt-quatre heures.

Cette simple constatation, sans rien préjuger, nous permet de dire que le sérum artificiel agit autant, davantage même, par la *quantité* que par la qualité, et nous amène à parler de la durée de la méthode.

Comme elle est par elle-même inoffensive, et à part de rares contre-indications déterminées par l'état du cœur et du rein (ces contre-indications étant bien restreintes), on pourra la prolonger impunément.

La quantité à injecter variera de 300 à 500 grammes; il ne semble pas nécessaire de dépasser cette dose, sauf dans les cas très graves.

Les cas cliniques justiciables de cette méthode sont tous les cas où il y a auto-intoxication et infection, c'est à-dire empoisonnement de l'organisme et par suite du cerveau, soit par les microbes ou leurs produits de sécrétion, soit par des substances toxiques résultant de la formation exagérée ou de l'insuffisance d'élimination des poisons normaux.

Les folies des maladies aiguës infectieuses, délires fébriles, fièvre typhoïde, fièvres éruptives, grippe, état puerpéral, les psychoses post-opératoires, sont les formes où le sérum rencontre toutes ses indications.

De même dans la folie urémique, hépatique.

Dans l'épilepsie, nous avons eu un remarquable résultat chez une de nos malades, qui nous fut amenée à l'infirmerie en état de mal, prenant jusqu'à quarante crises dans la même journée ; à la suite d'une première injection de sérum (500 centimètres cubes), le nombre des crises tombe à dix ; nouvelle injection de 700 grammes : les crises redeviennent moins fréquentes et attei-

©BIUM

gnent la normale, une par jour ; mais ce fait isolé mérite confirmation.

Chez les chroniques mêmes, tels les déments séniles, les persécutés, les maniaques, chez ceux en un mot où il se produit des poussées délirantes surajoutées, et liées à des auto-intoxications, peut-être pourra-t-on avoir recours au sérum.

Cette méthode doit donc être prise en sérieuse considération ; et malgré quelques insuccès qui font ombre au tableau, on ne peut jeter le discrédit sur une méthode qui a déjà fait ses preuves en médecine, et qui, dans quelques cas, a permis aux praticiens d'opérer de miraculeuses guérisons ; pourquoi refuser à la médecine mentale un secours précieux qu'elle peut et paraît devoir lui rendre ?

Mais il ne faudrait pas tomber dans l'excès et faire, comme le dit le Dr Cullerre, une panacée de ce traitement qui doit marcher de pair avec d'autres médications non moins utiles, répondant à d'autres indications, tels que les purgatifs, les antiseptiques intestinaux, les diurétiques, les bains, les toniques, le régime lacté, le séjour au lit, etc.

En résumé, on ne saurait trop se rappeler qu'il faut traiter les aliénés en médecin (professeur Pierret (1)) ; s'ils délirent, c'est qu'ils sont malades. Tant il est vrai que l'aliénation mentale peut guérir quand on *sait*, quand on *peut* la traiter à temps, et on sait la guérir souvent quand on trouve la cause.

« Savoir comment la cause produit la maladie (2) est « de toute importance ; si vous saisissez la série et l'en- « chaînement des actes et des phénomènes qui relient

(1) *Délire aigu*. Leçons inédites, 1897-1898.
(2) Professeur Bouchard. Préface du *Manuel de thérapeutique* du Dr Berlioz.

©BIUM

« l'application de la cause à l'apparition des premiers « phénomènes pathologiques, vous pourrez peut-être « rompre les anneaux de cette chaîne et briser l'enchaî- « nement. »

Cette manière de comprendre la psychiatrie est la seule vraiment rationnelle. Agir autrement, dit Lasègue, se préoccuper exclusivement des troubles mentaux, c'est marcher droit à l'inaction et au découragement.

Conclusions :

1° Les injections de sérum artificiel (formule de Hayem) peuvent rendre des services en psychiatrie.

2° Elles ont des avantages : *a*) facilité d'administration chez les aliénés ; *b*) technique simple et à la portée de tous ; *c*) elles n'entraînent pas d'accidents.

3° Elles sont indiquées dans tous les cas où les troubles mentaux paraissent liés à des infections, à des auto-intoxications, c'est-à-dire à un empoisonnement de l'organisme et par suite du cerveau, soit par les microbes, soit par leurs produits de sécrétion, soit par des substances toxiques résultant de la formation exagérée ou de l'insuffisance d'élimination des poisons normaux.

4° Elles remplissent donc ces indications en éliminant les toxines, en les diluant, en rétablissant les sécrétions et en agissant vite.

Nous signalerons tout spécialement leur action sur la fonction urinaire et l'importance du bon fonctionnement du rein chez les aliénés.

page 385 sur 528

©BIUM

LE REPOS AU LIT

DANS LE TRAITEMENT DES ALIÉNÉS

Par le Dr Albert PÉLAS (de Verdun)

Ancien interne en médecine des asiles
de la Seine.

La question de l'alitement dans le traitement des psychoses est inscrite au programme du Congrès international de Psychiatrie de 1900. Cette question, qui est à l'ordre du jour, a été résolue depuis longtemps déjà par les aliénistes étrangers. Dans ces dernières années, des essais systématiques et des travaux remarquables ont inauguré cette méthode thérapeutique en France, et fourni des solutions diverses au problème, encore aujourd'hui posé.

Pendant les deux années d'internat que nous avons passées dans le service de notre excellent maître, M. le Dr Briand, médecin en chef de Villejuif, nous avons vu pratiquer l'alitement des aliénées; nous avons pu observer celles-ci tout à loisir, étudier l'action de cette médication sur les diverses psychoses, et noter ses effets.

Ces résultats que nous avons enregistrés, nous croyons devoir aujourd'hui les publier : la solution de la question nécessite, exige une connaissance exacte des divers essais systématiques qui ont été tentés.

C'est le 1er juin 1896 que notre vénéré maître de Vil-

©BIUM

lejuif a inauguré l'alitement dans son service, où un dortoir a été consacré à l'application de la méthode.

Et peu à peu M. le Dr Briand a complété l'organisation de ce dortoir, où nous avons pu recueillir 120 observations. Ce chiffre est trop élevé pour nous permettre de les étaler dans ce modeste travail. Aussi nous contenterons-nous d'en exposer les résultats, d'en dégager des conclusions.

Dans cette question, l'historique est trop long pour être encadré dans les étroites limites que nous nous sommes tracées. D'ailleurs, il est exposé dans la thèse, si documentée, de notre excellent ami, le Dr Pochon.

Rendons cependant un juste hommage à Guislain (de Gand), qui a, le premier, préconisé la méthode en 1852, à Ludwig Meyer et à Brosius, en Allemagne ; en France, à J.-P. Falret, à MM. Belle et Lemoine, à M. Magnan et à notre excellent maître, M. le Dr Sérieux.

Considérations générales. — Tout d'abord une question se pose, et cette question nous paraît capitale : Est-il possible de maintenir au lit, couchés, de grands agités, maniaques ou mélancoliques anxieux ? D'après nos multiples observations, nous pouvons affirmer que, dans la majorité des cas, l'alitement peut être imposé plus ou moins facilement par un personnel intelligent, instruit et exercé, qui procède avec énergie, douceur et fermeté, sans se laisser décourager, rebuter par les difficultés. Nous disons que dans la majorité des cas, le repos au lit peut être imposé aux agités, mais dans la majorité des cas seulement, car il en est un grand nombre où l'application de cette méthode est absolument impossible. Il nous semble qu'il ne faut rien exagérer, mais que certains auteurs ont exagéré la facilité de l'alitement des agités. D'abord, il est rarement facile et souvent difficile ; il nécessite de la part du personnel une persévérance opiniâtre. Et puis, il est impossible encore assez

©BIUM

souvent. Nous avons enregistré des cas de fureur maniaque où l'intensité de l'agitation violente était une contre-indication du repos au lit : les tentatives ont complètement échoué ; leur répétition n'a fait qu'accumuler les échecs. Il en est de même d'un certain nombre de cas de mélancolie anxieuse, où les malades réagissaient par une agitation très intense aux conceptions délirantes, aux hallucinations, auxquelles ils étaient en proie.

Enfin, les grands accès d'agitation réflexe et impulsive des épileptiques ont fait échouer complètement les essais d'alitement, comme cette agitation désordonnée, spéciale aux paralytiques généraux.

Dans tous ces cas, la méthode du repos au lit nous a paru tout à fait illusoire, impossible à appliquer, dangereuse même.

Aussi pensons-nous pouvoir, à bon droit, formuler la règle suivante : il y a des cas d'agitation très intense, où l'alitement des malades est contre-indiqué, d'une manière absolument catégorique et formelle. Il est vrai que la somme de ces cas représente une minorité. Dans la majorité, la méthode est applicable, elle est indiquée.

Cette règle, érigée, déduite de l'ensemble de nos observations, voyons les avantages et les inconvénients généraux de la méthode, avant d'étudier son action thérapeutique en aliénation, dans les diverses psychoses que nous passerons successivement en revue.

L'alitement transforme, avant tout, l'asile-prison en asile-hôpital ; il transforme en une salle de malades un quartier cellulaire. Il élève en dignité l'aliéné, le grandit, l'assimile au cardiaque, au tuberculeux. Fait important, grâce à lui, le médecin pent plus facilement examiner son malade; il a devant lui un sujet alité, dont il doit explorer les organes, ausculter le cœur et les poumons, palper, percuter le foie, la rate, analyser les urines. Ainsi

©BIUM

les troubles physiques sont en pleine lumière dans le tableau clinique. Et les pneumonies, broncho-pneumonies, granulies ne sont plus des trouvailles d'autopsie. Les signes physiques ont leur place à côté des signes psychiques, et l'évolution de ces deux groupes de symptômes est parallèle. La psychiatrie n'est qu'une branche de la médecine, et, comme l'a dit Lasègue, « toute branche séparée du tronc est destinée à périr ». Et la pathologie générale domine la pathologie mentale.

Or, une règle de thérapeutique est déduite des données de la pathologie générale, et cette règle est capitale, essentielle ; elle peut se résumer en un mot : le repos au lit. Cette règle doit s'appliquer aux psychoses aiguës comme à toutes les maladies aiguës. Cette règle est applicable à la manie et à la mélancolie aiguës, comme à la pneumonie, comme à la fièvre typhoïde.

On sait que, chez le pneumonique ou le typhoïdique, une infraction à cette règle a pour conséquence un arrêt de mort. En médecine générale, le repos au lit constitue la grande médication vraiment efficace et sûre. Il en est de même en médecine mentale. En vain l'on objectera que dans la fièvre typhoïde il y a de la fièvre, alors que cette dernière est absente dans la mélancolie.

Pour nous, entre le délire fébrile et le délire vésanique, aliénation *stricto sensu*, les rapports sont intimes, au fond. D'ailleurs, il y a des états maniaques qui sont fébriles.

La règle du repos au lit est donc applicable aux psychoses aiguës comme aux autres maladies aiguës. Peut-être est-elle un peu moins stricte, et les infractions qui lui sont commises ont-elles une sanction moins sévère que dans la fièvre typhoïde ou la pneumonie. L'alitement n'en constitue pas moins la grande médication de l'aliénation.

©BIUM

Quant à ses inconvénients, qui sont l'affaiblissement du lit, la masturbation et la constipation, nous pensons qu'ils peuvent être évités par une ou deux heures de promenade dans la journée, des purgatifs ou laxatifs, et surtout une étroite et attentive surveillance, grâce à laquelle aussi seront prévenues les tentatives de suicide.

Nous allons maintenant passer successivement en revue les diverses psychoses, et, dans chacune d'elles, étudier le rôle de l'alitement.

Manie aiguë. — Dans la manie aiguë, l'alitement nous a procuré des résultats satisfaisants. Si cette méthode de traitement n'a pu être appliquée à un petit nombre de maniaques qui présentaient une agitation trop intense, en revanche, elle a été possible dans la majorité des cas, et s'y est montrée vraiment efficace. Ainsi nous avons vu tomber l'agitation motrice, alors que l'agitation verbale continuait ; cependant nous avons vu tarir la logorrhée, mais après un alitement plus longtemps prolongé. Le lit diminue l'hyperactivité psychique et physique des maniaques ; il diminue leur incessant besoin de mouvement. De plus, il atténue leur hyperexcitabilité sensorielle. Il abat le maniaque agité, le calme et l'endort ; il procure au malade quelques instants de sommeil réparateur. Il ménage les forces du sujet, réduit les dépenses de son organisme, économise ses recettes, emmagasine ses réserves. Et c'est bien là la base du traitement de la manie aiguë, si l'on considère la déperdition des forces et l'épuisement qu'elle entraîne, avec ces mouvements désordonnés, ces cris, ces chants, ces vociférations, ces sauts, ces gesticulations, qui sont autant de dépenses effrénées.

Mélancolie. — Dans la mélancolie anxieuse, un très grand nombre de malades ont été soumises au repos du lit. Chez quelques-unes, rares, une sur dix, ce traitement fut absolument impossible, inefficace, à cause de l'in-

©BIUM

tensité de l'agitation, de l'angoisse ou des hallucinations. Mais chez les autres, l'alitement fut possible. Chez quelques mélancoliques anxieuses, des accalmies ont été notées ; les hallucinations se sont évanouies, la douleur morale s'est éteinte, et l'agitation est tombée. Dans la majorité des cas, l'anxiété s'est atténuée, les hallucinations se sont légèrement effacées.

Cependant, si l'alitement constitue dans la mélancolie anxieuse une méthode efficace de traitement salutaire, en revanche, il nous faut insister sur ce point, que son application est très difficile au début, et nécessite une certaine contrainte. Il faut imposer ce nouveau régime au malade, et celui-ci l'accepte avec beaucoup moins de complaisance et de facilité que le maniaque. Ici, ce n'est plus, en effet, l'agitation primitive et simple, essentielle, unique, que nous observons dans la manie ; mais c'est une réaction par agitation violente à des idées délirantes de culpabilité, de ruine et damnation, à des hallucinations, à des interprétations délirantes, développées, greffées sur un fonds mélancolique. Et comme ces conceptions délirantes sont profondément enracinées, la conviction des malades est difficile à ébranler, leur confiance, difficile à capter, le lit, difficile à imposer. Mais heureusement quand il peut l'être, il nous fournit des résultats thérapeutiques assez satisfaisants pour nous dédommager de toutes ces difficultés.

Les mélancoliques anxieux ne sont pas les seuls mélancoliques appelés à bénéficier de l'alitement. Les mélancoliques stupides en tirent un réel profit. Grâce au lit, chez eux, la circulation générale est accélérée, régularisée, favorisée ; l'anémie cérébrale est combattue ; le champ rétréci de l'hématose est élargi ; les battements du cœur, affaiblis, assourdis, sont renforcés ; les mouvements respiratoires et le pouls sont accélérés ; les extrémités froides et cyanosées se réchauffent et rougissent,

©BIUM

enfin la température s'élève. Ainsi sont dissipés tous les troubles physiques de la mélancolie.

Délires des dégénérés. — De nos observations nous pouvons dégager, déduire une règle absolue pour le traitement des délires des dégénérés : dans ces délires d'emblée, dans ces bouffées délirantes, dans ces délires polymorphes, aussi bien que dans la psychose hallucinatoire ou délire hallucinatoire aigu, l'indication de l'alitement est formelle et catégorique. Il s'agit là de psychoses aiguës. Le repos au lit s'impose. Il procure aux malades un calme absolu, diminue leur hyperexcitabilité sensorielle, abat leur agitation motrice et verbale ou éteint leur angoisse et leur anxiété. Grâce à lui, les multiples idées délirantes disparaissent, et les hallucinations s'évanouissent. Et puis, fait important, les troubles physiques se dissipent. Il est vrai que ces délires polymorphes de dégénérescence ont guéri tout seuls et bien avant l'inauguration de la méthode de l'alitement. Cette objection nous paraît fondée. Sans doute, il ne faut pas attribuer au lit des cures rapides et brillantes ; il ne faut pas en faire une médication merveilleuse, une panacée universelle ; mais il faut reconnaître que l'alitement met les malades dans les meilleures conditions de guérison, qu'il l'accélère et la favorise, et précipite un heureux dénouement.

Quant aux dégénérés, persécutés-persécuteurs, ils ne participent pas aux bienfaits de l'alitement, qui nous paraît même absolument contre-indiqué chez eux. Son action serait plutôt contraire et néfaste. Et ce fait nous paraît facile à expliquer. Chez les persécutés-persécuteurs, il y a plutôt un état mental qu'un délire ou qu'une psychose *stricto sensu ;* c'est un état mental exagéré, mais permanent, durable, habituel, où nous voyons imprimée la griffe de la chronicité.

Délire acoolique aigu. — L'alitement nous a fourni

©BIUM

des résultats très satisfaisants dans le traitement de l'alcoolisme aigu. Dans le délirium tremens, nous avons vu le lit dissiper les troubles physiques, abattre l'agitation motrice et verbale ; avec lui nous avons vu s'évanouir les hallucinations visuelles terrifiantes, et s'effacer les conceptions délirantes.

Il est vrai que, dans tous les asiles, avant l'inauguration de cette méthode thérapeutique, on avait vu depuis longtemps la guérison du délire alcoolique aigu. Mais l'alitement, s'il ne constitue pas la médication spécifique de l'alcoolisme, met, au moins, les alcooliques dans les meilleures conditions de traitement, favorise, accélère une guérison, à laquelle il n'est cependant pas nécessaire, assurément. Sans doute, elle se fait sans son secours ; en tout cas, il ne la retarde pas, ne l'entrave en aucune façon. Bien au contraire, il la hâte; il la précipite; il l'assure. Il diminue l'hyperexcitabilité sensorielle et procure un repos tout à fait indispensable à des malades qui présentent des symptômes physiques importants, lesquels évoluent parallèlement aux troubles psychiques. Enfin, grâce à l'alitement, nous avons vu tomber la mortalité du delirium tremens. Ainsi le dénouement fatal du délire alcoolique aigu peut être évité. N'est-ce pas un résultat satisfaisant ?

Confusion mentale primitive. — Quelques observations nous permettent de formuler l'indication du repos au lit dans la confusion mentale primitive, idiopathique, où il nous paraît être la base du traitement. De plus, il n'est pas très difficile à imposer aux malades atteints de cette psychose.

Folie intermittente. — Nous avons déjà montré les bienfaits de l'alitement dans le traitement de la manie et de la mélancolie. Ces bienfaits s'étendent à la folie intermittente, qui reproduit ces deux grands syndromes.

©BIUM

Ici, cependant, les résultats ne sont pas tout à fait aussi satisfaisants et aussi encourageants que dans la manie et la mélancolie aiguës. C'est que la folie intermittente est marquée de la griffe de la chronicité. Nous y trouvons comme une tendance à la répétition des accès. Sans doute, un premier accès, même un second, participent aux bienfaits de l'alitement, comme une manie ou une mélancolie aiguës. Mais plus tard ce traitement nous paraît sans action sur la marche et la durée de l'accès, quoiqu'il atténue toujours cependant, par exemple, l'agitation d'un accès maniaque.

Manie et mélancolie chroniques. — Dans la manie et la mélancolie chroniques, l'alitement peut aussi parfois calmer l'agitation ou l'anxiété ; mais il n'exerce plus cette action bienfaisante, observée dans les psychoses aiguës. Sans doute, il pourrait être essayé dans le but d'atténuer l'agitation motrice ou verbale. Mais, en général, il est contre-indiqué. Pour nous, le travail des champs convient au traitement de la manie et de la mélancolie chroniques, comme des autres psychoses chroniques.

Délire chronique. — Dans le délire chronique, à toutes les périodes de l'évolution de cette psychose, il y a contre-indication formelle à l'alitement, qui, d'après nos observations, serait plutôt contraire et néfaste aux malades. Il est vrai que, là, nous avons affaire à une affection mentale essentiellement chronique, où le repos au lit ne donne aucun résultat.

Paralysie générale. — Quoique la paralysie générale ne soit pas une psychose, elle mérite une place dans le cadre de ce modeste travail, en raison de l'importance des délires greffés sur son fonds démentiel. En vérité, nous avons obtenu des résultats tout à fait contradictoires : en certains cas, nous avons observé des états d'agitation maniaque où nous avons vu se produire des

©BIUM

accalmies ; mais souvent aussi nous avons constaté une agitation, motrice et verbale, absolument incoercible. Il est des cas rares où nous avons vu des troubles trophiques apparaître après l'immobilisation des malades au lit ; chez ceux-ci, nous avons vu aussi les ictus éclater, répercutés sur la marche accélérée de la maladie. Mais ces cas sont rares, et nos observations ne nous permettent pas d'incriminer l'alitement. Cependant, somme toute, il nous paraît plutôt contre-indiqué chez les paralytiques généraux, exception faite des cachectiques et des gâteux.

Démence. — Le repos au lit des déments nous paraît, de même, inutile, et la démence en est, pour nous, une contre-indication, quoique, grâce au repos, nous ayons vu tomber parfois l'agitation de ces malades.

Épilepsie et hystérie. — Dans l'épilepsie, l'alitement nous paraît souvent irréalisable en raison de l'agitation réflexe, impulsive, automatique des épileptiques. Et cependant, quand il est possible, il peut atténuer l'agitation. Mais, en général, il est contre-indiqué de même que dans l'hystérie.

Comme, avec ces névroses, nous sortons des limites que nous nous sommes tracées, nous nous arrêtons là.

Conclusions. — Après avoir passé successivement en revue les formes cliniques variées de l'aliénation, nous croyons pouvoir exprimer notre opinion par les conclusions suivantes, dégagées de nos observations :

Dans les psychoses aiguës, délire aigu, manie aiguë mélancolie aiguë, délires d'emblée, polymorphes, ou bouffées délirantes des dégénérés, confusion mentale primitive idiopathique, le repos au lit nous paraît indiqué, comme traitement salutaire, efficace; il favorise la guérison; grâce à lui, l'agitation se calme et tombe.

Dans les psychoses chroniques ou dans les formes

©BIUM

chroniques de l'aliénation, l'alitement nous paraît contre-indiqué.

La condition capitale, essentielle, de la méthode est la possibilité de son application. Pour nous, dans un grand nombre de cas, qui ne représentent, il est vrai, qu'une minorité, le repos au lit ne peut pas être imposé aux malades, en raison de l'intensité de leur agitation ; dans ces cas, l'alitement nous semble impossible, inefficace et dangereux.

©BIUM

Médecine légale

—

DE

QUELQUES CAS D'HOMICIDE

COMMIS PAR DES PSYCHOPATHES

Par le Dr Georges WEHRLIN

Ancien chef de la clinique psychiatrique de l'Université de Lausanne (Suisse)

(TRAVAIL DE LA CLINIQUE PSYCHIATRIQUE DE L'UNIVERSITÉ DE LAUSANNE)

Suite et fin (1).

3° Crime de Vallorbes.

Il s'agit d'une rixe survenue la nuit de Saint-Sylvestre (1er janvier 1898), dans un café, à Vallorbes, à propos de cigares, entre un ouvrier charron et quelques employés postaux ; il s'ensuivit une bagarre au cours de laquelle l'ouvrier charron, qui avait beaucoup bu, tua d'un coup de couteau un employé postal.

Pas d'expertise médico-légale. Débats devant le tribunal criminel du district d'Orbe, le 22 et le 23 février 1898. Le jury a repoussé l'inculpation d'homicide ; il a, par contre, admis les voies de fait ayant entraîné la mort sans intention de la donner, ces voies de

(1) Voir les *Annales* de mars-avril 1900.

©BIUM

fait étant de nature telle que dans le cours ordinaire des choses il était probable que la mort devait en résulter. Le jury a ensuite admis à l'unanimité la légitime défense, tout en constatant que le meurtrier en avait excédé les bornes.

Condamnation à 3 ans de réclusion.

Les fêtes du nouvel an 1898 ont été également l'occasion d'un drame qui causa la plus vive émotion dans une petite ville des bords du lac Léman ; par égard pour la famille, nous ne mentionnons ni le nom, ni la localité.

4° Affaire X...

Sommaire. — Hérédité chargée. — Débilité mentale. — Kleptomanie. — Excès alcooliques considérables durant les fêtes du nouvel an 1898. — Hallucinations terrifiantes. — Homicide d'un vieillard septuagénaire dans la nuit du 4 au 5 janvier 1898. — Condamnation à 17 ans de réclusion.

Dans la matinée du 4 janvier 1898, la population de Z... apprenait avec émoi que le père B..., vieillard septuagénaire, avait été trouvé mort assassiné dans son écurie à côté de sa chèvre.

L'enquête judiciaire constata en effet que la mort de ce vieillard résultait d'un crime, commis au moyen d'une bêche abandonnée par le meurtrier non loin de sa victime ; celle-ci avait reçu à la tête trois coups violents, qui avaient causé la mort par suite d'une fracture du crâne et d'une hémorragie considérable. Le vol paraissait avoir été le mobile du crime, la victime n'ayant point d'argent et point de porte-monnaie sur elle ; cependant l'on savait que le père B... avait, le 3 janvier, touché chez le pasteur le terme de sa pension des incurables.

Les soupçons se portèrent tout d'abord sur Louis B..., fils de la victime ; on l'arrêta le 4 janvier et on l'incarcéra malgré ses protestations ; mais le 7 janvier, il fut mis en liberté, sa parfaite innocence ayant été pleinement reconnue. Le même jour, 7 janvier, le jeune X..., âgé de vingt-quatre ans, était arrêté chez ses parents ;

©BIUM

au moment de son arrestation, les habits qu'il portait le 3 janvier étaient encore tachés de sang. La justice croyait être maintenant sur les traces du véritable coupable, car X... était la dernière personne en compagnie de laquelle le vieux B... avait été vu. Déjà, dans l'enquête du crime, X... avait été cité comme témoin le 5 janvier, et avait en effet reconnu avoir bu avec le père B... dans la soirée du 3 janvier. Amené devant le juge de paix, X... nie avoir tué le père B... et répond à la question : « D'où proviennent les taches de sang sur votre manteau? » — « De mon menton et de mon nez ». — A son dire, il serait tombé sur la route le 17 décembre 1897, et se serait blessé au menton ; il aurait également saigné du nez. Toutefois, en dépit de ces dénégations, X... fut maintenu en arrestation et incarcéré dans les prisons du cercle. Le mercredi matin 12 janvier, X... adresse une lettre au syndic dans laquelle il lui fait part de son désir de le voir pour lui dire la vérité. Le même jour, vers les 2 heures de l'après-midi, le juge de paix se rend auprès de X... et reçoit de lui l'aveu suivant : — « J'avoue que c'est moi qui ai tué B... pendant qu'il était dans son écurie. C'est Dieu qui l'a voulu, j'ai eu une vision d'un ange, qui m'a dit de tuer cet homme. »

Le lendemain 13 janvier, X... écrit de nouveau une lettre qui contient le récit de son crime et de sa conduite depuis son départ de la maison paternelle, le 2 janvier, vers les 2 heures de l'après-midi, jusqu'à son retour au domicile de ses parents survenu le 4 janvier, vers les 2 heures du matin.

Comme le crime, dont est accusé X..., a été commis sans témoins, cette lettre est d'un vif intérêt et d'une grande importance à cause des détails curieux et des explications singulières donnés par X... pour exposer pourquoi et comment il a tué le vieux B...

Ce sont ces explications singulières et étranges, maintenues par X... dans ses interrogatoires ultérieurs, qui ont fait demander par le défenseur de X... à ce que ce dernier soit examiné au point de vue mental par un médecin aliéniste. Le défenseur alléguait en outre dans la requête au juge d'instruction, que X... paraissait avoir présenté à maintes occasions des troubles cérébraux et

©BIUM

qu'il était issu d'une famille ayant eu plusieurs membres atteints d'aliénation mentale.

Le juge d'instruction acquiesça à cette requête et X... fut envoyé en observation à Cery, où il fut conduit le 7 février 1898.

L'expertise avait spécialement à répondre aux deux questions suivantes :

1° L'accusé était-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 lors de la commission du délit pour lequel il est poursuivi?

Les antécédents héréditaires et personnels sont :

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — *Grand-père paternel*, mort à soixante-trois ans ; a joué un grand rôle dans la vie publique, mais était connu comme un personnage bizarre et original.

Arrière-grand'mère paternelle, aliénée.

Grand'mère paternelle, aliénée ; un *oncle paternel* a été soigné dans un asile : il est prêtre ; une *tante paternelle* était bizarre, extravagante ; on devait la surveiller dans les magasins (kleptomanie).

Père, sous tutelle depuis plus de vingt ans. Hanté par des idées de persécution ; a des craintes à l'égard des francs-maçons ; se croit surveillé par des agents de police ; s'est converti au catholicisme.

Mère paraît nerveuse ; une *sœur* de X... est morte à dix ans de méningite.

X... a encore trois frères et deux sœurs qui paraissent jouir d'une bonne santé.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — X... est né le 28 avril 1874. Il aurait eu fréquemment des convulsions jusqu'à l'âge de trois mois et fut souvent malade pendant les deux premières années. La dentition fut difficile et pénible. D'ailleurs, il s'est développé très tardivement ; il commença à marcher seulement à dix-huit mois, à parler à trois ans et s'exprimait encore très mal à sept ans.

Dès son bas âge, il se fit remarquer par sa tendance à voler. A trois ans déjà, raconte la mère, il volait dans les magasins, et avant dix ans, il buvait déjà beaucoup.

Il fréquenta l'école primaire et fut un élève peu stu-

©BIUM

dieux ; ses camarades le traitaient de « *fou et de petit soûlon* », selon ses propres expressions. Il causa beaucoup de chagrin à ses parents par sa mauvaise conduite et ses penchants vicieux pour le vol et la boisson.

En effet, il volait « *sans intérêt, sans prudence et sans honte* », selon les termes de sa mère, des objets qui n'avaient pas de valeur et s'enivrait fréquemment.

A dix sept ans, il entra en apprentissage chez un jardinier ; puis il fit diverses places ; mais il mécontenta ses patrons à cause de son penchant pour la boisson et leur occasionna bien des ennuis par ses vols nombreux. Étant en place en Suisse allemande, X... eut maille à partir avec la justice : le 14 novembre 1895, ayant bu ci et là *comme un pantin*, — dit-il, — il entra dans la soirée dans un restaurant. Il en sort vers les neuf heures du soir en emportant cinq manteaux, un parapluie, et une paire de gants : il étend les manteaux dans la rue et se couche dessus et s'endort! La police le réveille et le conduit en prison. « *Je n'ai pas su*, — dit-il, — *pourquoi je me trouvais enfermé en prison le matin en me réveillant.* » Traduit devant le tribunal, il fut condamné à trois semaines de prison, d'où il sort pour rentrer chez ses parents. En 1896, il fit son école de recrues et s'y conduisit très bien ; il aurait été même pointé pour l'école de sous-officiers et se réjouissait vivement d'y prendre part. Aussi, en apprenant qu'il ne la fera pas parce qu'il était noté comme buveur, il se mit à boire « *pendant cinq jours et cinq nuits* ». Cela se passait au mois de février 1896, et pendant une nuit il fit « *un terrible rêve* », qu'il décrit ainsi : « *J'étais couché sur un lit et un ange me coupait mon corps en petits morceaux ; puis vis-à-vis de moi étaient encore dix anges qui dansaient sur un banc et qui riaient en me voyant, après quoi je me réveille en sursaut et ayant eu terriblement peur. Je me lève et commence à marcher dans la chambre où il faisait tout nuit, mais au bout d'un moment je me sentais surpris par des personnes que je ne voyais pas et je suis retourné dans mon lit où je me suis complètement couvert, car j'avais eu très peur et j'ai attendu le jour.* »

Le dimanche 7 mars 1897, il vote pour la première fois, et à cette occasion, il boit beaucoup ; aussi, il a pendant la

©BIUM

nuit de « *terribles visions* ». Au mois de septembre 1897, il fit un service militaire sans subir de punition. Aux vendanges, il s'enivre et a vu « *les singes* », selon ses termes. Il se conduit assez bien (quoiqu'il ne se soit grisé quelquefois), jusqu'au 2 janvier 1898. Ce jour-là, 2 janvier 1898, X..., ayant reçu 10 francs de sa mère, se rend à X..., où il rencontre divers amis avec lesquels il boit énormément dans plusieurs cafés du vin et des liqueurs ; enfin, il alla demander l'hospitalité à un ami, chez lequel il arriva entre 2 et 3 heures du matin ayant perdu sa coiffure ! Son sommeil fut troublé par un rêve qu'il décrit ainsi dans sa lettre du 13 janvier 1898 :

« Comme vers les 7 h. 1/2 je dormais encore fort, je vis tout d'un coup Dieu venir à moi et me dire à haute voix : Puisque tu bois pareillement je veux te faire faire quelque chose qui te fera discontinuer. Sur quoi je me réveille, puis me lève avec mon ami et pars d'abord après pour la ville où je recommence à boire passablement, car ce rêve m'avait un peu excité. »

En effet, il fréquenta plusieurs établissements et absorba, outre du vin, six absinthes, liqueur dont il n'avait pas bu une goutte depuis six ans. A 5 heures du soir, il se rend dans la localité de Z..., où il arrive vers les 6 heures ; il va dans un café et y trouve le vieux B..., avec lequel il boit et cause amicalement. « Puis, — écrit X..., — nous sortons donc vers 8 h. 1/4, nous allons ensemble pencher l'eau derrière ledit café ; nous causons encore les deux 5 minutes, lorsque soudain avant de le quitter arrive devant moi un ange qui me dit être envoyé de Dieu et que selon les ordres de Dieu je dois tuer le vieux B... Je reste un moment tranquille et ne dis rien ; sur quoi, B... part en me disant bonsoir ; une fois 150 mètres devant moi je commence à le suivre et le laisser entrer chez lui, je ne suis pas de suite entré chez lui mon ange était toujours avec moi ; au bout de deux minutes B... sort d'une chambre pour entrer avec un falot dans son écurie ; je me mis à le suivre depuis dans le corridor, je vois qu'il se couche alors, j'entre avec mon ange, je vois B... bien étendu sur le côté droit le falot un peu bien allumé à côté de lui, mon ange prend le falot, m'éclaire et me dit : Frappe-le à mort ; sur cela je lui

©BIUM

donne trois coups de poing sur la tempe gauche, puis trois coups de pioche sur le même côté : B... n'avait pas dit un mot, là-dessus l'ange m'enlève un linge qu'il m'avait mis devant les yeux et il me quitte en me remettant le falot que je pose par terre après; quoi je prends dans la poche de pantalon à B...un porte-monnaie contenant 15 fr. 40 en 3 écus et le restant en petites monnaies, puis je quitte B..., et vais dépenser cet argent à boire. Voilà, Monsieur le syndic, tout comme j'ai fait; c'est la franche vérité; je vous prie, cher Monsieur, de me pardonner et je vous serai reconnaissant à vie, vous savez que je ne suis pas responsable de mes actes, j'ai commis ce terrible crime dans un accès de folie et d'ivresse, je vous prie de me pardonner et de bientôt venir me voir. »

Dans son interrogatoire du 14 janvier, X... confirme le récit ci-dessus et répond à la question : « Vous êtes donc sorti avec B...? » comme suit : « Oui, à 8 heures; on a penché l'eau ensemble ; j'ai eu à ce moment-là une vision représentée par un ange qui m'a dit de tuer B... par ordre de Dieu. Cet ange, était une demoiselle tout en blanc et une couronne sur la tête ; j'ai laissé aller B..., je l'ai suivi ; il est entré dans une chambre à droite dans le corridor ; pendant ce temps, je suis resté sur le pas de la porte ; B... a été prendre un falot ou une lumière, il est entré dans l'écurie, je l'ai entendu causer, je pense qu'il causait avec sa chèvre ; après il a baissé un peu la mèche du falot, il s'est couché à droite de sa chèvre et sur le côté droit ; il était bien étendu quand je suis entré, il commençait à dormir ; j'ai pris le falot, que j'ai donné à l'ange ; celui-ci m'a posé un voile devant les yeux ; j'ai donné trois coups de poing sur la tempe gauche à B... ; ensuite j'ai pris une pioche, ou plutôt une bêche, qui était contre le mur, et je lui ai donné trois coups, un sur la tempe gauche et deux sur la figure. »

Puis à la demande : « Le falot, où était-il ? » X... répond : « C'était l'ange qui le tenait ; quand il a reçu les trois coups de bêche, l'ange m'a abandonné en me tirant devers B... parce que j'étais presque sur lui. Dans le corridor, j'ai eu un frisson et je me suis retourné, et j'ai été me laver les mains à une fontaine ». Telles sont les étranges explications qu'il donne sur

©BIUM

son crime. Après avoir bu dans un café, où il passe plusieurs heures, il rentre vers les 3 heures du matin au domicile de ses parents. Il ôte ses souliers pour ne pas faire de bruit et se couche après avoir reçu une admonestation de sa mère au sujet de son absence.

Pendant son sommeil, « *il revoit l'ange* » ; il a des cauchemars, ne peut pas dormir. A 5 heures du matin, il était déjà debout ; il cache le porte-monnaie dérobé dans un vieux soulier ; puis, s'étant rendu auprès de sa mère, il lui déclare vouloir changer de vie. Cependant il vole encore peu après une saucisse ! Dans la journée du 4 janvier il travailla à la vigne ; la nuit du 4 au 5, il n'a pas pu dormir. Le 5 janvier, il est cité comme témoin ; en quittant sa mère il lui dit : « *Je ne sais rien de l'affaire.* » Avant de rentrer au logis, il se met à boire de l'eau-de-vie et rentre ivre. Le 6 janvier, il est assez calme et assure encore à sa mère qu'il n'est en rien mêlé dans l'affaire B... Tel est le résumé de la vie de X... jusqu'au moment de son arrestation, survenue le 7 janvier 1898.

Comme renseignements complémentaires, il faut ajouter que X... passait dans la contrée pour avoir un caractère bizarre et impressionnable. Il aurait eu souvent des vertiges ; déjà, à dix ans, il tombait fréquemment des arbres sur lesquels il était monté et restait évanoui pendant un certain temps. Il était émotif, querelleur, avait souvent la tête congestionnée et se plaignait fréquemment de maux de tête. Il passait pour maladroit, car il laissait tomber les objets qu'il avait dans la main, comme s'il avait eu une *absence* ; dans le cours de la conversation, il devenait tout à coup inattentif. Depuis 1896, son caractère se modifia : il était devenu colérique, priait, pleurait ou chantait tout seul.

Ses parents ont été souvent étonnés de ses terreurs soudaines ; car quelquefois il venait dans la nuit auprès de sa mère et lui disait que « *quelqu'un* lui avait soufflé dans la figure ». Une autre fois, il vient, très pâle et tremblant, raconter à sa mère qu'il a vu trois anges ! En descendant un jour un escalier, il entend sonner la sonnette ; il pousse un cri, se précipite dans la chambre de sa mère et s'appuye contre le lit en tremblant de peur,

©BIUM

son visage était très pâle. Il ne pouvait pas voir le sang sans pâlir aussitôt. Son sommeil était très souvent agité et hanté de cauchemars. Enfin, un de ses frères a été témoin du fait suivant : Un jour du mois de janvier 1894, ce frère était allé à la rencontre de X..., qui avait passablement bu. Chemin faisant, X... se jeta contre un mur qu'il frappa de son bâton en criant ; il tremblait fort, pleurait, et se croyait poursuivi par des brigands. Il tombait à genoux sur la route, priait, et voyait des anges tourner autour de lui !

Il faut mentionner aussi que la famille de X... a voulu le placer dans une maison de santé, il y a plusieurs années déjà ; mais elle renvoyait toujours de mettre ce projet à exécution pour des raisons particulières.

Le résultat de l'examen de X... permit de faire les constatations suivantes : X... est âgé actuellement de vingt-quatre ans, mais il paraît beaucoup moins âgé et on lui donnerait tout au plus seize ou dix-sept ans. Sa taille mesure $1^{m}59$. Il fut renvoyé de deux ans, à sa première visite sanitaire pour le recrutement, pour cause d'insuffisance de taille. Sa constitution est cependant bonne.

Les dimensions du crâne sont :

Circonférence horizontale. .	56	centimètres.
Diamètre antéro-postérieur .	18	—
Diamètre transverse.	15	—

La tête est ordinairement inclinée en avant. Légère asymétrie cranio-faciale : la moitié droite de la face est plus développée que la gauche ; le nez, écrasé à la racine, est dévié à droite ainsi que la cloison ; les narines sont larges. Les oreilles sont asymétriques (la droite légèrement plus petite que la gauche), détachées et ordinairement congestionnées.

Les lobules sont bien développés et offrent à leur base une dépression transversale placée entre le lobule et l'antitragus. En outre, ils se dévient de manière à présenter leur face interne en avant. Les yeux sont petits, enfoncés ; le regard sournois et rusé. Le palais quelque peu ogival. La bouche petite ; la dentition assez bonne ; la physionomie est assez intelligente, mais

©BIUM

n'inspire pas de confiance : c'est celle d'un écolier espiègle.

Les organes thoraciques, abdominaux et génitaux ne présentent rien d'anormal. Au côté interne de la cuisse gauche, on constate une cicatrice linéaire de 10 centimètres de longueur. Les réflexes patellaires sont normaux. La sensibilité générale est intacte ; toutefois, le moindre effleurement sur la peau détermine du dermographisme.

Au point de vue mental, X... se fait remarquer par une mémoire excellente ; mais ses connaissances générales sont peu étendues. Son écriture est mauvaise, son orthographe détestable. Son jugement est celui d'un enfant et non celui des individus de son âge. Très émotif, il rougit facilement. Sa volonté dénote un manque d'énergie ; il se laisse mener et diriger comme on veut ; il avoue sans difficulté ses vols nombreux et ses mensonges fréquents. Ses sentiments religieux paraissent être bien développés et ses sentiments affectifs sont sincères.

Sa conduite à Cery a toujours été correcte. Il s'est montré bon et serviable. Pendant son séjour à Cery, il n'a pas eu de troubles sensoriels, ni hallucinations, ni illusions. Le sommeil fut toutefois souvent troublé par des cauchemars.

Appréciation. — Nous nous trouvons en présence d'un crime perpétré dans des circonstances étranges : un vieillard pauvre et inoffensif a été assassiné pendant qu'il dormait. Comme son porte-monnaie avec le maigre contenu de 15 fr. 70 avait disparu, le vol semblait avoir été le seul mobile de ce crime, dont l'auteur ne tarda pas à être découvert dans la personne de X..., jeune homme de vingt-quatre ans appartenant à une famille fort respectable.

Et pourquoi a-t-il commis l'abominable crime? Pourquoi a-t-il tué le vieux B..., qu'il aimait, et avec lequel quelques minutes auparavant il avait bu amicalement? Parce que, dit-il, une apparition surnaturelle, une vision,

©BIUM

un ange lui avait donné l'ordre subitement de tuer B...

Une pareille explication semble sujette à caution et jette le trouble dans les esprits ; aussi elle nous suggère immédiatement l'idée d'avoir affaire à un fou ou à un menteur effronté et maladroit.

Si nous passons en revue toute la vie antérieure de X..., rien ne paraît plus simple et naturel que d'admettre un mensonge de sa part. La première impression nous dit que cet individu vicieux a menti et imaginé un conte pour excuser son crime. Et pourtant, nous avons la pleine conviction dans ce cas particulier que X... a dit la vérité. Car il parle d'un trouble sensoriel, d'une hallucination qu'on rencontre assez souvent chez des individus qui, comme lui, présentent des défectuosités psychiques. Or, il faut déjà posséder des connaissances approfondies en psychiatrie ou être un acteur consommé pour décrire une hallucination de la vue et de l'ouïe avec tous les détails, comme il l'a fait.

Si donc il a dit la vérité, nous sommes obligés de prendre en considération son état mental et d'admettre que son crime est un acte de folie.

Au premier abord, le laïque ne comprendra pas comment on pourrait penser à la possibilité de l'existence de la folie. Nous nous trouvons en présence d'un jeune homme dont les facultés intellectuelles semblent ne pas offrir de lacunes : le jugement est en apparence clair et intact et l'attitude ne présente rien de particulier. Cependant, cet individu est profondément altéré dans toute sa constitution physique et psychique. Arrière-petit-fils, petit-fils, fils et neveu d'aliénés, il est frappé lui-même des tares de la dégénérescence héréditaire.

Il va de soi qu'il n'est pas un fou délirant ou maniaque.

Il est toutefois un aliéné, si nous nous rappelons que

©BIUM

le mot *aliéné* veut dire étymologiquement « *isolé* ». En effet, l'aliéné paraît un être différent des autres, isolé de ses semblables. Or, dès son enfance, X... n'est pas comme les autres, et a présenté de nombreuses perversions instinctives ou morales : c'est avant tout la tendance à s'approprier le bien d'autrui qui lui est particulière. Depuis tout jeune il se met à voler ; il prend souvent des objets dont il n'a pas besoin, et ne fait rien pour cacher ses larcins ; et quand il a bu, il paraît agir sous le coup d'une impulsion irrésistible. Nous n'avons qu'à rappeler ce qui lui arriva dans la Suisse allemande, où, à la suite de libations considérables, il dérobe dans un restaurant des pardessus, sur lesquels il se couche dans la rue, et se voit arrêté quelques instants après par la police. Un voleur ordinaire ne procède pas ainsi ; aussi, un coup d'œil sur la longue série de vols commis par X... nous fait comprendre qu'il s'agit de la véritable *kleptomanie*. Cela n'a rien d'étonnant, car, nous le savons, la kleptomanie est un des nombreux syndromes de la dégénérescence.

X... est un dégénéré héréditaire dans la vraie acception du terme. A côté du symptôme mentionné ci-dessus, nous observons chez lui la plupart des stigmates physiques et psychiques appartenant à cette affection.

Tout d'abord, son aspect extérieur nous frappe : malgré ses vingt-quatre ans, X... à l'air d'un enfant et on lui donnerait tout au plus quinze à seize ans ; sa taille est petite ; son crâne asymétrique ; le nez écrasé est dévié à droite ; les oreilles malformées, détachées ; le palais légèrement ogival. Les fonctions intellectuelles ne laissent pas beaucoup à désirer ; la mémoire est même excellente, mais l'horizon de son jugement est restreint, la volonté évidemment affaiblie. Voilà des manifestations de la dégénérescence, qui peut être acquise ou héréditaire ; dans notre cas, elle se base en premier lieu

©BIUM

sur l'hérédité. Nous avons vu plus haut de quelle manière l'affection mentale s'est transmise d'une génération à l'autre en s'aggravant de plus en plus. Toutefois, l'hérédité seule n'a pas encore exercé tant de ravages sur l'organisme de X... ; elle n'a produit qu'une prédisposition fâcheuse, et X... aurait pu mener une existence passable ; mais un autre facteur est venu attaquer l'individu prédisposé à la folie : c'est l'alcoolisme, qui a fini par donner le coup de grâce au système nerveux. Lorsque l'alcool s'attaque à une organisation déjà viciée par l'hérédité morbide, il s'établit dans cette rencontre *héré-dotoxique* un état mental très grave. L'influence des boissons spiritueuses sur ces dégénérés est suffisamment connue. Ces malheureux ne supportent pas ce poison désastreux ; sous l'influence d'une dose souvent minime ils sont en proie à des hallucinations, deviennent méchants et terribles ; ce sont souvent de véritables bêtes féroces qui ne reculent devant rien, et le crime, l'homicide, le suicide, etc..., en sont la conséquence fâcheuse. Chez X..., prédisposé par l'hérédité multiple, l'alcool consommé en grande quantité dès le bas âge a d'abord causé un arrêt de développement, puis il a ébranlé tout le système nerveux. A plusieurs reprises déjà, il a présenté des troubles sensoriels et des accès de vertiges. Avant de commettre le crime, il a eu des visions et des hallucinations ; et le 3 janvier 1898, où le malheureux avait beaucoup plus bu que d'habitude, il a eu le matin une hallucination terrifiante ; le soir, il voit et entend une personne, un ange, lui intimant l'ordre de tuer le vieux B... On sait avec quelle promptitude ces malheureux dégénérés obéissent à leurs hallucinations. Toute l'affaire aurait été facile à comprendre et à expliquer s'il avait tué seulement B... et ne lui avait pas dérobé son porte-monnaie.

Pour cette raison, on pourrait objecter que X... a tué

©BIUM

pour voler. Loin de nous d'admettre cette manière de voir. En commettant le crime, il s'est trouvé dans un état d'intoxication et de délire ; le vol n'est que le second acte du terrible drame qui s'est déroulé dans un laps de temps très court. Le tout s'est passé en quelques secondes ; n'oublions pas que X... a l'habitude ou plutôt le penchant de voler n'importe où, et quand l'occasion se présente. Il vole très souvent dans un état presque inconscient. Or, le 3 janvier, au moment du crime, il était dans un état de rêve et d'obnubilation. Si l'affaire s'était passée autrement, X... l'aurait avoué. Il est menteur, il est vrai, mais il n'est pas toutefois un menteur ordinaire. Après quelque temps d'hésitation, il avoue toujours ; il n'est pas assez intelligent, pas assez énergique pour résister longtemps aux objections qu'on lui fait. Nous savons dans quel état d'esprit il était avant son crime ; la famille avait voulu, il y a déjà quelques années, le placer dans un asile d'aliénés, mais pour des raisons particulières n'avait pu mettre à exécution ce projet raisonnable.

Son attitude après le crime est également singulière : il va de nouveau boire, mentir, voler, et ne songe pas à laver ses habits tachés de sang.

Suivant son habitude, il ment et nie d'abord ; mais après quelques jours il avoue tout et décrit tous les détails du crime ; il demande pardon comme un enfant qui a manqué à ses devoirs. Ce n'est que deux mois plus tard (au mois de mars) que X... éprouve de vifs remords, et cela faisait pitié de voir ce malheureux se lamenter et s'accuser d'avoir commis un crime.

Au mois d'avril il n'est plus le même ; il est désalcoolisé et se rend parfaitement compte de son horrible action. Il ne demande qu'à paraître en jugement et à être puni.

Mais la punition ne corrigera pas ce malheureux ; elle

©BIUM

ne pourrait qu'aggraver son état défectueux. Sa constitution est trop imprégnée par une hérédité morbide et trop minée par le poison alcoolique. Aussi X... devrait, à notre avis, durant de longues années être surveillé et traité dans un asile d'aliénés, car c'est un individu atteint de *débilité mentale*. Cette forme appartient au groupe de la *dégénérescence héréditaire*. Le débile occupe parmi les dégénérés une place déjà plus élevée que le soi-disant imbécile.

Il est déjà capable dans des conditions déterminées d'un certain développement et, assez souvent, nous le voyons occuper convenablement sa place modeste dans la société. S'il ne se trouve pas sous l'influence funeste des agents nuisibles, surtout des boissons alcooliques, il ne se distingue pas beaucoup de l'homme normal. Ne peut-on pas prouver que le délit dont il est accusé a été commis à la suite d'une impulsion irrésistible ou d'une intoxication alcoolique, il sera dans la plupart des cas reconnu responsable et puni comme un homme à l'esprit normal. Mais dans le cas qui nous occupe, il est hors de doute que X..., un dégénéré, un déséquilibré, un débile par excellence, au moment où il a commis son crime, était saturé de vin et d'absinthe ; il présentait déjà dans la soirée des symptômes d'intoxication et avait déjà eu le matin du même jour une hallucination terrifiante ; aussi le point de départ du crime du soir est un trouble sensoriel, une vision, un délire, ayant eu lieu le matin. Il assomme le vieux B... sans réflexion, sans préméditation, au moment où son cerveau déséquilibré, surchauffé par le poison le plus terrible, produit une hallucination, le forçant d'obéir aveuglément. De même, il vole en même temps sa victime à la suite d'une impulsion irrésistible et inconsciente ; en outre, nous savons que le crime n'est aucunement en proportion avec le but poursuivi. X... a beaucoup de défauts ; il est bien

©BIUM

vicieux, menteur et voleur; mais il n'est pas un brigand et vulgaire assassin. Au fond, c'est un bon garçon qui aime tendrement ses parents et ses frères et sœurs, qui chante même des psaumes avant de s'endormir.

Il n'est pas l'homme à tuer un vieillard qu'il aime pour s'approprier 15 fr. 70. Il a tué à un moment où il n'était pas maître de lui-même, où il ne savait pas ce qu'il faisait et où il avait — selon ses propres termes — « *un linge devant les yeux* ».

Aussi le rapport médico-légal concluait de la façon suivante :

1° X... n'est pas atteint d'aliénation mentale proprement dite ; mais il est à considérer comme un dégénéré héréditaire, un débile, dont la force de résistance est affaiblie à un tel point que dans des circonstances données, surtout sous l'influence des excès alcooliques, il est hors d'état d'apprécier les conséquences et la moralité de ses actes ;

2° Il était dans un pareil état lors de la commission du délit pour lequel il est poursuivi.

Traduit pour vol commis à l'aide d'homicide volontaire sur la personne du vieux journalier B..., X... comparaissait les 26 et 27 mai 1898 devant le tribunal criminel. Son attitude au tribunal fut aussi celle d'un enfant ; il a pleuré et ri tour à tour.

Le représentant du ministère public combattit les conclusions de l'expertise et plaida la pleine responsabilité de X... ; nous ne contestons pas le droit de ce magistrat d'attaquer les conclusions auxquelles un médecin est arrivé, malgré un examen d'observations journalières qui ont duré plus de deux mois. Mais lorsque le ministère public met en garde les jurés contre les expertises médico-légales et leur cite l'erreur fâcheuse d'une expertise (en France) au sujet d'une fille accusée d'avoir accouché clandestinement et qui,

©BIUM

soumise à trois examens successifs, motiva trois opinions contradictoires, nous ne voyons pas l'analogie qu'il y a entre ce cas et celui de X..., où il s'agissait de savoir si ce dernier avait présenté des troubles psychiques. Aussi nous sommes pleinement d'accord avec le défenseur de X..., qui trouva singulier que si l'on n'admet pas l'expertise, pourquoi on ne requiert pas l'avis d'un autre expert? « Si le juge n'accepte pas les conclusions de l'expert, il doit demander un contre-rapport à un second expert et ne pas statuer par lui-même sur l'état mental de l'inculpé (1) ».

Malgré une brillante plaidoirie de son défenseur, X... a été reconnu à l'unanimité par le jury coupable d'avoir commis un vol au préjudice de Louis B..., et pour faciliter l'exécution de ce délit, d'avoir commis un homicide volontaire sur la personne du dit B... Il répondit négativement (*non* par 5 voix, *oui* par 4 voix) à la question si, lors de la commission de ce délit, X... était atteint d'une infirmité qui le mettait hors d'état d'apprécier les conséquences et la moralité de ses actions. Cependant, à l'unanimité, le jury accorda des circonstances atténuantes en faveur de l'accusé. En suite de ce verdict, la Cour condamna X... à dix-sept ans de réclusion. Un recours a été rejeté.

Qu'il nous soit permis de relever le fait que, dans aucun des trois cas cités ayant exigé l'expertise médico-légale, il n'y a jamais eu une réponse unanime du jury sur la question de savoir si les prévenus étaient oui ou non, au moment de la commission de leur délit, atteints d'une infirmité qui les mettait hors d'état d'apprécier la moralité et la conséquence de leurs actions. Dans l'affaire de John B..., par exemple, où le ministère

(1) Krafft-Ebing. *La responsabilité criminelle* (Trad. Dr Chatelain), 1875, p. 185.

©BIUM

public abandonna l'accusation, il n'y a pas eu non plus une réponse unanime des jurés pour reconnaître cet individu atteint d'aliénation mentale, car un juré a refusé d'ajouter foi aux conclusions de l'expertise. Aussi, nous estimons qu'il y a lieu de modifier la procédure pénale dans notre pays en laissant le juge d'instruction trancher la question de responsabilité et pouvoir en cas d'aliénation mentale rendre une ordonnance de non-lieu. « Lorsque, en suite d'un rapport sérieux, le juge a acquis la conviction que l'accusé ne jouissait pas au moment de l'acte délictueux de l'intégrité de ses facultés intellectuelles, il peut laisser tomber l'instruction » (Krafft-Ebing, *loc. cit.*).

En effet, le médecin expert est toujours inquiet du verdict du jury, même s'il s'est donné toute la peine pour l'éclairer sur les faits les plus simples et incontestables d'aliénation mentale. Il doit toujours être préparé à des surprises ; nous n'avons qu'à rappeler le fameux procès Blanc, de Bremles, qui a même fait du bruit hors de notre pays. Un homme, aliéné depuis plus de trente ans, immole ses trois enfants bien-aimés à l'instar du père Abraham, en leur coupant la gorge. Devant le jury, les quatre experts le déclarent aliéné. Le procureur général adresse des paroles vibrantes au jury, composé de campagnards et d'un régent qui paraît les mener, et lui demande de ne pas rendre un aliéné responsable des actes commis sous l'influence de ses idées délirantes ; en renonçant à soutenir l'accusation, ce magistrat déclara que cet individu sera envoyé dans un asile d'aliénés, où seule est sa place. Il va sans dire que le défenseur n'eut pas grand'chose à ajouter étant sûr de l'acquittement. Qu'elle était la stupéfaction de tout l'auditoire en apprenant le verdict du jury déclarant à l'unanimité des voix que Blanc était coupable et responsable! Il a été en conséquence condamné à la

©BIUM

réclusion perpétuelle. Et si nous avions eu la peine de mort on aurait dû couper la tête à un aliéné inconscient : telle est la garantie que nous offre la haute sagesse d'un jury campagnard à la fin du XIX^e^ siècle !

Asile de Cery, 10 janvier 1899.

©BIUM

Établissements d'aliénés.

—

DU SECRET

DANS LES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

Par le Dr PONS

Médecin en chef de l'asile d'aliénées de Bordeaux.

Suite (1).

III

Après avoir étudié et déterminé la conduite de l'aliéniste dans ses rapports avec l'extérieur, il nous le faut suivre maintenant dans l'asile, dans son commerce quotidien avec ses malades.

Dès le début, l'internement, dont il est témoin, lui apporte des notions nouvelles d'une haute gravité. Le premier jour, l'examen clinique lui révèle l'existence de lésions, de maladies secrètes dont la notoriété serait diffamatoire (une affection vénérienne, des traces de sévices, de viol, une grossesse, etc.). L'interrogation du malade peut lui apporter la présomption d'un crime...

Combien diffère la situation d'un médecin d'asile de celle d'un praticien à clientèle ou même d'un confrère des hôpitaux ! Ces derniers sont incontestablement tenus au silence, la chose est acquise. Leur malade s'est confié à leur loyauté et ils sont devenus confidents nécessaires.

(1) Voir les *Annales*, de janvier-février et de mars-avril 1900.

©BIUM

Ils doivent se taire sur les faits, même criminels, qui leur parviennent à l'occasion de l'exercice de leur profession ; le devoir s'impose encore plus solennel, si je puis dire, aux médecins d'hôpital, et l'on sait ce qu'il en a coûté à certains d'entre eux pour avoir imprudemment dénoncé des malades placés dans leur service.

A l'asile, le malade privé de sa raison ne confie rien au médecin, et l'on pourrait se demander, en appliquant le *criterium* ingénieux de M. Mutean, si celui-ci n'est pas un simple témoin — étant donné d'ailleurs que l'aliéniste n'est pas seul à faire des remarques cliniques et à recueillir des révélations de la bouche de l'aliéné. Cependant, je n'hésite pas à répondre par la négative. Le médecin n'est pas témoin ; il est confident et il serait coupable en faisant connaître des paroles prononcées par le malade, susceptibles d'entacher la réputation de ce dernier, celle de sa famille, ou même de personnes étrangères. En les divulguant, il commet une forfaiture.

Si le cas semblait douteux, il se résoudrait lumineusement par la conscience. Je reconnais qu'il ne faut pas attribuer à la conscience un rôle prépondérant en déontologie, car ses suggestions sont parfois erronées. Mais pour la solution du problème actuel, son intervention est précieuse.

L'aliéné ne confie rien au médecin, c'est incontestable ; il n'a pas de volonté raisonnée et demeure incapable de solliciter sa discrétion. Mais en recueillant les excès de langage commis par ce malheureux qui ne se contrôle pas, le médecin ne peut-il admettre qu'il a devant lui la même personnalité saine, lucide, épouvantée elle-même de ses propres écarts, et qu'elle le supplie de ne point mésuser des confidences qu'il reçoit ? Ne peut-il se dire que cet homme, jouissant de ses facultés, s'abstiendrait de paroles imprudentes et qu'à l'heure où il parle il se repose sur la loyauté du médecin qui l'écoute ?

©BIUM

En se plaçant à ce point de vue, la notion du devoir paraît simple. Dans la situation délicate qui naît du contact de l'aliéniste avec son malade, deux questions se posent à propos de la révélation de faits graves :

Le médecin doit il parler ?

Peut-il parler ?

Une réponse négative sera faite à toutes les deux. En effet, la dénonciation ne saurait s'imposer, même à un simple témoin, puisque la nature délirante des assertions de l'aliéné entraîne l'absence de certitude. On a toujours le droit de garder le silence sur des faits dont la réalité est contestable, quel que soit d'ailleurs leur caractère dangereux et menaçant.

Mais il y a plus. Le médecin a le devoir de se taire sur des faits qu'il a appris au cours de son interrogatoire clinique, c'est-à-dire à la faveur de sa profession. Il serait coupable en commettant une divulgation pouvant être nuisible à l'aliéné ou à des tiers.

Au surplus, l'artifice dont j'ai usé en reconnaissant dans le malade une dualité psychique n'est pas indispensable pour faire attribuer au médecin d'asile la qualité de confident. Un jurisconsulte distingué, M. Hallays, avocat à la cour d'appel de Paris, considère l'obligation du secret comme absolue, impérative, pour les aveux et les déclarations faites au médecin, à l'avocat, au notaire, etc., comme pour les constatations faites *à l'insu* de la personne qui a réclamé leur ministère.

L'aliéniste est donc un confident, et il doit être discret sur toutes les notions qui lui parviennent à l'occasion de ses rapports avec les aliénés.

Indépendamment des révélations verbales, les circonstances abondent dans lesquelles l'accomplissement de sa mission lui apprend l'existence de choses secrètes de leur nature. La doctrine de M. Hallays s'applique invariablement à toutes les découvertes dont la clinique

©BIUM

le met en possession. La conduite du médecin sera d'autant plus inflexible qu'il hésite parfois en croyant aux résultats bienfaisants d'une indiscrétion et qu'un faux sentiment de philanthropie, l'intention de prévenir un malheur imminent, peuvent lui suggérer, à un moment donné, des paroles imprudentes. Le fait suivant se présente quelquefois dans la vie des asiles. M. le docteur Taguet en a rapporté un semblable dans les *Annales médico-psychologiques* (numéro de mars 1875).

Il y a quelques années, existait à l'asile de X.... un malheureux pensionnaire atteint de paralysie générale, dans un état de déchéance mentale absolue et de gâtisme.

Il était marié à une femme sans mœurs, une vraie Messaline. Chaque année, cette mégère devenait enceinte des œuvres d'un autre et elle provoquait, à cette occasion, la sortie temporaire du pauvre paralytique... La sortie n'était pas longue, juste le temps de pourvoir la progéniture d'une paternité légale. Le directeur ne pouvait opposer à cette promenade l'article 14 de la loi de 1838, le malade n'étant pas dangereux pour l'ordre public et la sûreté des personnes. La mesure semblait inspirée par des motifs bienveillants et l'on ne pouvait qu'en soupçonner le motif, qui était de favoriser les débordements d'une épouse indigne. Il était pourtant révolté d'une telle manœuvre ; il eût volontiers donné satisfaction à l'opinion publique en proclamant l'impuissance de son malade, qui lui était bien connue.

L'aliéné lui-même d'ailleurs ne s'en cachait pas ; il en faisait le thème journalier de doléances tragi-comiques. Optimiste à l'excès, comme nombre de paralysés généraux, il remarquait plaisamment « qu'il était très « fo...ort et, qu'en dépit de sa vigueur musculaire, il « n'était bon à rien auprès d'une si belle femme, une « femme si gentille ! » Sa frigidité était bien constatée. Les amis de ce malheureux, au courant de la vie

©BIUM

irrégulière de sa femme, voyaient avec indignation s'accroître une famille à laquelle il était étranger.

Ils auraient voulu flétrir publiquement ces sorties scandaleuses, dont le monde s'égayait. Ils réclamaient dans ce but l'intervention du médecin qui ne pouvait l'accorder, à moins d'émettre un avis sur les aptitudes fonctionnelles de l'aliéné. Le médecin garda le silence et refusa de s'interposer entre l'épouse coupable et son mari.

Il regrettait sincèrement ces choses pénibles; mais une telle révélation, outre qu'elle était préjudiciable aux enfants légaux, était une violation flagrante du secret médical. Aussi, le directeur a-t-il observé constamment une réserve scrupuleuse. Il a parfaitement compris son devoir, qui lui faisait une obligation du silence sur un fait clinique.

L'examen direct de l'aliéné fait naître les mêmes devoirs que ceux d'une pratique ordinaire. Comme à ses confrères de la clientèle, ses fonctions apprennent à l'aliéniste des choses graves qu'il doit garder pour lui. Je crois même que sa discrétion est plus fréquemment mise à l'épreuve dans l'asile.

Un malade est admis après avoir été victime de sévices graves. Le médecin n'a pas à se demander s'il doit se taire à leur sujet, lorsqu'ils sont connus au moment de l'entrée.

Les médecins étrangers à l'asile, qui ont provoqué le placement, épargnent à leur confrère aliéniste tout scrupule de conscience relatif à la violation d'un secret qui n'existe plus. Au reste, celui-ci mentionne simplement, sur son certificat de vingt-quatre heures, la situation mentale du nouvel admis, qu'il est tenu de reconnaître dans un premier examen. Les autres constatations ne le concernent pas.

La question est moins simple pour les faits que lui

©BIUM

révèle une étude personnelle au moment de l'arrivée de l'aliéné et dans les premiers jours. Elle fera connaître, par exemple, le début d'une grossesse, non soupçonnée antérieurement, chez une jeune fille. Cette grossesse ne peut être cachée à la famille, car elle sera plus tard manifeste. Il y a, de plus, intérêt pour l'enfant à ce que la famille ne l'ignore pas. Mais à cet événement notoire se rattachent d'autres circonstances plus ou moins compromettantes pour la malade ou pour d'autres personnes. Son verbiage inconscient ou irrésistible peut mettre sur la voie de la découverte d'une paternité ignorée et recherchée avidement par une famille atteinte dans son honneur. L'aliénée peut ou croit avoir été la victime de manœuvres coupables et son besoin d'expansion se satisfait à l'asile au détriment de personnes étrangères, qu'elle calomnie cruellement. Elle formule des accusations qu'il y aurait danger à laisser se répandre.

M. le docteur Giraud a soumis le cas suivant à la *Société internationale pour l'étude des questions d'assistance* :

« Une aliénée mélancolique entre dans mon service. « Je l'examine pour faire un certificat de vingt-quatre « heures. Elle me dit : « Je suis tourmentée depuis un « certain temps. J'étais enceinte et mon amant m'a « conduite chez une sage-femme pour me débarrasser. « Depuis je suis restée tourmentée. » Il y avait par « conséquent là une aliénée dénonçant un avortement. « Que devais-je faire en pareil cas ? Devais-je saisir le « procureur de la République et lui dire qu'une malade « m'avait fait la confidence d'un avortement, mais sans « citer le nom de la personne ? Je crois que je ne devais « pas le faire. J'ai même évité de mentionner dans le « certificat de vingt-quatre heures ce que m'avait dit « l'aliénée, parce que, le certificat étant envoyé à la pré-

©BIUM

« fecture, on pouvait là ne pas éprouver le même scru-
« pule que moi. En lisant les conclusions de M. Muteau
« j'ai été heureux de voir que je n'avais pas commis une
« erreur en ne dénonçant pas un fait que, d'après l'opi-
« nion de M. Brouardel, j'aurais pu dénoncer, car le nom
« de la sage-femme m'avait été cité. »

M. le professeur Brouardel pense que le médecin doit dénoncer le crime qui lui est révélé lorsqu'il apprend le nom du criminel, son devoir étant de protéger la société en mettant le criminel hors d'état de nuire. Ce précepte n'a pas été suivi par le médecin de Saint-Yon, dont j'ai cru devoir reproduire intégralement la communication, à cause de son importance. M. Giraud a été pleinement approuvé par la Société et sa pratique s'impose à l'avenir dans des circonstances analogues. Elle est encore justifiée à l'asile par le manque de certitude, les révélations d'un aliéné devant toujours être tenues pour suspectes.

Mais, d'autre part, l'examen direct de l'aliénée met sous les yeux du médecin des traces de violences qui lui inspirent la conviction qu'un abus criminel ou un avortement a été commis ou provoqué. Le cas diffère du précédent car il ne s'agit pas d'une dénonciation verbale, mais de la preuve évidente d'un crime, fournie par la clinique. Il m'aurait plu de voir M. Giraud poser la question du secret dans cette circonstance. J'estime qu'elle se résout dans le même sens et que le silence est toujours de rigueur. Le médecin d'asile est un médecin d'hôpital ; en cette qualité, il est tenu à la discrétion professionnelle.

Il est très rare, d'ailleurs, que l'aliéniste soit mis dans le cas de respecter un secret. D'ordinaire, les sévices et manœuvres subis par l'aliénée sont déjà connus au moment de l'admission. Une instruction judiciaire est ouverte et conduite avec l'intervention d'experts étran-

©BIUM

gers à l'asile. L'aliéniste n'est pas interrogé ; il ignore le crime et prodigue ses soins à la malade sans accuser personne.

Il est chargé de fournir les pièces légales, certificats de vingt-quatre heures et de quinzaine, et peut être porté par sa conscience à la rédaction de documents circonstanciés où sont consignées scrupuleusement toutes les constatations cliniques. Il se croira obligé, en mettant au jour son travail, de justifier aux yeux de l'administration d'une étude complète. Peut-être aussi l'intention généreuse de ne pas laisser passer inaperçu l'acte odieux dont il trouve les traces n'est-elle pas étrangère à cet excès de zèle. Son erreur est formelle.

Le rapport qu'il doit rédiger n'intéresse les pouvoirs publics qu'au point de vue de la liberté individuelle. Tout détail ne se rapportant pas à la situation mentale est accessoire et inutile. Le motif qui l'engage à s'ériger en justicier est respectable ; mais il repose sur une fausse appréciation du devoir, en l'entraînant au delà des bornes d'une sage conduite. Le devoir, au contraire, consiste à rester muet en présence des lésions accusatrices dont il a fait la découverte.

Au surplus, en répondant à M. Giraud, la *Société internationale d'assistance* me paraît avoir indiqué sa conduite à l'aliéniste qui fait un examen clinique. S'il a le droit de tenir cachées des révélations que tout le monde peut entendre et comprendre, à plus forte raison sera-t-il discret sur des faits dont il connaît professionnellement et qui dès lors ont, par excellence, le caractère confidentiel.

L'étude de certains cas pathologiques peut entraîner l'aliéniste à des enquêtes délicates au cours desquelles il peut être imprudent.

Ce serait faire injure au médecin d'asile que de le supposer capable de divulguer légèrement l'existence

©BIUM

d'une maladie vénérienne chez un aliéné. Mais la recherche des causes peut l'entraîner à poser aux parents et aux proches des questions sur les affections de la famille et sur la vie antérieure du malade. Pendant qu'il provoque et reçoit des confidences, il sera conduit à s'expliquer sur la santé de ce dernier, et cela d'autant plus aisément qu'une curiosité intéressée pourra le solliciter davantage. De telles indiscrétions, qu'on laisse échapper sans y songer, sont graves. Elles sont capables de porter le trouble et la division dans les familles.

A l'heure actuelle, on s'occupe beaucoup de la nature spécifique de la paralysie générale, et les malades atteints de cette affection sont l'objet d'investigations plus attentives et plus spéciales qu'autrefois. Qu'on leur trouve ou non des lésions cliniques bien déterminées, il faut, au nom de la science, compléter l'examen individuel par la recherche des antécédents et des commémoratifs. C'est pourquoi le médecin s'efforce de déceler dans la famille, chez le conjoint surtout, si le malade est marié, l'origine de la contamination. Est-il besoin d'insister sur les difficultés et sur les dangers d'une telle enquête, pour être conduite avec une discrétion absolue? Pour le malade comme pour les siens, le diagnostic de *syphilis* est une flétrissure.

IV.

Cette étude a pour objet de reconnaître et d'apprécier les diverses situations ou circonstances dans lesquelles l'aliéniste peut être tenu au secret, que les motifs de l'obligation lui soient fournis par un texte de loi, ou par sa conscience, qui lui défend d'être la cause d'un mal quelconque ou d'aggraver un mal déjà produit.

©BIUM

Dans les pages qui précèdent, on a pu le suivre dans ses relations avec la société, ou plutôt avec la foule vulgaire. Puis a été définie l'attitude qui lui convient vis-à-vis de l'administration et de l'autorité judiciaire, lorsqu'il doit concilier l'exécution intègre de sa tâche officielle et légale avec le respect des confidences dont il est chargé. On a vu enfin le médecin, dans son service à l'asile, maître absolu de ces secrets, leur caractère exclusivement clinique faisant de lui un confident nécessaire ou spécial, dispensé d'en rendre compte à personne.

Au nombre des choses secrètes de leur nature, que sa position lui fait apprendre, je dois mentionner en y insistant, à cause de leur gravité souvent méconnue, les faits qui lui sont livrés par la correspondance des aliénés.

Au chef du service médical appartient, dans l'asile, le contrôle rigoureux des relations de l'aliéné avec le milieu social. Le droit qu'il s'attribue est inséparable de ses fonctions. La direction morale des malades, qui fait partie intégrante de la thérapeutique mentale, n'est possible qu'en s'appropriant l'histoire de leur vie, qu'en acquérant la pleine intelligence de leurs sentiments et de leurs passions.

L'aliéniste s'impose la tâche de penser avec l'aliéné, pour combattre ses erreurs et substituer à des volitions dépravées des suggestions correctes. C'est la formule du traitement moral de la folie, qui n'a pas d'auxiliaire plus précieux que le contrôle de la correspondance. Aussi se montrera-t-il jaloux du droit de lire les lettres des aliénés et prendra-t-il sur lui de les intercepter au besoin, dans l'intérêt des infortunés qu'il soigne. On ne peut comprendre la mission du spécialiste sans cette prérogative. Comment ne pas attribuer à cet homme qui peut s'immiscer arbitrairement dans la vie intime

©BIUM

de ses semblables l'obligation étroite de maintenir le respect des choses confidentielles dont il est appelé à connaître !

Il ne se bornera pas à garder le silence ; son rôle doit être actif. La protection dont il entoure l'aliéné lui crée des devoirs nombreux. En interceptant certaines lettres adressées à ses malades, il leur épargne une souffrance morale ; en prévenant des désordres émotifs dangereux, il travaille à leur sécurité.

D'autre part, il se voue à la besogne laborieuse de soumettre à un triage minutieux leurs produits épistolaires. En agissant ainsi, il ne remplit pas seulement son devoir de médecin, qui est d'étudier et de traiter le trouble mental, il exerce encore un rôle tutélaire. Il arrête au passage, en effet, les écrits dangereux des malades, dont le délire est prêt à les engager dans une voie pleine de périls. Il est encore, du même coup, utile à la société, exposée à ressentir plus ou moins profondément les conséquences de ces élucubrations. Le médecin détruit inexorablement la diffamation, la calomnie et même les productions incohérentes dont le moindre tort est de jeter le ridicule sur les pauvres aliénés.

En ce faisant, il accomplit une œuvre louable et saine.

Si le bon sens et la nature même de ses fonctions ne prêtaient pas au médecin des motifs suffisants pour justifier ce contrôle de la correspondance des aliénés, l'intérêt public devrait lui conférer un tel droit et lui en assurer le monopole.

L'action médicale s'exerce sur la correspondance à un triple point de vue :

I. L'aliéné possède des lettres.
II. Il en reçoit.
III. Il en écrit.

©BIUM

I. Les aliénés qui entrent à l'asile y sont dépouillés d'office, au moment de leur admission, des valeurs et des papiers qu'ils ont sur eux. Les unes sont déposées à la caisse du receveur, qui en demeure comptable ; l'administration s'empare des autres et en prend note dans l'intérêt des malades. Les lettres, lorsqu'il s'en trouve, forment une matière particulièrement utile à étudier pour le médecin, parce qu'elles lui apportent des renseignements précieux pour la clinique.

La tâche qu'il remplit en les lisant est des plus délicates, car ces documents ne lui livrent pas seulement des notions d'ordre intime sur ses pensionnaires ; il y découvre encore des faits plus ou moins graves concernant d'autres personnes, qui sont ainsi indirectement compromises par la séquestration. La situation faite aux correspondants de l'aliéné est parfois pitoyable. Ils ont risqué leur réputation dans des lettres inconsidérément expansives, sans prévoir que l'invasion de la folie viendrait mettre en péril des confidences qu'ils croyaient sûrement placées. Le médecin se trouve chargé de ces confidences et il s'en constitue le gardien.

Sa conduite, basée sur le respect de la propriété, est toute tracée :

Consigner à l'abri de toute indiscrétion, et sous sa responsabilité, les écrits dont il est devenu dépositaire.

A la sortie de l'aliéné :

S' il est guéri, les lui restituer scrupuleusement et intégralement;

S'il n'est pas guéri, les confier, en se couvrant par une décharge en règle, aux personnes qui font sortir le malade.

A la mort de l'aliéné :

Les remettre aux héritiers ; en l'absence d'héritiers, les classer au dossier du décédé, qui demeure aux archives de l'asile.

©BIUM

Une procédure intéressante, conforme à ce principe du respect de la propriété, a été suivie l'an dernier à l'asile de Bordeaux, à l'égard d'une aliénée de nationalité suisse, qui y avait fait un séjour de six mois. Cette personne, entrée à l'asile pour y être traitée d'un délire de persécution, était intelligente et pourvue d'une instruction supérieure. Elle avait eu une existence mouvementée, au cours de laquelle elle avait su se créer des relations nombreuses et distinguées. Un bagage encombrant l'accompagnait, formé principalement d'une masse énorme de papiers et de livres qui furent recueillis et mis sous clef par l'administration. Sa correspondance, aussi volumineuse que variée, pouvait compromettre plusieurs personnes honorables. Les écrivains et leurs familles eussent éprouvé un préjudice sérieux de la divulgation de leurs lettres, si le haut personnel de l'asile n'eût opposé aux indiscrets un obstacle infranchissable, pendant tout le temps qu'a duré la séquestration.

Mais, un jour, l'asile a été allégé de son gardiennage par le gouvernement suisse, qui a jugé bon, sur les instances de la famille, de provoquer le rapatriement de la malade. Des instructions furent demandées à Genève, au sujet des papiers qui étaient son bien, mais constituaient un colis gênant, capable de remplir un compartiment de chemin de fer. La réponse fut : *Mettre sous scellés les papiers, qui devraient suivre la malade pendant son voyage.*

La solution indiquée par le gouvernement helvétique est absolument correcte. Lorsqu'un aliéné quitte l'asile, il doit être remis en possession des objets qui lui appartiennent. Rien n'est plus juste, et une semblable mesure est rigoureusement légale.

Quelques âmes honnêtes pourront se plaindre de l'abandon éventuel de documents diffamatoires qui

©BIUM

deviennent un engin de chantage entre les mains de personnes déloyales et cupides. Lorsque l'aliéné est transféré dans un autre asile, le danger n'est pas imminent, car l'asile est une sécurité. L'aliéné garde sa propriété sous la protection de l'estampille officielle. Une autre administration, digne de confiance, est substituée à celle de l'asile d'où il sort. C'est un simple déplacement de la surveillance qui ne cesse pas d'être effective. Mais si, dans la suite, le malade est recueilli par sa famille ou par des amis, ceux-ci s'emparent de la correspondance et la sécurité n'existe plus.

Si l'aliéné vient à décéder dans l'asile, sans avoir d'héritiers, les écrits qu'il laisse peuvent être une source de périls ; le mal qu'ils recèlent peut être immense. En face d'éventualités menaçantes, le médecin peut être poussé à les détruire, surtout s'il a la ferme conviction que les lettres qu'il a sous la main sont capables d'être gravement préjudiciables à autrui. J'estime qu'il doit résister aux suggestions intimes qui le pousseront à les supprimer, dans un élan d'honnêteté. Le respect de la propriété passe avant tout en pareil cas. Le médecin aura peut-être à subir, à ce propos, des sollicitations respectables et dignes de pitié qui mettront sa religion à une rude épreuve. Il ne les écoutera pas et se souviendra qu'il est le gardien responsable d'un bien qui ne saurait être aliéné dans aucune circonstance. Il y a toujours un propriétaire légal après la mort du malade, et, à défaut d'héritiers connus, l'asile ou plutôt l'Etat demeure dépositaire des lettres, sur lesquelles les auteurs n'ont aucun droit de reprise. Telle est la loi, dont l'aliéniste se montrera l'observateur respectueux et fidèle.

Cette procédure est, d'ailleurs, la seule qui permette d'assurer le secret absolu et perpétuel de la correspondance abandonnée. (*A suivre.*)

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 29 JANVIER 1900

Présidence de MM. JULES VOISIN et MAGNAN.

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

Installation du bureau.

M. J. Voisin. — Messieurs et chers collègues, avant de quitter le fauteuil de la présidence, permettez-moi de vous adresser mes remerciements pour le grand honneur que vous m'avez fait en m'appelant à diriger vos séances.

Votre sympathie et votre bienveillance m'ont rendu cette tâche des plus attrayantes, et j'ai trouvé parmi les membres si dévoués du bureau une aide qui me fut toujours agréable et souvent bien précieuse.

Dans nos séances mensuelles un certain nombre d'importantes questions ont été soulevées.

L'étude si complexe de la paralysie générale progressive nous a valu de nombreuses communications. Déjà, l'année dernière, la question de la descendance du paralytique général avait été discutée. Reprise de nouveau cette année par M. Arnaud, elle provoqua de la part de MM. Vallon, Ballet, Briand et Joffroy d'intéressantes observations. Nos collègues sont d'accord pour consatter la rareté de l'hérédité directe homologue et la fréquence au contraire de l'hérédité nerveuse ou mentale. M. Christian, de plus, déclare n'avoir jamais observé d'hérédosyphilis.

Cette observation serait en contradiction avec l'étiologie spécifique infectieuse unique de la paralysie générale, et prouverait qu'il y a d'autres facteurs dans l'étiologie de cette terrible affection. Puis M. Klippel nous

©BIUM

analysa, avec le sens critique si fin que vous lui connaissez, un travail important de M. Coulon sur l'anatomie pathologique de cette paralysie générale progressive. Pour l'auteur, la lésion de la cellule nerveuse est primitive.

M. Brunet nous a apporté le relevé d'un grand nombre d'autopsies de paralytiques généraux (plus de 200), où il nota toujours l'atrophie cérébrale. Pour lui, cette atrophie serait caractéristique de la paralysie générale.

Enfin, M. Toulouse, à propos d'un cas de paralysie générale juvénile chez une épileptique, est disposé à admettre comme causés par la paralysie générale tous les cas de démence rencontrés dans l'épilepsie et dans le jeune âge. Cette manière de voir fut combattue par MM. Arnaud, Doutrebente et par moi-même. Tout en reconnaissant que la paralysie générale peut accompagner l'épilepsie, je soutiens en effet qu'il se développe chez certains épileptiques, ceux surtout qui présentent des accès en série, une démence particulière spasmodique ayant sa symptomatologie, sa marche et sa terminaison propres. J'ai essayé par des observations cliniques de la différencier de la démence vraie du paralytique général. M. Nageotte, dont la compétence en histologie pathologique est connue de nous tous, fit l'étude des cerveaux de deux déments épileptiques spasmodiques, et son examen vient corroborer mon diagnostic clinique. Il y a dans la démence spasmodique épileptique des lésions bien différentes de la paralysie générale progressive.

A côté de ces communications se rattachant plus ou moins à la paralysie générale progressive, nous devons signaler d'autres travaux sur des sujets divers.

M. le professeur Orkansky, de Kharkow, nous a offert son livre sur l'*hérédité dans les familles malades*, que M. Sollier nous a analysé avec beaucoup de soin. Il nous a lu un travail des plus intéressants sur la physionomie des criminels russes. Il nous a montré une série de photographies et il a insisté sur ce fait que, contrairement à l'opinion de Lombroso, les criminels russes présentent des physionomies à peu près normales. Il n'y aurait pas de type de criminel né avec des stigmates de dégénérescence.

M^lle^ Robinovitch nous a communiqué une série d'ob-

©BIUM

servations de dégénérescence mentale avec obsession et impulsion.

M. Dide nous a lu un travail sur la myoclonie dans l'épilepsie, et M. Farnarier nous communiqua, en son nom et au nom de M. Sérieux, un long travail sur le traitement au lit des maladies mentales aiguës, travail plein d'actualité qui suscita entre MM. Doutrebente, Christian et Briand une discussion animée.

Enfin M. Trénel nous fit une communication importante sur l'hérédité familiale en pathologie mentale. Cet auteur reprend l'idée de Morel sur l'hérédité à évolution similaire dans une même lignée. Il nous montre avec des observations à l'appui, que des descendants d'un même groupe sont voués à une même maladie, comme cela arrive en pathologie nerveuse. Jusqu'à ce moment, la folie gémellaire, la folie suicide, l'idiotie rentraient seules dans cette grande classe d'hérédité familiale. L'auteur y fait rentrer le délire systématisé, la démence précoce et la folie périodique.

J'aurais encore, messieurs, à attirer votre attention sur les séances du Congrès de Marseille, séances qui dépendent un peu de notre Société, puisque c'est elle qui est l'organisatrice de ces congrès annuels. Qu'il me suffise de vous rappeler les titres de ces rapports.

Délire systématisé, du Dr Anglade.

Aliénés méconnus et condamnés, du Dr Taty :

Psychoses polynévritiques, du Dr Ballet.

Le compte rendu de ces rapports et des mémoires et observations lues dans les séances a été fait dans les *Annales médico-psychologiques* par notre collègue, M. Giraud.

Je suis heureux de saisir cette occasion pour envoyer à M. le Dr Boubila tous les remerciements de la Société pour la manière si agréable dont il a organisé le Congrès.

La Société a fait une perte cruelle dans le courant de cette année, en la personne de M. Paul Janet, dont les travaux universels de psychologie et de philosophie contemporaine ont valu à leur auteur un fauteuil à l'Institut. La Société est fière de compter parmi ses anciens présidents cet homme illustre.

Notre collègue, le docteur P. Aubry, membre correspondant de notre Société, dont les travaux sur l'anthro-

©BIUM

pologie criminelle ont été justement remarqués, nous a été enlevé dans la fleur de l'âge par un accident terrible ; enfin, nous déplorons la perte de M. Serafino Biffi, ancien directeur de Saint-Celse à Milan, membre associé étranger.

MM. Antheaume, Coulon, Anglade, Bernard-Leroy, Breton ont été nommés membres correspondants. Je leur souhaite la bienvenue et je leur adresse mes félicitations sincères. Leurs travaux scientifiques sont d'un bon présage pour la prospérité de notre Société.

Enfin ont été nommés au titre de membre associé étranger :

MM. Rabow et Godet, de Suisse ; Chagnon, du Canada ; Sano, de Belgique ; Mlle Robinovitch, d'Amérique ; MM. Burr et Alder Blumer, d'Amérique ; Mitaftsis, de Grèce ; Orchansky, de Russie.

Cette longue liste de médecins étrangers venus de toutes les parties du monde et ayant tous des titres scientifiques importants, nous est une nouvelle preuve de l'estime et de la considération dont jouit notre Société.

Avant de terminer ce compte rendu de nos travaux, je tiens à remercier en mon nom et au nom de la Société, M. Semelaigne, qui a doté la Société d'un prix biannuel de 500 francs, et à adresser nos félicitations aux lauréats de notre Société : MM. Eugène Bernard-Leroy et Joseph Boyer, et aux récompensés et lauréats de l'Académie de médecine : MM. A. Marie, A. Vigouroux, et P. Janet, qui obtint le prix Théodore Herpin pour son remarquable ouvrage sur les névroses et idées fixes.

L'année qui commence verra le Congrès international des maladies mentales. Le comité d'organisation a nommé président de ce Congrès notre président actuel, M. Magnan ; et vice-présidents, MM. Joffroy et Ballet ; et secrétaire général, M. Ritti. Nous sommes fiers d'un tel choix, et j'adresse nos vives félicitations à nos chers collègues.

J'invite M. Magnan à occuper le fauteuil.

M. Magnan remercie la Société de l'avoir appelé une seconde fois à l'honneur de présider ses travaux, et prie M. Joffroy de prendre place au bureau.

M. Joffroy exprime ses remerciements à ses collègues de l'avoir nommé vice-président.

©BIUM

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de remerciements de M. Burr, secrétaire de l'Association médico-psychologique américaine, nommé membre associé étranger ;

2° Une lettre de M. le Dr Villers, secrétaire de la Société de médecine mentale de Belgique, sollicitant le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Meuriot, Vallon et Febvré, rapporteur ;

3° Une lettre du Ministère de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, prévenant la Société médico-psychologique que le Congrès des Sociétés savantes se tiendra à la Sorbonne au mois de juin 1900 ;

4° Une circulaire du président du Congrès international de médecine, priant la Société de bien vouloir désigner un délégué auprès de ce Congrès. — M. Jules Voisin, président sortant, est désigné.

La correspondance imprimée comprend :

1° Métissage, dégénérescence et crime, par le professeur Nina Rodrigues ;

2° La thèse de M. Fouques sur les maladies mentales familiales ;

3° Les *Annales de la Société belge de neurologie*, années 1898 et 1899 ;

4° *Bulletin de la Société française de tempérance*, n° 8 ;

5° *Revue de l'hypnotisme*, numéro de janvier 1900.

Mort de MM. Azam et Chambard.

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. Azam, ancien professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, et de M. Chambard, médecin en chef de l'asile de Clermont (Oise), tous deux membres correspondants de la Société.

Prix à décerner en 1900.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. — La Société avait, cette année, deux prix à décerner : le prix Aubanel et le prix Esquirol. Aucun concurrent ne s'est présenté pour ce dernier.

©BIUM

Pour le prix Aubanel, de 2.400 francs, la question posée était la suivante : *Facteurs étiologiques de la paralysie générale*. Un seul mémoire a été envoyé, il a pour auteur M. Coulon, médecin-adjoint de l'asile de Clermont (Oise).

La Commission, pour examiner ce mémoire, est composée de MM. Brunet, Christian, Klippel, Nageotte et Pactet.

Rapport de candidature.

M. Paul Sérieux. — Vous avez nommé une Commission composée de MM. Ritti, Vallon et Sérieux à l'effet de rédiger un rapport sur la candidature de M. le Dr Bresler, médecin en chef de l'asile de Fribourg (en Silésie), qui sollicite le titre de membre associé étranger.

M. le Dr Bresler a envoyé à l'appui de sa demande plusieurs mémoires.

Il convient de citer tout particulièrement une observation de *Méningite ventriculaire de l'adulte avec mort subite* (Neurologisch. Centralbl., n° 18 1898). L'auteur, après avoir rappelé le travail de Quincke sur la *méningite séreuse des ventricules*, l'étude d'Oppenheim sur *l'hydrocéphalie acquise*, rapporte l'histoire détaillée d'un homme de quarante-huit ans, alcoolique chronique (avec amaurose), à propos duquel on pouvait hésiter entre les diagnostics suivants : démence paralytique, tumeur cérébrale, épilepsie avec troubles psychiques consécutifs aux accès. A l'autopsie, point de lésions de paralysie générale, — ni atrophie cérébrale, ni ménigite, ni hydrocéphalie externe, — point de tumeurs, mais une hydrocéphalie interne très accentuée, ayant déterminé une compression du cerveau, des granulations de l'épendyme, une légère opacité de la pie-mère à la base. M. Bresler attribue ces lésions à l'intoxication alcoolique : il n'admet pas l'existence de l'hydrocéphalie interne idiopathique de l'adulte et croit que dans la plupart des cas on peut constater des méningites, des épendymites, des altérations des plexus qui reconnaissent pour cause une infection, un traumatisme ou une intoxication. Il propose d'abandonner le terme « hydrocéphalie interne » et de dire *méningite ventriculaire* (aigüe ou chronique),

©BIUM

en ajoutant, pour le cas en question, l'épithète d'alcoolique.

M. le Dr Bresler a rapporté une autre observation non moins intéressante qui a pour titre : *Contribution à l'étude de la maladie des tics convulsifs* (*névrose convulsive mimique*) (Neurol. Centralbl., 1896, n° 21).

Il s'agit d'un fou moral de vingt-quatre ans, qui présentait quelques secousses dans les muscles de la face et de l'épaule, accompagnées de l'émission de cris inarticulés et d'impulsions à casser les carreaux (le malade aurait eu dans l'enfance des accès épileptiques ou hystériques).

L'auteur admet la théorie d'Oppenheim, pour lequel la maladie est une « névrose de défense » (Abwehr neurose). Sous l'influence d'une émotion, le sujet fait un geste, pousse un cri de défense, — et ce geste et ce cri se répètent chaque fois que l'émotion se reproduit, et même plus tard automatiquement, en l'absence de toute émotion. Cette explication devrait s'appliquer aussi à la coprolalie ; elle n'explique cependant par l'écholalie, d'ailleurs rare. Enfin, il existe dans la maladie de véritables impulsions, « *Zwangshandlungen* », représentées dans le cas présent par le bris de carreaux.

L'auteur propose la dénomination de *névrose convulsive mimique*, (mimische Krampfneurose), ou plus simplement de convulsions mimiques (mimische Krampf).

Nous analyserons encore, brièvement, une autre observation curieuse de M. Bresler : *Un cas de mélancolie avec verbigération* (Neurol. Centralbl., 1897, n° 20).

Décrite par Kahlbaum, en 1874, comme un symptôme caractéristique de la catatonie, la verbigération a été étudiée plus complètement par Neisser, en 1888 et 1890. Cependant les divers aspects sous lesquels peut se présenter la verbigération, ainsi que l'importance de ce symptôme, sont loin d'être suffisamment connus. Peu à peu, dit M. Bresler, s'écartant de la définition de Kahlbaum, on a appliqué le nom de verbigération à la plupart des impulsions verbales observées dans les psychoses. D'après Neisser, la verbigération serait fréquemment associée à d'autres manifestations pathologiques de la sphère motrice, à savoir, à des phénomènes d'arrêt : la verbigération se produit quand, au cours

©BIUM

d'impulsions motrices verbales, des obstacles (organiques ou fonctionnels) viennent empêcher l'émission des mots. N'appartiennent pas à la verbigération les cas dans lesquels la répétition des mots est due à des troubles affectifs, à des processus psychiques maladifs, à des hallucinations (mélancolie, manie, paranoïa), ou encore à l'affaiblissement intellectuel congénital ou acquis. Les manifestations des verbigérants sont dénuées de tout sens et incohérentes : ce qui constitue leur lien, ce sont des associations tout à fait mécaniques, dont il faut chercher la cause dans l'éréthisme de certaines parties du centre moteur verbal privées de leurs connexions normales.

M. Bresler a observé une malade, atteinte de mélancolie, qui répond aux questions par des réponses appropriées, puis tombe dans la verbigération (répétition de mots, allitérations) ; parfois la verbigération se produit d'emblée. Il compare ces faits aux troubles du langage observés chez des sujets en proie à une vive émotion et qui, avec des impulsions verbales très vives, se mettent à bredouiller, ne trouvant pas leurs mots, associent mal leurs phrases. Chez la malade en question, l'excitation déterminée par l'émotion dans le centre moteur verbal est telle que le pouvoir d'association s'épuise rapidement et que l'association par assonance (allitération) finit elle-même par disparaître ; enfin, apparaissent des mots forgés : la malade est privée, non pas du langage articulé, mais du vocabulaire des mots.

M. Bresler a publié un cas de *paralysie progressive infantile*. Les observations de paralysie générale chez les enfants sont très rares et méritent d'attirer l'attention des cliniciens. Il s'agit, dans le cas de M. Bresler, d'une petite fille de treize ans et demi, qui présentait les signes essentiels de la démence paralytique, sauf l'embarras de la parole, et chez laquelle à l'autopsie on a constaté de la méningo-encéphalite, de l'atrophie des circonvolutions, des granulations dans les ventricules.

Parmi les autres travaux de M. Bresler, citons une note sur *la déviation associée des yeux et de la tête* (Neurolog. Centralbl., 1896, n° 5).

Une étude sur *un cas de thrombose de la veine cave inférieure* (Deuts. medicinische Wochens., 1897, n° 12).

©BIUM

Une note sur *les fonctions respiratoires dans les convulsions épileptiques* (Deuts. medic. Wochens., 1897, n° 43).

Une note sur le *Kryofin dans l'influenza* (Therapeut. Monatsch., 1897, octobre).

Une étude sur *l'assistance familiale des aliénés* (The Journal of mental science, avril 1896).

Une brochure ayant pour titre *Esquisses psychiâtriques* (1896) et renfermant : 1° une étude sur *L'assistance des aliénés dans les familles;* 2° un exposé de la question *du personnel de surveillance dans les asiles d'aliénés;* 3° un article sur *l'augmentation de fréquence des maladies mentales.*

Une *Contribution à l'étude de l'histoire de l'hystérie* (Zeitsch. f. Psychiatrie, t. LIII).

Un travail très intéressant sur *l'épilepsie spinale*, avec des considérations sur la chorée électrique, les myoclonies (*Neurol. Centralbl.*, 1896, n° 22).

La liste des travaux qui précèdent, et l'analyse trop écourtée de quelques-uns d'entre eux, témoignent de l'intérêt que prend M. le Dr Bresler aux études de pathologie mentale et nerveuse, et de l'activité sagace qu'il a plus spécialement déployée dans le domaine des investigations cliniques. Parmi les mémoires de M. Bresler, il en est qui constituent des documents importants, méritant de prendre place dans les archives de la psychiatrie et dont la valeur est rehaussée par d'ingénieux aperçus.

Votre Commission vous propose d'accueillir favorablement la candidature de M. le Dr Bresler.

Conformément à ces conclusions, M. Bresler est, à l'unanimité, élu membre associé étranger.

Classification des maladies mentales.

M. Toulouse résume un mémoire sur ce sujet, qui a été publié dans la *Revue de psychiatrie* (numéro de février 1900); ce résumé sera inséré ultérieurement dans les *Annales*.

La séance est levée à 5 h. 1/2.

René Semelaigne.

©BIUM

SÉANCE DU 26 FÉVRIER 1900.

Présidence de M. MAGNAN.

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

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Bernard-Leroy, remerciant la Société de l'avoir nommé membre correspondant;

2° Une lettre de M. Bresler, de Fribourg-en-Silésie, remerciant la Société de l'avoir nommé membre associé étranger.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Essai à l'asile de Pau du traitement des aliénés par le repos au lit*, par M. le Dr Clausolles;

2° Trois brochures de M. Miguel Bombarda;

3° *Revue de l'hypnotisme*, n° 8;

4° *Bulletin de la Société de tempérance*, n° 1;

5° *Annales de la Societé belge de neurologie*, n° 7.

Mort de M. Bouchereau.

M. LE PRÉSIDENT annonce le deuil qui vient de frapper la Société, qui perd en Bouchereau un de ses membres des plus anciens, et un de ses présidents.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture du discours qu'il a prononcé aux obsèques de M. Bouchereau, au nom de la Société (V. les *Annales*, numéro de mars, p. 325).

La séance est levée en signe de deuil et reprise au bout d'un quart d'heure.

Rapport de la Commission des finances.

M. CHRISTIAN. — Messieurs, l'examen de nos comptes de 1899, dont vous nous avez chargés, conformément aux statuts, M. Falret et moi, nous a permis de consta-

©BIUM

ter, une fois de plus, l'excellente gestion de notre trésorier et la situation florissante de nos finances.

Au 1er janvier 1899, notre avoir était de.	1. 104	86
Nos rentes ont rapporté.	1. 686	»
Nos recettes diverses (cotisations, diplômes, etc.).	1. 341	»
Total.	4. 131	86
Nos dépenses se sont élevées à. . . .	1. 758	35
Reste donc un excédent de.	2. 373	51

Mais comme notre fortune se répartit en plusieurs caisses distinctes, celle de la Société, et celles des différents prix, Belhomme, Aubanel et Moreau (de Tours), il convient d'établir le bilan de chacune de ces caisses.

Prix Belhomme : l'avoir s'élevait à. Fr.	1. 300	»
Un prix de 600 fr. ayant été décerné, il reste au 31 octobre 1899.	700	»
Prix Moreau (de Tours), avoir. . . .	400	»
Prix décerné, 200 fr. Reste	200	»
Prix Aubanel, avoir.	1. 211	60
Rente de l'année. . .	800	»
Total. . . . . Fr.	2. 011	60

Ces différentes caisses sont donc en bonne situation pour suffire à toutes les éventualités.

Quant à la caisse de la Société elle-même, elle possédait. 868 63

Nous aurions donc été parfaitement en mesure de décerner le prix Esquirol, dont la Société a décidé l'an dernier le rétablissement. Malheureusement nous n'avons pas eu de Mémoire à examiner ; espérons que nous serons plus heureux en 1900.

Messieurs, notre situation s'est modifiée dans le courant de cette année ; nous avons dû quitter notre vieil

©BIUM

hôtel de la rue de l'Abbaye, où depuis de si longues années se tenaient nos réunions. Nous avons suivi la Société de chirurgie, qui nous donne une hospitalité luxueuse, — comparée à celle que nous avions, — et sans que notre loyer ait été augmenté. Nous avons même une salle spéciale pour notre bibliothèque, et il faut espérer que dorénavant nos livres ne seront plus abandonnés à la poussière, et qu'au désordre succèdera un classement régulier qui permettra de les consulter. Mais cette nouvelle organisation n'ira pas sans dépenses : il a fallu faire établir des rayons pour loger nos livres; la somme nécessaire comptera dans le budget de 1900. En outre, il faut (c'est une condition de notre bail) assurer ces trésors; nous avons pensé, après examen des lieux, que nous pouvions assurer nos livres pour 1.000 fr., le mobilier également pour 1.000 fr. Nous espérons que vous ratifierez cette combinaison.

En résumé, Messieurs, notre commission n'a que des éloges à adresser à notre trésorier, et elle vous propose de ratifier ses comptes en y ajoutant des remerciements bien mérités.

Des remerciements sont votés à l'unanimité à M. Brunet.

Rapports de candidature.

M. Febvré. — M. le Dr Villers, secrétaire de la Société de médecine mentale de Belgique, médecin-adjoint au dépôt des aliénés de l'hôpital Saint-Jean, à Bruxelles, sollicite le titre de membre associé étranger. A l'appui de sa candidature figurent de nombreux travaux sur des sujets de notre spécialité.

Dans un tableau statisque très clair et basé sur des recherches particulièrement difficiles, notre très distingué confrère s'est efforcé de rechercher les causes de l'augmentation des cas d'aliénation mentale en Belgique. Ce tableau a paru dans un travail de M. le Dr de Boeck, chef du service du dépôt ; il comprend le mouvement de la population malade de 1877 à 1895 ; il donne le total des admissions, le chiffre des alcooliques, le chiffre des psychoses pures, la consommation des boissons distillées par tête d'habitant (en litres, Belgique

©BIUM

entière), le chiffre de la population de Bruxelles et de ses faubourgs, le nombre des cabarets.

Dans un autre travail très intéressant, intitulé « Pathogénie et pronostic du delirium tremens », M. Villers fait une étude très judicieuse et comparative du delirium tremens observé au point de vue de sa marche, de ses causes, de sa gravité, de ses rapports avec la pneumonie, de sa courbe thermométrique, tant en Danemark qu'en Belgique. Après avoir très bien exposé les idées de M. Jacobson, de Copenhague, sur le delirium tremens, il arrive comme le savant médecin danois et après une observation scrupuleuse de cent cas de delirium, à conclure que le delirium tremens évolue le plus souvent chez des malades presque toujours atteints d'alcoolisme chronique ; il pense également que l'autointoxication, déjà signalée par Klippel et Alban Hamilton, joue un rôle capital dans l'éclosion des troubles intellectuels ou somatiques du delirium tremens. Son étude comparative l'autorise toutefois à conclure que le développement du délirium tremens est peut-être plus tardif en Belgique qu'en Danemark (le maximum des cas observés se produit en effet de trente-cinq à cinquante ans) ; que ses causes occasionnelles ou déterminantes ne se révèlent pas d'une façon aussi nette dans ses observations que dans celles de Jacobson (17 complications seulement sur 100 cas) ; que la courbe thermométrique est rarement accusée ; que le delirium tremens fébrile et sans complications est extrêmement rare à Bruxelles; et qu'enfin, d'une façon générale, le pronostic est moins sombre en Belgique qu'en Danemark.

A propos d'un cas de gigantisme (communication à la Société d'anthropologie de Bruxelles), M. Villers fait un historique complet de la question, étudie la taille observée dans divers pays, puis donne l'observation détaillée du sujet dont la taille était de $2^{m}42$ sans chaussures, le poids de 180 kilogrammes et le périmètre thoracique au niveau des mamelons de $1^{m}20$. Après avoir, avec un soin minutieux, décrit tous les diamètres du crâne, il étudie le sujet au point de vue mental ; comme conclusion, il pense qu'il s'agissait d'un géant scaphocéphale, débile, qui avait présenté

©BIUM

dans sa jeunesse des troubles de la nutrition osseuse, rattachables au rachitisme et qui ont abouti au gigantisme.

Dans un mémoire, intitulé « Contribution à l'emploi du trional », M. Villers étudie spécialement l'action de ce médicament dans la démence sénile. Les doses qu'il a employées ont varié de 0 gr. 50 à 1 gramme. Les résultats ont été très favorables chez trois démentes séniles, mais ont été presque nuls dans le delirium tremens et dans la paralysie générale. Le trional était administré dans une tasse de lait chaud. Aucun malaise consécutif à noter.

Un autre mémoire de M. le Dr Villers porte le titre suivant : « Un cas d'atrophie musculaire du type Duchesne-Aran ».

Il s'agissait d'une femme de cinquante-deux ans. Le début de l'affection avait été signalé par une paralysie subite et passagère du bras droit, suivie d'une parésie de ce membre. L'atrophie musculaire, qui avait commencé par les mains (surtout éminence thénar et hypothénar), s'était ensuite étendue aux bras, à l'épaule, au tronc. Après avoir présenté le syndrome labio-glosso-laryngé, la malade était morte dans le marasme. Malgré une intermission dans le cours de la maladie, M. Villers pense que l'atrophie a conservé une marche progressive continue.

L'observation recueillie par le Dr Villers comprend l'étude des divers réflexes, l'examen électrique, les progrès de l'atrophie dans les divers muscles.

L'autopsie a démontré la trace d'une suffusion sanguine à la partie antérieure de la couche optique droite (conséquence d'un ictus apoplectiforme ancien), un épaississement de la pie-mère de la moelle ; les cornes antérieures étaient blanches, amincies, diminuées de volume.

L'examen histologique a révélé outre des lésions dues à l'artério-sclérose, un foie cardiaque, de la stase et de la sclérose du côté des reins et de la rate, de la sclérose des enveloppes de la moelle, l'atrophie des cellules ganglionnaires des cornes antérieures dans la région cervicale et dorsale supérieure, sans localisation bien nette dans tel ou tel groupe de cellules motrices ; certaines

©BIUM

cellules étaient arrondies, dépourvues de prolongements; parfois le noyau avait disparu. Altération du protoplasma. Parfois vestige de cellule disparue.

Enfin, dans une très longue dissertation scientifique sur le délire de la jalousie et qui ne comprend pas moins de cent pages, M. le Dr Villers étudie et donne les caractères de la jalousie morbide dans ses manifestations délirantes, parfois si dangereuses. Il suit pas à pas cette maladie mentale, dont il fait une entité morbide, et qu'il décrit comme une forme de paranoia. Selon M. Villers, dans presque tous les cas de délire de la jalousie aiguë ou chronique, l'étiologie reconnaît comme facteurs principaux la dégénérescence psychique avec ou sans alcoolisme ; viennent ensuite certaines causes prédisposantes, telles que l'hystérie, la neurasthénie, les troubles des fonctions génitales chez la femme, les traumatismes cérébraux, la sénilité, la cocaïnomanie. A l'aide de considérations extrêmement intéressantes et judicieuses, M. Villers s'est appliqué à rendre possible le diagnostic différentiel entre la jalousie passionnelle et la jalousie délirante ; il arrive ainsi à traiter complètement une question des plus délicates de la médecine légale.

Tels sont les titres que M. le Dr Villers invoque à l'appui de sa candidature au titre de membre associé étranger.

Votre Commission, composée de MM. Meuriot, Vallon et Febvré, a bien voulu me charger de ce rapport.

Nous serions heureux, Messieurs, de vous voir ratifier par vos suffrages l'admission dans notre compagnie de M. le Dr Villers, qui a déjà acquis une juste renommée par le nombre et l'autorité de ses travaux scientifiqnes.

Conformément à ces conclusions, M. Villers est, à l'unanimité, élu membre associé étranger.

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. le Dr Duchâteau, médecin de l'hospice des femmes aliénées, à Gand. M. Duchâteau, l'un des membres les plus distingués de la Société de médecine mentale de Belgique, est bien connu pour ses nombreux et intéressants travaux; je me bornerai à en citer

©BIUM

quelques-uns, par exemple une étude sur la rigidité spinale spasmodique, une note sur un cas d'hystérie à forme hémoptoïque, et des études médico-légales sur l'exhibitionisme et l'épilepsie psychique.

Dans une communication faite en 1897 à la Société de médecine de Gand, le Dr Duchâteau étudiait l'étiologie, la marche et la durée de la paralysie générale. Sa statistique portait sur 90 malades, et il n'avait pu constater l'étiologie syphilitique que dans 7 cas. L'année suivante, il publiait une brochure intitulée : « Considérations au sujet de la syphilis cérébrale et de la paralysie générale ». La théorie suivant laquelle tous les paralytiques généraux sont d'anciens syphilitiques, ne correspondrait pas, d'après lui, à la réalité des faits, et beaucoup de cas de paralysie générale, dans lesquels la syphilis est mentionnée comme facteur étiologique, rentreraient dans le cadre de la syphilis cérébro-spinale. Le Dr Duchâteau ne nie pas la paralysie générale d'origine syphilitique, mais il la considère plutôt comme l'exception que la règle. Le diagnostic au début lui paraît à peu près impossible ; dans la suite, on pourrait se baser sur les trois caractères suivants :

1° La différence d'évolution de la maladie dans les deux cas ;

2° La prédominance des symptômes de foyer dans les cas de syphilis cérébrale ;

3° La longue durée de la syphilis cérébrale, qui peut se prolonger durant quinze et vingt ans.

Messieurs, ayant eu la bonne fortune de me trouver en rapports avec le Dr Duchâteau, j'ai pu l'apprécier à sa juste valeur, aussi je suis heureux d'avoir été désigné pour vous demander de bien vouloir l'accueillir parmi nous en qualité de membre associé étranger.

Conformément à ces conclusions, M. Duchâteau est, à l'unanimité, élu membre associé étranger.

La séance est levée à 5 heures.

PAUL SOLLIER.

©BIUM

SÉANCE DU 26 MARS 1900.

Présidence de M. MAGNAN.

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

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de remerciements de MM. Duchâteau et Villers, nommés membres associés étrangers à la dernière séance :

2° Une lettre de M. Rayneau, d'Orléans, sollicitant le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Vallon, René Semelaigne et Febvré, rapporteur ;

3° Une lettre de M. Vaschide, de Roumanie, sollicitant le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Pactet, Sérieux et Toulouse, rapporteur ;

4° Une lettre de M. Yanniris, médecin de l'asile de Dromocaïtis, à Athènes, sollicitant le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Magnan, Meuriot et Ritti, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1° Les brochures suivantes de M. Régis :

Descendance de paralytiques généraux; Un cas de perversion sexuelle; Psychoses d'auto-intoxication; Auto-intoxication et délire; Psychose post-éclamptique; Le personnage d'Hamlet et son interprétation par Sarah Bernhardt ;

2° *Psychoses traumatiques*, par M. André Meyssan ;

3° *Paralysie générale des adolescents*, par M. Delmas ;

4° *Paralysie générale simple*, par M. Dufour ;

5° *Dermatophobie*, par M. Kérandel ;

6° *Animisme fétichiste des nègres de Bahia*, par le professeur Nina-Rodrigues ;

7° *Le tabac*, par M. Roberto Massalongho ;

8° *Altérations histologiques de la moelle épinière dans un cas d'arthropathie tabétique multiple*, par MM. Massalongho et Vansetti ;

©BIUM

9° *Annales de la Société belge de neurologie*, quatrième année, n° 9 ;

10° *Bulletin de la Société de tempérance*, 1900, n° 2.

11° *Revue de l'hypnotisme*, numéro de février 1900.

La microcéphalie et les suites de la crâniotomie dans la microcéphalie.

M. LEGRAIN. — Messieurs, vous avez bien voulu me charger de vous présenter un travail de M. le Dr A. Pilcz, médecin assistant à la clinique psychiatrique de Vienne, sur la *microcéphalie et les résultats de la crâniotomie dans la microcéphalie*.

La brochure de M. Pilcz, extraite des *Jahrbücher für Psychiatrie* (Vol. XVIII), est du plus haut intérêt. Travail de patience comme nos collègues d'Outre-Rhin semblent seuls en posséder le secret, c'est une encyclopédie aussi complète qu'on peut le désirer sur la microcéphalie et la crâniotomie, sujet qui, il y a quelques années, a joui d'une certaine vogue. L'auteur n'a pas compulsé minutieusement moins de deux cent dix-huit ouvrages ou mémoires ; il a analysé avec beaucoup de sens critique et de méthode les deux cent trois cas connus de crâniotomie et en a tiré des déductions extrêmement précieuses pour l'histoire de l'intervention chirurgicale dans les affections cérébrales.

Le mémoire, accompagné de tableaux, de représentations figurées et de planches micrographiques en couleur, comprend deux parties dont je vais vous faire connaître succinctement la substance.

Dans un travail antérieur, MM. Pilcz et Pfleger avaient déjà avancé cette opinion que les facteurs étiologiques de la microcéphalie *vraie* devaient être cherchés dans les troubles susceptibles d'influencer nocivement l'*évolution* du germe lui-même, et non pas dans les circonstances pathologiques accidentelles ayant accompagné l'évolution de l'être. Pour eux, la microcéphalie vraie, à l'inverse de la pseudo-microcéphalie, qui reconnaît pour cause des processus pathologiques bien connus (porencéphalie, méningo-encéphalite, etc.), n'est due qu'à un simple arrêt de développement survenu pendant la vie fœtale. C'est donc une monstruosité, un

©BIUM

cas tératologique. Les facteurs étiologiques se trouveront par conséquent dans l'hérédité ou dans les circonstances ayant accompagné la conception.

Dans le présent mémoire M. Pilcz revient avec une nouvelle autorité sur le sujet et il en profite pour s'inscrire en faux, avec la dernière énergie, contre toute tentative chirurgicale qui, selon sa thèse, n'a plus la moindre raison d'être. Il se base en particulier sur les faits que les synostoses prématurées supposées ne sont constatées que dans un nombre exceptionnel de cas, que la micrencéphalie atteint un degré plus marqué que la microcéphalie elle-même, que les désordres cérébraux sont le plus souvent préexistants aux désordres crâniens, enfin que la micrencéphalie se produit pendant la vie intra-utérine à une époque où il ne saurait être question de l'exiguïté crânienne.

Il faut reconnaître que la thèse de M. Pilcz est particulièrement bien servie par un cas qu'il rapporte en détail dans la première partie du mémoire, et dont voici le résumé.

K..., est un idiot microcéphale qui, en même temps que son frère, également idiot et microcéphale, fut présenté à la Société méd. de Vienne en 1895 par le Dr Redlich.

Anamnestiques. — Grand-père paternel et père ivrognes invétérés. Ce dernier présentait des anomalies graves du caractère. La *mère*, femme saine, s'est mariée deux fois : du premier lit, elle eut un enfant mort de faiblesse peu après la naissance. Du deuxième mari (le père du malade), elle eut dix enfants, dont quatre sont idiots et microcéphales. Parmi eux cinq sont morts. Une fille qui a survécu est faible d'esprit. Celle-ci s'est mariée et a eu quatre enfants, imbéciles. Aucun n'est microcéphale.

K..., de même que ses consanguins microcéphales, s'est montré tel dès la naissance. Il n'a marché qu'à quatre ans ; jamais il n'a parlé. A la suite d'agitation avec tendances agressives, il a été interné. Jamais d'affections somatiques graves.

Lors de son admission, K... avait trente-six ans. A l'examen qu'on en fit on ne trouva rien d'extraordinaire du côté des organes internes ni rien de partiel du côté de la motilité ni de la sensualité. A noter cependant une

©BIUM

légère exagération du réflexe patellaire ainsi qu'un peu d'hypoesthésie généralisée.

Hauteur du corps = 1, 45. Voici quelques mensurations : circonférence du crâne = 41 centimètres ; grand diamètre antéro-postérieur, 12. cent. 5 ; largeur, 11 centimètres.

L'état mental est celui de l'idiot excitable. Le malade séjourne en permanence dans la section des agités ; il est méchant, s'enfuit, mord et se mord, bat et se bat. Il ne parle toujours pas, mais apprend à distinguer les personnes qui l'entourent. Aucune manifestation génésique ; jamais d'ictus d'aucune sorte.

K... finit par succomber à la tuberculose à quarante et un ans. Je laisse de côté les renseignements fournis par l'autopsie générale très complète, et je n'en retiens que ceci : les mensurations crâniennes vraies sont : circonférence = 38 centimètres ; diamètre longitudinal = 12 cent. 5; largeur = 10 cent. 5. Les sutures existent. Hypophyse hypertrophiée ; hypoangie carotidienne; poids du cerveau = 460 grammes.

De la description macroscopique et microscopique très fouillée que M. Pilcz a faite du cerveau, il faut détacher ce qui suit : ni macroscopiquement, ni microscopiquement, on n'a constaté de processus pathologique direct, inflammatoire ou autre. Le cas est donc une monstruosité.

C'est ici que prend place l'hypothèse la plus ingénieuse de l'auteur, pour expliquer la tératologie de son cas :

Les recherches anatomiques permettent d'établir avec une certitude suffisante l'époque où l'arrêt de développement s'est produit.

L'insula, qui, chez l'embryon de cinq mois, se trouve encore à la convexité de l'organe cérébral, se porte vers la profondeur, vers la place qu'il occupera plus tard, dans le commencement du sixième mois, et cela grâce à l'accroissement des lobes temporaux et frontaux. D'autre part, le sillon central de l'insula, qui le sépare nettement en une partie antérieure et en une partie postérieure, ne se produit qu'entre le sixième et le septième mois. Enfin les grandes cellules pyramidales motrices profondes se différencient de très bonne heure

©BIUM

parmi les autres cellules ganglionnaires des circonvolutions centrales, et ce fait se passe au commencement du sixième mois.

Or, dans le cas présent, on a trouvé ceci : l'insula est encore en grande partie découvert ; il n'existe point de sillon ; enfin les cellules de Betz sont bien développées et se différencient des autres cellules corticales. M. Pilcz en déduit que l'on peut indiquer comme époque de l'arrêt de développement le cinquième mois de la vie fœtale. Il est intéressant de voir ici les recherches microscopiques et macroscopiques se confirmer et concourir à fortifier la démonstration.

L'exposé du cas est suivi d une critique bibliographique extrêmement étendue à laquelle je vous renvoie. Et enfin, l'auteur termine la première partie, partie clinique, par le résumé des points cardinaux de son observation, savoir :

Macroscopiquement :

1° Microcéphalie ;

2° Micrencéphalie ;

3° Anomalies des circonvolutions, des sillons et des commissures ;

4° Hypertrophie de la glande pinéale et du corps pituitaire ;

5° Micromyélie ;

6° Hypoangie (carotides) ;

Microscopiquement :

1° Arrêt de développement des cellules ganglionnaires de l'écorce avec exception pour les cellules géantes de Betz ;

2° Aplasie des cordons pyramidaux latéraux ;

3° Dégénérescence colloïde du corps thyroïde.

Parmi les constatations négatives à retenir, il faut citer : l'absence de processus pathologiques ; l'absence de synostose des sutures crâniennes.

Au point de vue clinique M. Pilcz souligne l'alcoolisme grave des ascendants (facteur étiologique à rapprocher des faits de Bourneville, Legrain, Dahl, Galle, Wildermuth et Kind) et l'exagération des réflexes patellaires sans aucun phénomène spasmodique ni parétique.

©BIUM

Dans la DEUXIÈME PARTIE du mémoire, M. Pilcz aborde la question de la crâniectomie.

A l'enthousiasme qui a succédé, dès le début, aux communications de Lannelongue, a fait place une heureuse modération. Cependant la crâniectomie a encore beaucoup de partisans en Angleterre et en Amérique.

M. Pilcz se livre à un examen minutieux de tout le matériel scientifique connu. Il rappelle que Tommasini a trouvé une mortalité de 13 p. 100; Bourneville, 17 p. 100; Agnew, 42 p. 100; Griffith, un nombre encore plus élevé. Il estime que l'on peut faire bon marché, à la rigueur, des dangers d'une opération lorsque l'on se trouve en présence d'un cas, fatalement mortel à brève échéance, que l'on a de grandes chances de conjurer ou d'améliorer par une intervention chirurgicale. Mais il en va tout autrement avec l'histoire de la crâniectomie. Et l'auteur est amené à l'étude des prétextes allégués pour justifier l'intervention, prétextes qui ne résistent pas à un examen sérieux. Dans aucune expérience on n'a pu citer une cure de l'idiotie liée à la microcéphalie; quant aux améliorations, elles ont été si précaires qu'elles n'ont pas subsisté.

Les indications opératoires reposent sur cette hypothèse que la petitesse du crâne et de son contenu est engendrée par une synostose prématurée; la micrencéphalie est secondaire à la microcéphalie.

Or, voici ce que l'expérience enseigne : sur 200 crânes d'idiots examinés par Langdon Down, il y a eu un seul cas de soudure; encore était-il afférent à un macrocéphale.

Bourneville, dans un premier examen de 350 crânes, n'a pas trouvé un seul cas de synostose complète. Dans un autre examen de 470 cas, il y a eu 6 ossifications précoces et partielles. Il en est de même dans toute la littérature sur le sujet.

Si l'on examine avec soin les cas d'ossification précoce, on s'explique fort bien qu'une fente crânienne n'a point du tout son indication et qu'elle ne saurait avoir de conséquences heureuses, soit que l'arrêt de développement fût antérieur déjà à l'ossification crânienne, soit qu'il fût engendré par des désordres inflammatoires.

Dans les cas de synostose prématurée, les auteurs ont

©BIUM

montré des arrêts de développement très antérieurs à la naissance, tels que l'absence de cerveau antérieur (cas de Westphal), qui n'avait évidemment rien à voir avec l'angustie crânienne.

Au point de vue clinique, M. Pilcz examine les 203 cas de crâniectomie publiés et il en dresse un tableau fort suggestif. On y relate une mortalité de 17,24 p. 100, sans compter les cas où l'issue fatale n'a pas été publiée.

Dans 74 cas, c'est-à-dire 36,45 p. 100, la crâniectomie n'a pas fourni le plus petit résultat.

Dans 16 cas (8 p. 100) les rapports manquent de précision.

Il reste par conséquent 38,42 p. 100 des opérés qui ont présenté une amélioration réelle ou prétendue telle.

Mais, à ce point de vue, il y a beaucoup à dire. Avant tout, il faut déclarer, comme l'ont fait Bourneville et Morselli, que la plupart des rapports sont sans valeur parce qu'ils manquent de développements et d'indications suffisantes. Tout jugement sérieux est impossible. On trouve noté : Amélioration légère, puis rien sur l'état mental avant ou après l'opération.

En outre, la durée de l'observation est en général trop courte. L'auteur a pris soin de mettre en regard les dates de l'opération et celles de la publication, et il a trouvé que la plupart des rapports ont été établis de un à deux mois après l'opération, parfois plus tôt.

Lannelongue avait parlé avec un certain enthousiasme de résultats obtenus dans 25 cas et avait promis des observations ultérieures. On les attend encore.

D'autre part, Bourneville a démontré que dans aucun des cas opérés n'avait existé de synostose prématurée, que les brèches opératoires s'étaient comblées, que chez beaucoup des adhérences s'étaient formées, que les cerveaux étaient porteurs des plus graves arrêts de développement, et enfin que la situation psychique n'avait aucunement changé.

Czerny est arrivé aux mêmes conclusions.

Blanc, après avoir observé des opérés pendant sept ans, les a confirmées. Concetti, de même pour un cas observé pendant quatre ans. Smith, de même dans deux autres cas.

©BIUM

Dans tous les rapports où l'on note les résultats qualifiés amélioration, il s'agit de modifications de l'aspect clinique qui ne valaient certes pas l'opération, et que le traitement médico-pédagogique eût obtenues aussi sûrement.

Après avoir rendu hommage à la méthode de redressement moral de l'idiot, M. Pilcz termine son très intéressant et très utile travail par cette conclusion, que je traduis pour finir et que je livre sans commentaire à vos appréciations :

Conclusion. — La crâniectomie est une opération qui repose sur de fausses données, sur une méconnaissance de l'anatomie pathologique de la microcéphalie.

Elle doit être rejetée dans les cas d'idiotie simple. On peut la rechercher avec quelque apparence de raison dans les cas où, à côté de la faiblesse mentale, coexistent certains troubles nerveux, qui peuvent être considérés comme des signes d'excitation cérébrale localisée.

Un cas de paralysie générale juvénile. — Présentation du malade.

M. Marchand. — Nous avons l'honneur de présenter aux membres de la Société médico-psychologique un malade, âgé actuellement de dix-neuf ans, que nous croyons atteint de paralysie générale. Ce malade vient du service de notre maître, le Dr Pactet, qui nous a permis de faire cette présentation.

Observation. — *Antécédents héréditaires.* — Le père du malade est âgé actuellement de quarante-cinq ans et paraît bien portant; il déclare qu'il a toujours mené une vie régulière et n'a jamais fait d'excès de boisson. Il affirme formellement n'avoir jamais eu la syphilis ni maladies graves. C'est une personne très instruite, d'une constitution moyenne.

La mère du malade est morte à l'âge de trente ans d'une péritonite tuberculeuse; elle était très sobre.

Toutes les questions adressées à son mari au sujet de la syphilis sont restées négatives. Elle n'a jamais présenté de troubles nerveux ou mentaux; son intelligence était ordinaire. Elle n'a jamais fait de fausses couches. Deux grossesses à évolution normale ont donné naissance à notre malade et à une fille âgée actuellement de dix-huit ans.

©BIUM

La sœur du malade est très bien portante ; nous l'avons examinée au point de vue physique et psychique. Elle est de petite taille, mais ne présente aucune difformité ; elle est très intelligente.

Les renseignements que nous avons pu obtenir sur les grands-parents sont les suivants : le grand-père paternel est mort à soixante-quinze ans, hémiplégique ; la grand'mère paternelle a soixante-trois ans. Tous deux étaient sobres. Le grand-père maternel est mort à soixante-dix ans ; il présenta dans ses dernières années des manifestations de rhumatisme articulaire chronique. La grand'mère maternelle est morte à soixante-sept ans.

Du côté paternel, notre malade a deux tantes et trois oncles, qui sont, d'après les renseignements du père, bien portants.

Antécédents personnels. — Le père et la mère de notre malade M..., étaient en bonne santé au moment de la conception.

La mère eut une grossesse régulière et ne présenta pas durant celle-ci de troubles nerveux. L'accouchement se fit à terme et naturellement. En venant au monde, M... parut faible de constitution, mais ses parents ne relevèrent chez lui aucune malformation physique. M... fut d'abord nourri au sein par sa mère et plus tard au biberon. Dès les premiers mois, il fut atteint d'une gastro-entérite très grave qui fut accompagnée de convulsions. A la même époque apparut une hernie ombilicale, qui disparut dans la suite.

M... commença à marcher à dix-huit mois et grandit assez vite. Il fut très précoce pour comprendre et devint propre de bonne heure ; il apprit vivement à parler, ne bégaya jamais et n'eut pas de maladies graves.

Notre malade fréquenta l'école communale dès l'âge de cinq ans. Il était noté comme intelligent et remporta les premiers prix en calcul, orthographe et histoire. Ses aptitudes pour ces matières paraissaient même très remarquables. A onze ans, il se présenta au certificat d'étude ; il fut reçu le deuxième de l'école. Quelques mois plus tard, il concourut avec succès pour l'obtention d'une bourse et entra au collège Rollin. Il poursuivit alors ses études en vue du baccalauréat. Son père nous apprend qu'il avait alors la mine éveillée, qu'il était gai et joueur, ouvert et vif. Il était regardé par ses compagnons d'école comme un bon camarade ; il était doux et docile, très actif, travailleur et récompensé de ses efforts par des progrès rapides.

A l'âge de quinze ans, son père remarqua qu'il avait beaucoup plus de difficulté à suivre ses camarades, quoique travaillant toujours avec activité. A cette époque, il aurait en jouant reçu un coup sur la figure qui détermina une ecchymose ; la mémoire, déjà un peu paresseuse, le devint encore davantage.

©BIUM

Ce fait était d'autant plus visible que, jusque-là, la mémoire de M... avait été remarquable. M... retenait sans difficulté des pages entières de prose ou de poésie.

A cette époque, il ne présentait aucun trouble du côté des sens. Sa constitution était peu robuste, mais il pouvait marcher longtemps sans fatigue. Il parlait vite et bien; sa parole etait très distincte. Son jugement était sain, son émotivité et ses goûts normaux. Son sommeil était très calme; le malade se levait chaque matin bien reposé; il ne se plaignait jamais de maux de tête. M... suivait le régime du collège, et ne fit donc ni excès alcooliques, ni excès vénériens.

Le premier symptôme qui fut remarqué de ses parents fut l'affaiblissement de la mémoire. M..., retenant moins facilement, fut obligé pour suivre ses cours de travailler davantage. Il se surmena beaucoup, mais sans succès; son état physique devint de plus en plus mauvais et il ne put passer son baccalauréat; il avait alors dix-sept ans.

A cette époque, un fait important eut lieu dans l'histoire de notre malade. Il fut victime d'un accident de chemin de fer. Tamponné par une locomotive à la gare de la Rapée-Bercy, il fut projeté sur le quai. Des plaies du cuir chevelu nécessitèrent son transport à l'hôpital Saint-Antoine, où il ne séjourna pas. Dès ce moment sa démarche devint de moins en moins assurée, et il lui arriva même de faire plusieurs chutes dans la rue. Son père remarqua que la parole devenait de plus en plus embarrassée et que ses membres étaient animés de tremblement. M... resta toujours très calme, mais ses idées devinrent de plus en plus incohérentes; il changeait à chaque instant de sujet de conversation. Il devint déprimé, n'eut cependant jamais d'idées de suicide et continua toujours à bien manger. Il ne présenta jamais d'idées mystiques, de grandeur ou de persécution. Il n'eut jamais d'hallucinations; mais le malade devint indifférent à tout; sa mémoire s'affaiblit de plus en plus et il ne fut plus capable de se conduire seul. Ne pouvant le surveiller ou le faire surveiller, son père le fit entrer à l'asile; M... s'y laissa conduire sans présenter aucune objection, quoiqu'il sût très bien où on le menait. Depuis quelque temps, M... avait pris l'habitude de remplir ses poches des objets les plus disparates qu'il trouvait sous sa main. Il gâta plusieurs fois.

M... entre à l'asile de Villejuif le 22 avril 1899, dans le service de M. le Dr Pactet, qui fit le diagnostic de paralysie générale.

On constate que ce malade se tient difficilement debout. Les formes sont grêles, les poils rares au pubis et sous les aisselles. Le menton et les lèvres ne présentent aucune trace de barbe et de moustache. La peau est saine et ne porte aucune cicatrice

©BIUM

qui puisse faire songer à des accidents syphilitiques antérieurs. Les os des membres ne présentent aucune déformation. Les dents sont mal plantées, elles ne présentent pas d'arcade semi-lunaire. Celles de sagesse manquent.

La tête paraît petite. Le diamètre antéro-postérieur maximum est de 18 mil. 5 ; le diamètre transverse maximum de 14 mil. 5. Ce dernier diamètre est inférieur à la normale, qui est de 16 mil. en moyenne chez l'homme adulte. Le crâne n'offre aucune déformation caractéristique. Les oreilles sont mal ourlées. La face est asymétrique.

Les organes génitaux ne présentent aucune anomalie.

Le facies de M... est sans expression ; les traits sont tombants et les plis de la face peu accusés. Quand le malade parle, on remarque que les muscles de la face et surtout ceux des lèvres et de la langue sont animés de tremblement fibrillaire.

On constate aussi aux membres supérieurs un tremblement fin, se manifestant surtout au moment des mouvements volontaires, qui sont ataxiques. Les mouvements des membres inférieurs sont accompagnés d'incoordination motrice.

La parole est hésitante, les syllabes mal prononcées, remplies d'accrocs. Si on fait lire le malade à haute voix, on remarque les mêmes troubles de la parole, et en plus l'omission de syllabes dans les mots.

L'écriture est tremblée ; ce fait est très appréciable dans les cahiers de classe de M... On voit que dans certaines figures géométriques les lignes sont onduleuses ; des ratures témoignent qu'il s'y est repris en plusieurs fois pour les tracer. Enfin, des lettres et des syllabes manquent dans les mots.

L'examen des yeux donne les résultats suivants : les mouvements physiologiques des globes oculaires sont normaux, les pupilles ne réagissent que paresseusement à la lumière et à l'accommodation ; celle de gauche est plus dilatée que celle de droite. On ne constate aucune cicatrice sur les cornées.

L'affaiblissement des facultés intellectuelles et surtout de la mémoire est très prononcé. Il ne reste plus au malade que des notions vagues des connaissances acquises pendant ses études.

Les idées délirantes font totalement défaut chez lui. On ne constate que des idées de satisfaction touchant son état. Il ne se trouve pas malade et n'a pas conscience de sa déchéance intellectuelle.

Tels sont les différents symptômes que l'on a relevés à l'entrée de ce malade à l'asile. Depuis cette époque, la maladie a suivi une marche progressive et aujourd'hui les symptômes de la paralysie générale se sont encore accentués ; les troubles moteurs sont surtout prédominants.

L'embarras de la parole est devenu tel que la parole n'est

©BIUM

plus qu'un bredouillement presque incompréhensible. Le malade a conscience de son incapacité de parler et demande à écrire ce qu'il ne peut dire. Le tremblement des membres est accusé maintenant à un tel point que le malade ne peut écrire que très difficilement ; au bout de quelques mots l'écriture devient illisible.

L'affaiblissement musculaire est très accentué. La main droite donne 11 et la main gauche 6 au dynamomètre. La marche est devenue difficile, ataxique. Le malade lance ses jambes en avant ; les mouvements sont mal coordonnés. La même incoordination existe dans les mouvements des membres thoraciques. L'état des réflexes coïncide avec la forme ataxique de la maladie. Le réflexe patellaire est absent des deux côtés. Quand on percute le tendon du quadriceps, on provoque des mouvements de flexion de la jambe sur la cuisse. Le réflexe cutané plantaire est conservé. Le malade ne s'est jamais plaint de douleurs fulgurantes.

Le signe de Romberg existe à un degré assez faible. Quand le malade ferme les yeux dans la station debout, il se produit un balancement du corps sans chute.

L'inégalité de dilatation des pupilles est très manifeste au profit de la pupille gauche.

Les réflexes à la lumière et à l'accommodation paraissent absents. Les pupilles ne sont pas déformées et les globes oculaires ne sont pas animés de secousses nystagmiformes.

M... n'a jamais eu d'attaques apoplectiformes ou épileptiformes.

Les troubles de la sensibilité sont peu accentués. La sensibilité à la douleur est un peu émoussée ; celle au tact, à la chaleur et au froid semble intacte. Les sensibilités spéciales ont conservé leur intégrité.

Au point de vue psychique, M... présente un affaiblissement de ses facultés ; mais on ne relève dans ses paroles aucune idée délirante. Sa mémoire est actuellement très amoindrie. Il ne peut donner aucun renseignement sur son état avant son entrée à l'asile. Il peut encore dire son âge, la date de sa naissance, le quantième du mois, mais il a oublié toutes les connaissances acquises au collège. Il est devenu indifférent à tout ce qui se passe autour de lui, et, interrogé sur son état, il répond qu'il n'est pas malade. En plus, M... gâte assez souvent.

La présence des symptômes, tels que l'embarras de la parole, le tremblement fibrillaire des muscles, les troubles oculo-pupillaires, l'affaiblissement de toutes les facultés, nous a fait penser au diagnostic de paralysie générale malgré le jeune âge de notre malade. Les dif-

©BIUM

férentes affections auxquelles nous pouvions encore songer étaient celles d'imbécillité, de sclérose en plaques, et de démence précoce.

L'histoire même de la maladie exclut les diagnostics d'idiotie ou d'imbécillité. M... est atteint d'un affaiblissement intellectuel acquis. Quant à la sclérose en plaques, c'est une maladie rare chez les jeunes gens. En outre, nous ne retrouvons pas chez notre malade les grands symptômes de cette affection : la parésie spasmodique des membres inférieurs, la forme scandée et la lenteur de la parole, le tremblement intentionnel et à large amplitude. Les troubles de l'intelligence dans la sclérose en plaques sont d'ailleurs plus rares et toujours moins accusés que dans le cas qui nous occupe.

Le diagnostic le plus délicat reste à être fait avec la démence précoce des jeunes gens, qui n'est qu'une forme de la démence vésanique. Comme dans celle-ci, l'affection de M... a débuté à la puberté et a abouti à la démence. Ce sont là les points communs à relever dans les deux maladies ; mais les autres symptômes que présente notre malade et surtout les symptômes moteurs écartent le diagnostic d'hébéphrénie. De plus, dans cette dernière, le malade tombe très vite dans la démence et peut vivre très longtemps ; dans notre cas, ce n'est que progressivement que les facultés de M... se sont affaiblies et la marche même de la maladie indique un pronostic fâcheux.

Ces considérations nous ont amené à croire que M... est atteint de paralysie générale. Reste maintenant à déterminer la cause d'une maladie si grave. M... a eu des convulsions dans son jeune âge, et c'est là la seule tare que l'on rencontre dans son passé. Les excès vénériens et la syphilis sont à écarter. Depuis son entrée à l'asile, M... n'a jamais été surpris se masturbant, et lui-même nous a affirmé n'avoir jamais pratiqué le coït. Les abus alcooliques sont aussi à éliminer puisque notre malade a été soumis depuis l'âge de onze ans au régime du collège. Reste le surmenage, qui a peut-être contribué à faire apparaître la maladie, mais qui ne l'a certainement pas causée sans le concours d'autres éléments plus puissants.

Les tares héréditaires de M... sont, elles aussi, peu chargées. Sa mère est morte d'une péritonite tubercu-

©BIUM

leuse, son grand-père maternel rhumatisant et son grand-père paternel hémiplégique. Les autres parents sont actuellement en bonne santé. Nos recherches restèrent vaines au point de vue de la syphilis et de l'alcoolisme.

Ne serait-il pas permis de penser d'après ces antécédents que la tuberculose chez la mère a dû contribuer à l'affection de M...? La paralysie générale aurait été déterminée dans ce cas par une toxine autre que celles considérées comme provoquant le plus ordinairement cette maladie, la toxine syphilitique et l'alcool.

M. LEGRAIN. — Le malade ne présente-t-il pas une hémi-parésie?

M. PACTET. — Le malade, à son entrée à l'asile, ne présentait pas de troubles de la parole aussi prononcés, et l'on pouvait encore converser avec lui.

M. KLIPPEL. — Il semble, d'après certains symptômes moteurs, que l'on pourrait songer dans ce cas à une affection cérébelleuse. Il serait utile d'examiner la pupille.

De l'hérédité et en particulier de l'hérédité similaire dans la paralysie générale.

M. AMELINE. — Bien que plusieurs statistiques aient été publiées sur les antécédents héréditaires dans la paralysie, nous n'y avons vu que rarement mentionner des cas d'hérédité similaire de cette maladie. Aussi avons-nous pensé à préciser par de nouveaux éléments ce côté de l'étiologie de la paralysie générale.

Nous devons remercier notre maître, M. Magnan, de nous avoir permis, en utilisant les nombreux documents accumulés au Bureau d'admission de Sainte-Anne, d'accomplir cette recherche intéressante.

En même temps nous donnerons les résultats fournis par le dépouillement de nos observations sur les antécédents héréditaires des paralytiques généraux.

Quelques mots d'abord sur la méthode qui nous a dirigé dans l'édification de cette statistique.

Une première catégorie de malades comprend ceux chez lesquels *aucun antécédent* n'a été relevé, quoique la recherche en ait été faite avec soin, soit par nous-

©BIUM

même, soit par nos prédécesseurs ou nos collègues dans le service, et nous n'avons aucune raison de suspecter des renseignements recueillis par les docteurs Antheaume, Cololian, Truelle, Pochon et Brunet. De ce côté, nous pensons qu'aucune objection relative à la conscience et à la bonne foi de leurs recherches ne saurait être permise, et leur assertion a évidemment au moins autant de poids que la nôtre.

Dans la deuxième catégorie : *Hérédité suspecte*, sont classés quelques rares malades (6 p. 100 environ) dont les parents sont morts jeunes, soit de tuberculose, soit de maladie inconnue. L'épithète : aucun antécédent, aurait alors évidemment dénaturé quelque peu les résultats, et nous avons préféré classer ces cas à part.

Dans la troisième catégorie : *Hérédité double et chargée*, sont compris les malades chez lesquels, du côté du père aussi bien que du côté de la mère, les parents ou les grands-parents (et quelquefois aussi les collatéraux) ont été atteints d'affections nerveuses.

Comme collatéraux, nous n'avons pris que les oncles et tantes, sans tenir compte de la santé du frère ou de la sœur ou des cousins germains, desquels le malade n'hérite point, à proprement parler. D'ailleurs, dans les collatéraux, il est bien difficile, à cause des mariages, de déterminer la part d'hérédité qui doit revenir au malade ; et enfin cette catégorie comme la précédente est peu nombreuse. Elle ne comprend que 8 p. 100 environ des observations consultées.

Quant à la quatrième catégorie, celle de l'*hérédité partielle*, nous la subdivisons de la façon suivante :

1° *Hérédité nerveuse grave.* — Parents atteints d'apoplexie, de paralysie infantile, d'hémiplégie (ramollissement et hémorragie), ce qui nous a empêché d'employer le terme évidemment impropre d'hérédité congestive.

Cependant notre statistique est différente des statistiques analogues, et cela pour la raison suivante : quand nous avons trouvé que le père ou la mère d'un malade étaient morts d'hémiplégie contractée à soixante-dix ou soixante-quinze ans par exemple, nous avons regardé cette affection comme n'entachant pas beaucoup plus l'hérédité qu'une maladie de cœur ou une attaque

©BIUM

d'urémie ayant tué l'ascendant à cinquante ou soixante ans ; en effet, hémiplégie, asystolie, urémie, relèvent toutes trois de l'artério-sclérose, et nous ne voyons pas pourquoi il serait plus fâcheux d'avoir un père mort à soixante-dix ans d'hémorragie cérébrale que de l'avoir perdu à soixante ans de néphrite chronique.

L'artério-sclérose est, à l'heure actuelle, tellement fréquente, que c'est presque un mode de terminaison naturelle, et on ne peut déclarer exempts d'hérédité ceux seuls dont les parents sont morts de vieillesse.

Et surtout, il semble que l'artério-sclérose qui tue par le rein à soixante ans est plus grave que celle qui tue par le cerveau à soixante-cinq ; or, si l'on ne compte pas le premier cas comme antécédent héréditaire, on ne peut pas davantage faire légitimement compter le second, qui doit être regardé comme une erreur de terrain plutôt qu'un appel dû à la faiblesse de l'organe.

Nous avons donc regardé comme sans hérédité les malades dont les parents étaient morts hémiplégiques après soixante-cinq ans ; et si nous avons pris ce chiffre, c'est qu'il représente à peu près le double de l'âge auquel la durée moyenne de la vie humaine est évaluée en France, c'est-à-dire de trente-deux ans environ. Nous avons cru que l'on pouvait sans inconvénient délivrer un brevet de longévité à celui qui a fourni une carrière dépassant le double de celle de la moyenne de ses contemporains. Il nous a paru nécessaire de faire cette correction dans notre statistique.

2° Dans la seconde subdivision (*hérédité névropathique*) nous avons fait rentrer les cas de parents simplement nerveux ou hystériques, épileptiques, basedowiens, hypocondriaques sans délire, suicidés. Nous y avons joint un cas de diabète et un de gravelle, faute de pouvoir les placer ailleurs.

Nous nous sommes aussi rappelé que la mention : mort asthmatique, après cinquante ans, est une expression populaire qui signifie mort avec dyspnée, et qu'elle ne correspond point du tout à l'asthme tel que nous, médecins, nous le comprenons. Ils n'ont donc point figuré dans cette variété d'hérédité.

Les mentions *hérédité vésanique* ou *alcoolique*, ne comportent point d'observation spéciale (bien entendu, les

©BIUM

délires alcooliques ont été comptés avec les vésanies).

Enfin, l'*hérédité paralytique* se rapporte aux quelques cas d'hérédité similaire que nous avons recueillis.

C'est sur ces bases que notre statistique a été établie; nous pensons que les corrections nécessaires indiquées, en donnant à notre enquête un caractère plus original, en ont rendu les résultats plus exacts et plus concluants.

Nos recherches ont porté sur les années 1895, 1897 et 1898, et sur les six premiers mois de notre séjour dans le service de M. Magnan en 1899.

ANNÉE 1895

Hérédité :

1° Absente. . . . . 27 fois sur 60 malades.
2° Suspecte ou douteuse. . . . . 3 — — —
3° Double et chargée.

Père et mère.	5	En tout.	8
Parents et collatéraux.	3		

4° Partielle :

	Nerveux graves.	Alcooliques.	Névropathes.	Vésaniques.		
Père. . .	3	6	»	2	En tout. . .	20
Mère. . .	1	»	2	2		
Collatéraux	2	»	1	1		

5° Hérédité paralytique (oncle et neveu, mère et fille). . . . 2
Total des héréditaires. 30

ANNÉE 1897

Hérédité :

1° Absente. . . . . 11 fois sur 38 malades.
2° Suspecte ou douteuse. . . . . 2 — — —
3° Double et chargée.

Père et mère.	3	En tout.	6
Parents et collatéraux	3		

4° Partielle :

	Nerveux graves.	Alcooliques.	Névropathes.	Vésaniques.		
Père . . .	3	6	»	3	En tout. . .	18
Mère. . .	1	»	1	1		
Collatéraux	»	1	1	1		

5° Hérédité paralytique (père et fils). 1
Total des héréditaires. 25

©BIUM

ANNÉE 1898

Hérédité :

1° Absente. . . . . 45 fois sur 91 malades.
2° Suspecte ou douteuse. . . . . 5 — — —
3° Double et chargée.

Père et mère.	1	En tout.	5
Parents et collatéraux.	4		

4° Partielle :

	Nerveux graves.	Alcooliques.	Névropathes.	Aliénés.		
Père . . .	3	8	1	4	En tout . . .	33
Mère. . . .	2	»	3	5		
Collatéraux	»	»	2	5		

5° Hérédité paralytique (père et fils). 3
Total des héréditaires. 41

ANNÉE 1899 (Janvier-Août).

(Les chiffres se rapportant aux femmes sont écrits entre parenthèses.)

Hérédité :

1° Absente . . . . . 10 + (11) = 21 fois sur 49 malades.
2° Suspecte ou douteuse. . 2 + (2) = 4 — — —
3° Double et chargée.

Père et mère.	1 + (1) = 2	En tout. . .	4
Parents et collatéraux. . . .	1 + (1) = 2		

4° Partielle.

	Nerveux graves.	Alcooliques.	Névropathes.	Aliénés.		
Père	2 + (1)	4 + (2)	2	»	En tout	19
Mère	(1)	»	4 + (2)	(1)		

5° Hérédité paralytique (mère et fille). . . . . (1)
Total des héréditaires. 24

N. B. — Signalons encore un cas de paralysie générale chez le frère et la sœur et un chez les deux frères.

REMARQUES. — *a*) En résumé, sur un total de 238 malades :

Hérédité absente.	104		
— douteuse.	14		
— partielle	97	En tout.	120,
— chargée.	23		

parmi lesquels l'hérédité similaire a été relevée 7 fois.

©BIUM

Le pourcentage donne 50 p. 100 de cas avec hérédité, 44 p. 100 de cas sans hérédité, et enfin 6 p. 100 environ de cas que l'on ne peut classer.

De plus, nous n'avons rencontré la paralysie générale héréditaire que 7 fois sur 238 malades, en ne tenant point compte de 2 cas survenus chez les frères et sœurs : ce qui fait un peu plus de 3 p. 100 (4 fois père et fils, 2 fois mère et fille, 1 fois oncle et neveu).

b) D'autre part, si nous cherchons la fréquence relative des différentes variétés d'hérédité, nous voyons, dans la catégorie de l'hérédité partielle, que sur 90 malades, l'hérédité alcoolique se rencontre 27 fois, l'hérédité vésanique 26 fois. La différence à l'avantage de l'alcoolisme est plus accusée que ne le montrent ces chiffres, car nous avons compté les délires alcooliques dans l'hérédité vésanique.

Mais il faut remarquer que l'hérédité paralytique pourrait être comptée avec l'hérédité vésanique ; alors, sur 97 malades, cela nous ferait :

27 fois l'alcoolisme des parents et collatéraux ;
34 fois la folie ;
19 fois les tares névropathiques ;
18 fois des accidents nerveux graves.

Viendraient donc ensuite, avec une importance presque égale l'hérédité névropathique (19 cas sur 90) et l'hérédité nerveuse grave (18 sur 90). Les hérédités alcoolique et vésanique seraient les plus fréquentes ; elles se présentent l'une ou l'autre dans près des deux tiers des cas examinés.

Au contraire, si les 7 cas d'hérédité similaire étaient comptés avec les accidents nerveux graves, nous aurions 27 fois au moins l'alcoolisme, 25 fois l'hérédité nerveuse ; ensuite, venant en troisième ligne, l'hérédité vésanique et enfin l'hérédité névropathique.

c) La fréquence de l'hérédité paternelle sur les hérédités maternelle et collatérale est prouvée par le dénombrement suivant : sur 97 cas, les antécédents héréditaires se trouvent chez le père seul 53 fois, et la mère seule 29 fois, et chez les collatéraux 15 fois seulement.

Dans plus de la moitié des cas, l'hérédité paternelle domine ; la même proportion se retrouve d'ailleurs quand on prend en particulier l'hérédité similaire :

©BIUM

Père et fils paralytiques, 4 fois;
Mère et fille paralytiques, 2 fois;
Oncle maternel et neveu, 1 fois;

Remarquons que l'hérédité similaire croisée ne se trouve que dans ce dernier cas.

d) Enfin, les antécédents héréditaires se sont trouvés un peu plus fréquents chez les femmes paralytiques : 13 fois sur 23 femmes et 14 fois sur 26 chez les hommes. Donc, plus de la moitié des cas chez les femmes, et moins de la moitié chez les hommes.

e) En somme, pour la paralysie, et cela ressort nettement de cette statistique, ni l'hérédité en général, ni l'hérédité paralytique ne peuvent expliquer à elles seules l'étiologie de cette maladie qui apparaît ainsi comme une maladie surtout acquise sous l'influence de facteurs additionnels multiples (syphilis et alcoolisme principalement) : nous ne voulons point dire que l'hérédité n'ait pas d'action, car dans une récente communication M. le Dr Truelle a montré que l'hérédité donne tout au moins aux délires qui accompagnent la paralysie une caractéristique particulière.

Nous allons maintenant relater succinctement les observations de familles de paralytiques généraux que nous avons rencontrées : nous ne disons pas observations de paralysie générale *familiale*, car ce qualificatif implique autre chose qu'une simple coïncidence, et nous n'avons rien qui nous autorise à repousser un concours malheureux de circonstances comme étiologie de ces cas exceptionnels.

Observation I.

Paralysie générale : père paralytique général, deux oncles et une tante morts paralysés.

Rous... (Florimond), âgé de trente-sept ans, tailleur d'habits, entre le 6 mars 1897, présentant de la paralysie générale avec affaiblissement des facultés intellectuelles et de la mémoire, idées de satisfaction puériles, naïves et incohérentes; inconscience de sa situation. Hésitation de la parole, inégalité pupillaire.

Le début de la perte de la mémoire remonterait, d'après sa femme, à six mois environ; à la même époque serait apparu l'embarras de la parole.

Deux oncles et une tante du côté du père sont morts paralysés.

©BIUM

Le père est mort paralytique général.
La mère est morte de tuberculose.
Le malade a eu six frères et sœurs sur lesquels on n'a pas de renseignements.

Observation II.

Alcoolisme, syphilis : paralysie générale. Oncle maternel paralytique général.

Lan... (Louis), âgé de trente-deux ans, mécanicien, ancien marin, est revenu du service militaire syphilitique et avec des habitudes alcooliques qu'il a continuées.

Il entre, en effet, à Sainte-Anne avec les symptômes d'un accès subaigu d'alcoolisme chronique, hallucinations caractéristiques : il voit des grenouilles, des serpents, et cherche à les attraper ; des moutons grimpent sur les murs ; il voit sa femme qui tombe à l'eau, il entend des mécaniques tourner autour de lui.

Mais en peu de jours son état s'amende et le malade présente les symptômes suivants de paralysie générale : apathie, inconscience de sa situation, préoccupations hypocondriaques (le malade, urinant aux cabinets, appelle au secours et raconte qu'on est en train de lui jouer le mauvais tour de le faire fondre) ; attaques apoplectiformes fréquentes depuis un an (embarras de la parole et paralysie transitoire du bras droit). Pupille gauche plus large et hésitation de la parole.

Comme antécédents héréditaires, on relève que Lan... est un enfant naturel. Sa mère est nerveuse, et elle a un frère interné à l'asile de Pontorson pour un délire ambitieux symptomatique de paralysie générale.

Observation III.

Alcoolisme, pas de syphilis. Paralysie générale, rémission. Mère paralytique générale.

Am... (Clémence-Véronique), veuve D..., quarante-neuf ans, est entrée une première fois, en janvier 1895, avec les symptômes de paralysie générale : affaiblissement intellectuel ; excentricités naïves et absurdes ; idées de satisfaction ; inconscience de sa situation ; embarras de la parole ; inégalité pupillaire ; idées de suicide (parle de se noyer). Sortie quelque temps après de Villejuif, où elle entre en rémission partielle, elle retrouve la mémoire ; mais au bout d'un mois (janvier 1897) de vie ordinaire, la perte de mémoire revient : elle ne retrouvait plus sa maison, etc.

Elle ressort de Villejuif quelque temps après pour revenir à Sainte-Anne le 18 janvier 1898, en rémission partielle tou-

©BIUM

jours ; mais elle se fait arrêter pour des sortes de fugues à la suite desquelles elle se perd dans la banlieue.

Ses antécédents personnels la montrent depuis longtemps alcoolique, buvant du vin et surtout de l'absinthe. Elle n'aurait jamais eu de maladie vénérienne, pas d'enfants, pas de fausses couches.

Quant aux antécédents héréditaires, on y voit que le père serait mort de démence paralytique à cinquante ans.

Observation IV.

Paralysie générale. Mère aliénée. Père paralytique général.

Bon... (Célestine-Victoire), femme V..., passementière, âgée de trente-neuf ans, entre le 5 juillet 1899, atteinte d'affaiblissement des facultés intellectuelles et de la mémoire : idées de grandeur et de richesse, elle prend des voitures qu'elle ne peut payer, s'empare des objets qu'elle voit dans les magasins. Inconscience de sa situation ; elle va avoir deux enfants, idées incohérentes de satisfaction. Elle a un peu d'hésitation de la parole, de l'inégalité pupillaire.

Les renseignements héréditaires apprennent que son père est mort sûrement paralytique général à Ville-Evrard. Sa mère est décédée, du reste, au même asile.

Observation V.

Alcoolisme. Paralysie générale. Père paralytique général.

Niv... (Paul), âgé de trente ans, couvreur-zingueur, entre à l'admission le 8 octobre 1898, venant de Saint-Antoine.

Niv... a fait de nombreux excès alcooliques commencés au régiment à Versailles et continués depuis (au moins un litre de vin par jour et en plus quelques petits verres et l'apéritif quotidien). Puis, il y a six mois, ne peut plus travailler ; la jambe droite et le bras droit sont douloureux et le malade y ressent de continuels fourmillements ; en même temps il éprouve une gêne extrême de la parole.

La mémoire est très affaiblie : apathie, indifférence, conscience très incomplète de sa situation. Pas d'idées de richesse, mais embarras de la parole et inégalité pupillaire (pupille gauche plus large).

Ses antécédents héréditaires sont nuls en ce qui concerne sa mère, ses deux frères tous bien portants ; mais le père serait mort paralytique général à quarante-neuf ans.

©BIUM

Observation VI.

Alcoolisme. Paralysie générale. Père paralytique général. Tante paternelle aliénée.

Ver... (Jules), âgé de trente-quatre ans, chante en s'accompagnant sur la guitare dans les cours et dans les cafés : il est souvent payé en petits verres; aussi présente-t-il de nombreux symptômes d'alcoolisme chronique, pituites, cauchemars, crampes.

Il entre à Sainte-Anne, en mars 1898, pour s'être fait conduire dans un fiacre à la recherche de 5 millions. Il veut sortir pour aller chercher ses décorations de général, il est l'homme le plus heureux du monde. Affaiblissement des facultés intellectuelles et de la mémoire. Pupilles dilatées, la droite un peu plus que la gauche. Hésitation de la parole qui remonte à un an, tandis que les idées ambitieuses ne dateraient que de quelques semaines.

Sa mère est vivante et bien portante; mais son père est mort à Bicêtre de paralysie générale, après un séjour de dix-huit mois environ. Un frère est mort de tumeur blanche, les deux sœurs sont bien portantes. Une tante paternelle serait morte folle.

Voilà pour ses ascendants ; quant à ses descendants, on relève sur huit enfants un seul vivant qui a eu des convulsions vers sept ou huit mois; il a actuellement onze ans. Les sept autres sont morts ; deux d'une grossesse gémellaire, une fausse couche, les autres de méningite.

(*N. B.* — Ce cas a été déjà publié dans la thèse de mon collègue le Dr Wahl, qui a pu examiner le malade à Villejuif, où il avait été envoyé après un court séjour à Ville-Evrard.)

Observation VII.

Paralysie générale du père survenue à trente-sept ans (le fils étant déjà âgé de treize ans) et chez le fils alcoolique à trente-cinq ans.

H... (Louis-Marie), menuiser, âgé de trente-sept ans, entre une première fois à l'admission, en mars 1876, atteint de léger affaiblissement des facultés intellectuelles avec préoccupations hypocondriaques.

Légère hésitation de la parole.

Puis, la deuxième fois, en août 1877 ; la paralysie générale est alors confirmée : hésitation de la parole, inégalité pupillaire (pupille gauche plus large, attaques épileptiformes probables, sensiblerie, idées de satisfaction et préoccupations hypocon-

©BIUM

driaques). Il meurt à Sainte-Anne le 3 avril 1880 (Dr Dagonet).

Son fils, H... (Louis-Alfred), âgé de treize ans lors de la maladie du père, entre en 1898, le 20 avril, déjà malade depuis un an ; il a cessé son métier de serrurier ; sa mémoire est très affaiblie depuis sept mois, il maigrit, la parole est embarrassée. MM. Magnan et Garnier diagnostiquent : paralysie générale, affaiblissement des facultés intellectuelles et de la mémoire, idées incohérentes de satisfaction et préoccupations hypocondriaques. Inconscience de sa situation, tentative de suicide par pendaison : habitudes alcooliques, syphilis très incertaine (il a eu il y a six mois une éruption avec mal de gorge).

La mère et la sœur seraient bien portantes.

Nous n'accompagnerons que de peu de remarques ces faits qui parlent d'eux-mêmes.

L'hérédité paralytique n'est que probable chez les malades des observations II, III et V ; elle est au contraire aussi sûre que possible chez les malades des observations IV, VI et VII ; chez le malade de l'observation I, l'hérédité est très chargée ; il ne semble y avoir eu ni syphilis, ni alcoolisme.

Il y a lieu de noter au contraire dans les observations IV, VI et VII que l'hérédité similaire ne peut pas être invoquée comme le seul facteur étiologique ; l'alcoolisme ordinairement et parfois la syphilis se retrouvent dans les antécédents personnels du malade, parfois aussi l'hérédité vésanique se rencontre.

De plus, dans aucune de nos observations, la paralysie générale n'a eu la forme juvénile jusqu'ici signalée comme habituelle. Seul N... (Paul) (obs. V) a été atteint très peu avant trente ans et il peut être regardé comme ayant une paralysie précoce.

Une de nos malades (obs. III) a vu son affection évoluer avec une grande lenteur et avec des rémissions partielles répétées.

Dans les autres observations, l'évolution de la maladie a suivi sa marche habituelle.

L'observation VII est de beaucoup la plus intéressante ; c'est d'abord que l'existence de la même affection chez le père et le fils est absolument sûre ; nous avons en détail les symptômes présentés par chacun des malades et des diagnostics identiques à l'infirmerie du Dépôt, au Bureau d'admission et à Sainte-Anne.

©BIUM

En second lieu, le fils est né treize ans avant le début de l'affection chez le père, et la question de la transmission directe de la paralysie générale comme une sorte de caractère acquis ne peut se poser. Toutefois, la question de l'influence d'une prédisposition reste entière. Nous ferons remarquer simplement la rareté des cas d'hérédité paralytique que nous avons rencontrés et nous croyons que l'observation en question peut tout au plus faire entrer quelque doute dans l'esprit de ceux qui affirment l'immunité absolue des fils de paralytiques vis-à-vis la maladie de leur ascendant,

Pourtant, si l'on était tenté de croire à l'existence d'une paralysie générale familiale, nous allons, sans appuyer cette dernière hypothèse rapporter deux observations dans lesquelles le frère et la sœur ou les deux frères sont devenus paralytiques généraux, et où l'on a l'élément étiologique direct relatif à chaque cas, mais sans renseignements sur l'hérédité.

Observation VIII.

Alcoolisme chronique ayant abouti à la paralysie générale chez les deux frères.

T... (Victor), journalier, né en 1854 à Sarrebourg, entre une première fois à Sainte-Anne le 15 février 1895 pour alcoolisme chronique et affaiblissement intellectuel (Dr Toulouse); puis, une deuxième fois, en 1896, pour alcoolisme chronique avec accès subaigu (voit des Prussiens, des ennemis qui viennent pour le tuer, hallucinations terrifiantes, fourmillements dans les jambes, etc.), affaiblissement des facultés, parole embarrassée, inégalité pupillaire, et M. le Dr Magnan ajoute par suite : tendance à la paralysie générale. En effet, quelques mois plus tard, le malade, évadé de Ville-Evrard, revient à Sainte-Anne atteint définitivement de paralysie générale : idées de satisfaction et conscience incomplète de sa situation, apathie, indifférence, pupille droite plus grande, embarras marqué de la parole.

Son frère S... (Francis), né en 1854, entre en 1899, atteint d'alcoolisme chronique, et parmi les symptômes qu'il présente apparaissent un embarras très marqué de la parole avec affaiblissement considérable de la mémoire, tout comme en avait présenté S... (Victor), et déjà l'on peut diagnostiquer une paralysie générale à son début. Pas d'antécédents héréditaires connus.

©BIUM

OBSERVATION IX.

Frères : Paralysie générale consécutive à l'alcoolisme chronique. — Sœur tabétique ayant fait de l'affaiblissement intellectuel avec idées absurdes de richesse et de grandeur.

M... (Germain), marchand de vins, âgé de trente-huit ans, entre à l'admission avec les symptômes de paralysie générale, affaiblissement intellectuel, idées de richesses : il distribue des millions à tout le monde, il a un fonds de commerce qui vaut 100.000 francs ; il est d'une force musculaire colossale : on lui jette des seaux de merde, inconscience de sa situation, embarras de la parole, dilatation et inégalité des pupilles.

C'est un grand buveur d'absinthe, avec insomnie, agitation nocturne, et il a voulu tuer sa femme et ses enfants dans une de ses bouffées d'hallucinations.

Une sœur du malade, M... (Sylvie), femme B..., est atteinte de tabes caractéristique depuis sept ans et est aveugle depuis dix-huit mois. En 1895, assez brusquement, elle se met à délirer ; elle donne de l'argent à tout le monde, elle a 100.000 francs, elle aura une voiture attelée par des chèvres, elle mangera du lapin tous les jours, elle connaît l'empereur de Russie, elle est reine de France, elle va démolir le Luxembourg, etc. La mémoire et les facultés sont très affaiblies, la pupille droite est la plus large, elle n'a que quelques accrocs dans la parole.

Le père est mort à soixante-six ans d'une fluxion de poitrine ; la mère est morte à soixante-trois ans d'un abcès de l'épaule ; une autre sœur est bien portante et trois frères aussi.

Donc, pas d'antécédents héréditaires, mais des antécédents personnels nets : alcoolisme ou tabes, ce qui fait bien ressortir le caractère acquis de la démence spéciale qui a atteint ces deux malades.

Les conclusions qui semblent se dégager de cette note sont les suivantes :

A. — En ce qui concerne l'*hérédité des paralytiques en général* :

1° La paralysie générale n'apparaît que dans près de la moitié des cas sans attache héréditaire et semble être alors une maladie acquise.

2° L'alcoolisme, les vésanies, se partagent, dans les deux tiers des cas, à peu près également les antécédents héréditaires.

3° L'hérédité paternelle est de beaucoup la plus fréquente (5 cas sur 9).

©BIUM

4° Les antécédents héréditaires sont un peu plus fréquents chez les femmes paralytiques que chez les hommes atteints de la même maladie.

B. — En ce qui concerne l'*hérédité paralytique similaire* :

1° Cette hérédité est exceptionnelle, 7 fois seulement sur 238 malades, c'est-à-dire 1 fois sur 34 malades.

2° L'hérédité similaire ne se retrouve seule dans aucun cas : 5 fois elle se joint à l'alcoolisme du malade, 3 fois les antécédents sont chargés.

3° L'héréditaire similaire est plus fréquente entre père et fils qu'entre mère et fille.

On n'a constaté qu'une fois l'hérédité similaire croisée (oncle maternel et neveu).

4° Notre statistique porte sur des années trop récentes pour que nous puissions connaître l'évolution de la maladie chez nos paralytiques : toutefois un cas montre des rémissions nettement caractérisées.

5° Aucun de nos paralytiques enfants de paralytiques n'a été atteint dans l'enfance ; un seul est tombé malade avant trente ans.

6° Un enfant, né treize ans avant que le père ait été atteint de paralysie générale peut devenir paralytique général.

Un cas de délire hypocondriaque à forme évolutive.

M. Paul Castin. — Messieurs, j'ai l'honneur de présenter à la Société médico-psychologique l'observation d'une malade qui fut atteinte, de l'adolescence à la mort, d'un délire hypocondriaque chronique qui évolua régulièrement en trois périodes : une période d'hypocondrie simple ; une période d'hypocondrie délirante ; une période d'hypocondrie des négations à forme syndrome de Cotard, sans qu'on puisse relever dans tout le cours de sa vie l'existence d'autres idées délirantes, même d'ordre mélancolique.

Observation.

Mme T..., sans profession, âgée de cinquante-quatre ans, entre le 20 décembre 1899, à l'asile Sainte-Anne, dans le service de mon regretté maître, le Dr Bouchereau. C'est son premier internement.

©BIUM

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Aucun renseignement précis sur les grands-parents.

La mère de la malade vit encore; elle est âgée de quatre-vingt-neuf ans. Elle n'aurait jamais eu de troubles mentaux.

Le père est mort à cinquante-trois ans. Il était sobre.

Rien chez les collatéraux.

Deux frères : l'un en bonne santé, sans particularités mentales. L'autre a été opéré à diverses reprises pour de la « carie des os ».

La malade a une fille, mariée, peu nerveuse, qui n'a jamais présenté de crises.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Nous n'avons aucun renseignement précis sur l'enfance de la malade. Etant jeune fille, elle avait une crainte extrême de la mort, bien qu'elle n'ait eu pour toute maladie qu'une jaunisse consécutive à une peur. (Ses amies avaient introduit dans sa poche une souris.)

HISTOIRE DE LA MALADE. — Elle se marie à vingt-trois ans, et quelques mois plus tard, tombe en très peu de temps dans une tristesse profonde : elle avait peur de mourir! Cette crainte l'envahit tout entière, annihile ses forces. Elle pleure sur son sort, se regrette et ne voit dans les encouragements des siens que des marques de leur détachement ou de leur obstination aveugle et stupide. Elle refuse de sortir, fait appeler médecins sur médecins et passe ses journées à examiner son teint dans une petite glace, qu'elle glissera le soir sous son traversin, pour la reprendre dans la nuit.

Elle se désintéresse de tout et de tous : les soins du ménage, les événements extérieurs, la santé des siens lui deviennent étrangers. Et elle refusera d'assister à la première communion de sa fillette, après avoir refusé de s'occuper des préparatifs de cette petite fête, en prétextant l'état de sa santé. La fillette, très attristée, s'étonnait « d'avoir une maman pas comme les autres ».

Cet état mental, à part une accalmie de sept années, persistera jusqu'à la mort de la malade, mais en évoluant.

Cette évolution comprend trois périodes.

La première, à laquelle nous nous sommes arrêté, s'étend jusqu'en l'année 1892. Pendant toute cette longue durée, la malade présente des idées hypocondriaques non absurdes en elles-mêmes, mais qui sont acceptées par elle sans contrôle suffisant. Les moindres sensations anormales sont grossies et dénaturées par suite d'une véritable hypertrophie de l'attention, comme le croit M. Ribot; et la malade se croit affectée de toutes les affections qui lui passent par la tête. Eprouve-t-elle quelques frissons, il s'agit d'une pneumonie; quelques douleurs dans un membre : « C'est un commencement de paralysie » ;

©BIUM

quelques troubles de la menstruation avec sensations douloureuses dans l'abdomen, il s'agit « d'une affection grave de la matrice, d'un cancer ». Cette dernière idée prédomine au cours de la première période, qui se termine, en 1892, par une amélioration très marquée. En l'espace d'un à deux mois, la malade, à la grande surprise des siens, « se métamorphose ». Elle s'occupe de ses affaires, sort, va rendre visite à sa fille et se fâche quand on lui rappelle ses préoccupations antérieures. Elle s'installe, à cette époque, chez sa fille, qui est buraliste, et l'aide dans la vente des tabacs.

Cette amélioration persiste jusqu'au mois de mai 1899, époque à laquelle commence la deuxième période : celle de l'hypocondrie délirante.

Brusquement, sans cause occasionnelle connue, la malade se plaint d'une douleur dans le bras droit, qu'elle déclare « empoisonné par le tabac ». Elle pleure, se lamente, et ne songe plus qu'à cette terrible affection. Trois mois plus tard, cette idée délirante est brusquement remplacée par une autre du même ordre. La malade s'était décidée à visiter sa sœur, opérée un an auparavant d'un carcinome du sein, avec récidive à cette époque; elle apprend que sa sœur est très gravement malade et revient chez sa fille, très frappée. Quelques jours plus tard, elle aussi est atteinte d'un cancer, — à la jambe; — et, elle va en mourir.

Elle ne mange plus, et la nuit, si elle réussit à somnoler, elle se réveille en sursaut, « elle est perdue ». Elle a de véritables crises d'anxiété, pendant lesquelles elle crie à ses enfants : « C'est fini!... c'est fini!... Je suis bien malade. Mais, vous ne voyez donc pas dans quel état je suis?... Courez donc vite chercher un médecin. Je souffre... je souffre!... »

Le mois suivant, elle déclare « n'avoir plus que la peau et les os ».

Cette idée de cancer se renforce encore au mois d'octobre. Elle sent alors, dans toute sa jambe, « des quantités de ganglions », alors que l'examen médical, pratiqué à cette époque, ne donne que des résultats négatifs.

Le mois suivant (novembre 1899), débute la troisième période, qui répond exactement au syndrome de Cotard : anxiété mélancolique, idées de négation, idées d'immortalité, idées d'amaigrissement, remplaçant ici les idées d'énormité; analgésie, tentatives de suicide. Il manque les idées de damnation.

Un certain jour, « elle n'a plus d'organes; elle s'est étranglée la nuit avec ses mains, et alors tous ses organes ont été coupés dans cette strangulation. Elle n'a plus de fondement ». Et, les jours suivants, elle se met à gâter. « Tout ça, c'est mort; il n'y a plus de vie, il n'y a plus que ma tête... »

©BIUM

Au début de décembre surgissent des idées d'immortalité; et ce fut une stupéfaction pour les siens, nous raconte sa fille, de la voir, elle qui avait toujours eu si peur de la mort, prétendre qu'elle ne pouvait pas mourir. A tout propos, elle répétait, sans d'ailleurs l'expliquer, cette phrase : « Je ne peux pas mourir!... » Ses idées de négation continuent aussi fréquentes; elle refuse de manger : « Plus rien ne passait; ses aliments tombaient dans un trou. » Elle ne respire plus et veut se jeter par la fenêtre parce qu'elle ne respire plus. En effet, le 18 décembre, elle met son projet à exécution, et, d'un premier étage, vient s'empaler sur une porte-parapluie métallique dont les pointes s'enfoncent profondément dans les tissus. Dégagée avec peine, elle porte deux plaies profondes de plusieurs centimètres : l'une à la fesse, l'autre à la hanche gauches. Transportée à Lariboisière, elle est transférée le surlendemain à Sainte-Anne, où, après un court séjour à l'admission, elle passe dans le service du Dr Bouchereau.

Examen direct. — La malade, le facies anxieux, demeure étendue dans son lit sans grands mouvements; elle obéit assez facilement aux ordres qu'on lui donne, mais il faut insister pour la faire parler; elle répond alors avec une certaine volubilité, empreinte d'impatience.

Les associations d'idées se font logiquement, à part les contradictions liées directement à la forme du délire. La mémoire, obnubilée peut-être, réellement affaiblie, est lente et peu sûre :

D. — En quelle année sommes-nous ?
R. — En 100... l'année de l'Exposition, ... en 1899.
D. — Combien font 6 fois 5?
R. — (Après de longs tâtonnements) 30.
D. — Et 8 fois 8?
R. — ...

Elle ne sait pas depuis quand elle se trouve dans le service; mais elle se rend compte de sa situation : « C'est parce qu'on m'a entendue parler comme ça (allusion à ses idées de négation) qu'on m'a amenée à Sainte-Anne; on m'a mise sur ce lit et j'y suis restée ».

Le contenu de ses idées délirantes n'a pas varié et ne variera pas jusqu'à la mort. Ce sont des idées de négation avec leurs corollaires, les idées d'immortalité et d'amaigrissement, qui équivalent ici aux idées d'énormité. Les idées de négation s'arrêtent à la malade et elle ne nie rien des objets extérieurs. Elle reconnaît parfaitement qu'il y a un ciel, un soleil, des malades couchées à côté d'elle, des pots de fleurs sur la table, etc.; mais la négation porte sur tout ce qui a trait à elle-même. Tous ses organes, toutes ses fonctions physiques et morales,

©BIUM

« tout cela est mort ». « Je ne vais jamais aux cabinets, déclare-t-elle, mon fondement est fermé et mon estomac aussi, depuis le mois d'août... Je ne peux pas me bouger; je ne marchais déjà pas avant, je ne marcherai plus maintenant. » Elle n'a plus ni langue, ni cerveau, ni sang, ni cœur; elle ne respire plus : « Tenez, Monsieur, il ne reste de mon pauvre corps que ceci »; et elle montre successivement le bras gauche et, d'un geste vague, la partie supérieure du tronc.

Dans un autre ordre d'idées, « elle n'a plus d'âme, plus de conscience, plus d'affection pour les autres, plus rien ».

La malade, dans la défense de son délire, fait preuve d'un véritable entêtement.

D. — Qu'est-ce qui vous manque encore?

R. — Il me manque tout, puisque je n'ai rien... Je ne peux plus voir.

D. — Pourtant, vous regardez la surveillante.

R. — Je ne vois qu'elle.

D. — Et moi, vous me voyez?

R. — J'ai tellement l'habitude de voir. (Elle pleure, puis continue.) C'est comme un morceau de charbon que j'ai à l'estomac... Tenez, Monsieur, tâtez s'il y a là un estomac!... Il n'y a plus ni chairs, ni os, ni rien. Je n'ai pas d'estomac et regardez si je peux bouger. (Avec impatience.) Mais, rendez-vous compte si j'ai un estomac.

D. — Mais, il me semble que je le sens?

R. — (Avec colère.) Comment, Monsieur, vous qui êtes médecin, vous dites... mais non, il est mort depuis longtemps... Je n'ai plus de cœur non plus.

D. — Mais, il bat, je crois l'entendre.

R. — Vous l'entendez? Ah! par exemple... (Avec une indulgence dédaigneuse.) Mais non, il n'y a pas de cœur... et j'ai vécu comme cela.

D. — Tirez la langue.

R. — C'est du charbon, vous voyez bien... ; on peut jouer à la boule avec ma tête... je suis morte...

D. — Mais vous remuez?

R. — Oh! si peu...

D. — Mais vous parlez?

R. — (S'impatientant). Je vous dis que je suis morte. C'est fini!...

D. — Mais, vous toussez?

R. — C'est un petit tampon de charbon qui s'est enfoncé en tombant. (Allusion à sa tentative de suicide et ajoute :) Je n'ai plus de respiration...

D. — !...

R. — (Avec mépris.) Par exemple, si vous entendez de la

©BIUM

respiration dans mon pauvre corps... c'est comme tout à l'heure, vous me disiez que vous entendiez battre mon cœur !...

Au cours de ses réponses, la malade laisse apparaître des idées d'immortalité ou, mieux, des idées de survie douloureuse. « Je suis morte », répète-t-elle; il y a trois mois qu'elle est morte; aussi, s'impatiente-t-elle de voir écrire autant sur sa santé : « Ce n'est pas la peine de faire tant d'écritures; puisqu'elle est morte... Vous voyez bien que je ne vis plus depuis longtemps; comment, vous, un docteur !... »

Le 15 janvier, après une nuit agitée pendant laquelle la malade, les traits convulsés, criait : « Je suis morte !... je suis morte !... », elle demeure, une partie de la matinée, inerte dans dans son lit, insensible à toute excitation, les eyux clos, mais résistant aux doigts qui les écartent; avec toute sa conscience : « elle était morte ».

On retrouve ces mêmes préoccupations d'immortalité, mais encore hésitantes, dans le récit de sa tentative de suicide : « Je me suis jetée par la fenêtre, le 3 septembre. (Erreur de date.) Je suis tombée dans l'appareil où l'on met les parapluies; on m'a arraché le corps de dedans l'appareil; j'étais restée suspendue dessus ».

D. — Pourquoi vouliez-vous vous faire du mal?

R. — Parce que je ne pouvais plus respirer; mais, je savais bien que je ne pouvais pas mourir.

D. — C'était néanmoins pour vous tuer?

R. — Oui... (Se reprenant :) Non... je ne pouvais plus rien prendre.

Enfin, les idées d'amaigrissement sont non moins apparentes : « Je suis décharnée jusqu'aux os, gémit la malade; je ne peux pas être plus décharnée que je ne le suis... Je n'ai plus de cervelle. (Se prenant la tête :) C'est sec, ça, il n'y a plus de chairs dessus. »

Elle revient volontiers sur ces idées, qu'elle exprime dans la même forme; or, la malade, qui est énorme, ne mesure pas moins de $1^{m}38$ au niveau du bras et de 34 centimètres au niveau de la ceinture.

Les idées hypocondriaques de la deuxième période sont devenues de plus en plus rares et se terminent maintenant par des négations : « Mon bras est cassé en plusieurs endroits, mutilé, mort depuis longtemps ».

Mais, et c'est là un fait capital au point de vue du diagnostic, la malade n'aurait jamais présenté d'autres idées délirantes que celles que nous venons de décrire; et, de fait, notre examen, répété à maintes reprises, n'a pu que confirmer cette assertion.

« Elle est estimée dans le quartier; autrefois, la régie lui

©BIUM

déclarait que c'étaient eux qui avaient le mieux travaillé dans le quartier ; elle n'a jamais été à charge aux siens ; c'était une femme d'intérieur ; elle aimait son mari ». Donc, pas d'idées d'humilité.

« Que ces messieurs fassent tout ce qu'ils pourront, et après, on leur paiera les frais. Oh ! tout ce qu'on leur devra... J'ai l'air d'une malheureuse ; mais, Monsieur, nous possédons 35.000 francs. Nous étions très économes et j'ai beaucoup travaillé ». Donc, pas d'idées de ruine.

Il n'y a pas davantage d'idées de culpabilité ou de damnation ; pas d'idées de persécution ; en un mot, rien en dehors de ses idées hypocondriaques et de négation.

Les hallucinations font totalement défaut.

La sensibilité sensorielle paraît normale.

La sensibilité générale présente une hypoesthésie extrêmement marquée à la douleur, au chaud et froid, allant, certains jours où la malade est particulièrement absorbée, jusqu'à l'anesthésie absolue. On peut enfoncer une épingle, ou promener une éprouvette d'eau bouillante sur toute la surface du corps sans provoquer le plus petit mouvement de défense ; mais les piqûres sont perçues comme sensations tactiles.

La sensibilité au tact est beaucoup mieux conservée. Alors que la malade ne réagit pas à la douleur, elle se tourne du côté où on la touche à l'improviste.

Les muqueuses auriculaire, nasale, buccale ne présentent qu'un degré moyen d'hypoesthésie. On provoque des clignements de paupières assez énergiques, si on touche les conjonctives avec un corps étranger arrondi.

Les piqûres à la plante des pieds provoquent quelques contractions des fléchisseurs des orteils et des muscles de la jambe et de la cuisse.

Le sens stéréognostique est en partie conservé.

La force musculaire est extrêmement diminuée, non seulement par suite de l'apathie de la malade, mais par une véritable fonte des muscles. Si l'on soulève l'épaisse couche de graisse qui les tapisse, ils font à peine relief sur les os ; sans doute, pour la même raison, les réflexes sont presque abolis.

L'examen physique de la malade, à son entrée dans le service, révèle, outre les deux plaies consécutives à sa tentative de suicide, une incision nécessitée par un phlegmon, d'environ 6 centimètres, située à 2 centimètres du pli de l'aine gauche et parallèle à ce dernier. Il s'en écoule un pus abondant.

A l'auscultation, on trouve des signes nets d'insuffisance mitrale avec hypertrophie marquée et des râles disséminés de bronchite.

©BIUM

La malade présente un peu de température pendant la durée de son phlegmon.

Le pouls varie entre 70 et 80 pulsations. Il est faible et présente des intermittences. La respiration est lente et peu profonde.

Ni sucre, ni albumine.

La malade meurt le 21 janvier, en quelques jours, d'une pneumonie.

AUTOPSIE. — A part ce foyer de pneumonie à la période d'hépatisation rouge, et occupant en masse tout le lobe moyen droit, avec congestion de la base gauche, on trouve un cœur très hypertrophié et chargé de graisse, présentant des signes d'insuffisance mitrale ; une aorte athéromateuse et légèrement rétrécie ; un foie présentant de la dégénérescence graisseuse et de la congestion, ne pesant pas moins de 2.020 grammes ; des reins pesant environ 230 grammes chacun, graisseux, mais sans lésions interstitielles apparentes ; une rate très congestionnée et, enfin, un kyste de l'ovaire droit jusque-là méconnu, d'une contenance d'environ 1/2 litre ; l'utérus est fibreux et porte de petits kystes ; la dure-mère adhère fortement à la voûte cranienne le long de la suture sagittale ; l'encéphale est ischémique et ne présente aucune lésion microscopique.

Quel est le rôle joué dans la pathogénie de ce délire par cette affection cardiaque et le kyste de l'ovaire?

Nous n'en savons rien, nous ignorons même leur date d'apparition par rapport à celle du délire, mais nous pouvons cependant avancer que ce sont là des affections bien banales, ne s'accompagnant pas, d'ordinaire, de troubles mentaux marqués et que, d'après la plupart des auteurs, l'hypocondrie, très fréquemment, ne concorde pas avec des lésions organiques appréciables.

Quand on eut retiré du cadre de l'ancienne hypocondrie les idées hypocondriaques de la mélancolie, celles de la folie intermittente, celles des démences paralytique, alcoolique, sénile, etc., enfin celles de la débilité mentale, il resta un certain nombre de cas qui ne purent rentrer dans aucun de ces types.

Ce fut la principale origine du délire hypocondriaque, que M. Séglas (1) appela délire hypocondriaque systé-

(1) Seglas. *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, 1895, p. 681. Délire des négations. Bibl. Debove Achard.

©BIUM

matique; Krafft-Ebing (1), neuropsychose hypocondriaque; Cotard (2), délire hypocondriaque chronique; Schüle (3), déiire systématisé hypocondriaque.

Notre observation en est un exemple.

Quelle que soit la nature de ce délire hypocondriaque chronique, la plupart des aliénistes s'accordent à ne voir en lui qu'une manifestation de la dégénérescence mentale; il n'en est pas moins vrai que cette observation, jointe à deux autres, une de M. Séglas et une de Krafft-Ebing, montre qu'il peut évoluer à l'exclusion de toute autre idée délirante et suivant un mode nettement défini qui ne laisse pas de rappeler un peu, à notre sens, l'évolution fixe et régulière du délire chronique ou, même encore davantage, cette évolution particulière du délire mélancolique défendue au Congrès de Toulouse par MM. Vallon et Marie et que Cotard avait désigné sous le nom de folie des négations : c'était une mélancolie chronique à trois phases :

Mélancolie simple,

Mélancolie délirante,

Délire des négations.

Dans la forme chronique que nous étudions, nous avons cette même succession : une hypocondrie simple, une hypocondrie délirante et du délire des négations.

Cette évolution du délire hypocondriaque chronique était indiquée, dès 1882, par MM. Ball et Ritti dans leur article *Délire*, du dictionnaire de Dechambre. Ces auteurs admettaient trois degrés :

L'hypocondrie simple,

L'hypocondrie délirante.

L'hypocondrie des négations.

Cotard (4), en 1889, signale la fréquence des idées hypocondriaques de négation à la période ultime du délire hypocondriaque chronique.

En 1895, M. Séglas, à son tour, dans une de ses

---

(1) Krafft-Ebing. *Traité de psychiatrie*. Trad. française, 1877, p. 601.

(2) Cotard. *Etude sur les maladies cérébrales et mentales*, 1891, p. 406.

(3) Schüle. *Maladies mentales*, 1888, p. 58.

(4) Cotard. *Loc. cit.*

©BIUM

leçons où il précise les caractères différentiels de l'hypocondrie et de la mélancolie, insiste sur les caractères de l'hypocondrie systématisée et des idées de négation qui, souvent, la terminent au bout d'un assez long temps ».

Mendel (1) arrive à des conclusions analogues.

M. Ballet (2) établit qu'il n'y a qu'une petite différence de degrés entre la petite hypocondrie et la grande hypocondrie et l'hypocondrie délirante ; ce dernier degré comprenant les idées de négation.

Les cas d'hypocondrie répondant exactement à ce type sont très rares ; le plus souvent, ils sont entachés d'autres idées délirantes (persécution, culpabilité, etc.) ; ou encore la succession des trois phases est incomplète, ou encore le délire, après quelques mois, quelques années, s'arrête et guérit.

Aussi, notre observation, en quelque sorte schématique, nous a-t-elle paru offrir quelque intérêt ; et, en nous appuyant sur l'autorité des auteurs cités plus haut, nous avons voulu évoquer le souvenir du délire chronique de M. Magnan et la folie des négations de Cotard, en l'intitulant :

« Un cas de délire hypocondriaque chronique à forme évolutive. »

La séance est levée à 6 heures.

René Semelaigne.

---

(1) Mendel. De l'hypocondrie chez la femme. *Berlin. klin. Woch.*, 4 mars 1889.

(2) Ballet. *Psychoses et affections nerveuses*. Paris, 1897.

©BIUM

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ITALIENS

Rivista di patologia nervosa e mentale.

Année 1897.

Dans les fascicules de cette publication, sont épars d'importants articles ayant trait aux questions les plus intéressantes ou les plus controversées de l'anatomie et de la physiologie normales, de la pathologie expérimentale ou de l'anatomie pathologique, de la clinique mentale et nerveuse. Il nous a semblé qu'il y aurait avantage pour le lecteur à les trouver classés et réunis sous la rubrique qui leur convient.

I. — Anatomie normale et comparée. — Embryogénie. Physiologie.

1. — *Trajet des fibres du corps calleux et du psalterium;* par les Drs G. Dotto et E. Pusateri (numéro de février). — Le corps calleux est une sorte de carrefour où se rencontrent des fibres nerveuses dont l'origine et le but sont très variables et insuffisamment déterminés. C'est ce point d'anatomie que les auteurs ont voulu élucider. Ils avaient le choix entre différents procédés expérimentaux. A la décortication de quelques territoires cérébraux ou même d'un hémisphère cérébral tout entier, ils ont préféré la section totale du corps calleux dans le cerveau de chats de quatre mois. Recherchant ensuite, à l'aide de la méthode de Marchi, les dégénérescences qui en résultent, Dotto et Pusateri ont constaté que :

1° Dans le centre ovale, de nombreuses fibres dégénèrent dans les faisceaux de radiation qui se dirigent vers l'écorce du lobe frontal, vers la zone motrice ou la partie postérieure des régions temporale, pariétale et occipitale, vers les circonvolu-

©BIUM

tions du corps calleux et de l'hippocampe. Dans l'écorce, les fibres dégénérées aboutissent aux éléments de la troisième couche, quelquefois de la deuxième, jamais de la première;

2° Dans le faisceau occipito-frontal, de très rares fibres sont dégénérées. Ce qui semble indiquer que ce faisceau représente une voie d'association interhémisphérique, tout au moins chez les mammifères;

3° Dans la capsule externe, un plus grand nombre de fibres sont dégénérées. Elles semblent se diriger vers le lobe temporal. Il en résulterait que, contrairement à l'affirmation de Beevor, il existe des fibres qui relient le corps calleux à la capsule externe;

4° Dans la capsule interne, quelques fibres aussi sont dégénérées. Mais il est rare de les voir accompagner les fibres de projection qui descendent par le pédoncule cérébral. Plus vraisemblablement, elles se dirigent, comme le pensait Hamilton, vers la couche optique;

5° Dans la corne d'Ammon, de nombreuses fibres sont dégénérées, et ces fibres semblent se rendre à la corne du côté opposé en passant par la lyre. En sorte que celle-ci serait vraiment un système commissural, comme le pense d'ailleurs Ramon y Cajal.

En résumé, le corps calleux ne représente pas exclusivement une voie d'association interhémisphérique. Il y passe des fibres qui ne se rendent pas au cerveau.

Les auteurs font très judicieusement remarquer que ces expériences devraient être renouvelées sur des animaux d'un rang plus élevé. Chez le singe, il serait peut-être possible d'apprécier le rôle psychique du corps calleux. Nous pouvons ajouter que ces expériences seraient avec fruit contrôlées par l'examen clinique et anatomo-pathologique de quelques hydrocéphales dont le cerveau est dépourvu de corps calleux.

2. — *Genèse des circonvolutions cérébrales et cérébelleuses;* par E. Lugaro (numéro de mars). — Pour quelles raisons d'adaptation la substance grise du cerveau et du cervelet forme-t-elle une écorce? Quelle est la signification biologique de cette disposition anatomique? Telles sont les questions que Lugaro, après bien d'autres, se pose.

Partageant la manière de voir de Reichert et de Seitz, Lugaro estime que l'extension du réseau vasculaire pie-mérien et la pénétration dans la substance grise de vaisseaux réduits à un petit volume est une condition favorable à la bonne irri-

©BIUM

gation du cerveau. La pénétration directe des gros vaisseaux dans la masse cérébrale aurait des inconvénients.

En outre de cette raison, il faut considérer que l'écorce est composée d'éléments disposés en couches parallèles à la surface du cerveau, que cette disposition est favorable au bon fonctionnement des cellules de projection, la projection étant d'ailleurs le rôle principal des neurones corticaux. Dans le cervelet, le besoin d'une plus grande superficie corticale est encore plus impérieux, car cet organe reçoit des fibres afférentes provenant de la colonne de Clarke, des noyaux bulbaires et, en outre, des fibres de même ordre provenant de la protubérance. Il en part des fibres efférentes dont le trajet médullaire est inconnu, mais dont l'existence n'est pas contestable.

L'étendue de la surface corticale est déterminée dans une certaine mesure par l'importance des appareils sensitifs et moteurs. Le volume de l'animal peut l'influencer. D'autre part, la richesse des voies d'association est une condition de supériorité intellectuelle, et cette richesse elle-même a pour corollaire une plus grande superficie de l'écorce.

On peut se demander en outre quelle est la raison de la disposition en circonvolutions. Une théorie veut qu'elle soit déterminée par le développement de la cavité cranienne. Une autre n'envisage que les rapports de l'écorce grise avec la substance blanche. Toutes deux sont insuffisantes ou reposent sur des erreurs d'interprétation.

Il n'est pas exact, par exemple, que l'expansion du cerveau soit gênée par la capacité trop restreinte de la boîte cranienne. En réalité, la disposition en circonvolutions trouve son explication dans la nécessité d'une grande étendue de l'écorce cérébrale et la plus grande commodité des fonctions d'association et de projection.

Sans doute ces raisons ne sont pas de nature à satisfaire l'esprit entièrement, et Lugaro prend soin de dire qu'il ne prétend aucunement avoir résolu tout le problème.

3. — *Cytologie comparée de la cellule nerveuse des vertébrés;* par Giuseppe Levi (numéro de mai). — Pour ses recherches, l'auteur a adopté la technique suivante : fixation par le sublimé, coloration par la méthode de Biondi-Heidenhain, le Nissl avec la thionine, l'hématoxyline Delafield. Il a pu ainsi, dans de bonnes conditions, étudier le système nerveux des *mammifères*. Les recherches ont porté sur le système nerveux du chien, du bœuf et de la chauve-souris. Elles ont été incomplètes en ce qui

©BIUM

concerne le lapin, la souris, le chat et le loir. Les ganglions spinaux de la moelle humaine ont été étudiés aussi, mais dans des conditions que l'auteur avoue mauvaises.

Les cellules des ganglions spinaux du loir ont des caractères particuliers. Elles sont très petites. Les grains chromatiques volumineux ont des contours nets et arrondis. On n'y rencontre qu'un petit nombre de cellules à petits grains. Dans les cellules claires de tous les animaux d'ailleurs, les masses chromatiques, dit Lévi, semblent se continuer par de fines fibrilles avec lesquelles elles n'entrent pas en connexion. Ces fibrilles convergent vers l'origine du cylindre-axe; ajoutons qu'elles ne sont vraisemblablement autre chose que des expansions cylindre-axiles dont la trame cellulaire est constituée. Lévi a également observé dans le noyau une membrane nucléaire et un réticulum. Il a vu des nucléoles divisés et constitués par des masses acidophiles et basophiles.

La structure du cytoplasma des cellules de la corne antérieure, toujours identique chez le même animal, varie d'un animal à l'autre. Les éléments chromophiles de la partie centrale de la cellule ressemblent, par leur forme et leur disposition, aux grandes cellules claires des ganglions spinaux de l'animal correspondant. Le volume des cellules radiculaires est considérable chez le bœuf. Il va en diminuant chez le chien, le loir et la chauve-souris. Le cylindre-axe prend naissance dans un cône privé de substance chromatique et placé au centre de la cellule. Le nucléole est volumineux; à sa périphérie se voient des masses basophiles, semi-lunaires, au nombre de trois ou quatre, se réunissant en une bandelette circulaire.

Les masses chromatiques sont plus rares dans les cellules de cordon. Les fibrilles de la substance fondamentale y semblent plus claires. Le nucléole est plus petit et ne présente plus que deux ou trois masses basophiles.

Dans les cellules de la substance gélatineuse de Rolando, le cytoplasma est ténu; les grains chromatiques sont fins. Les travées fibrillaires n'acquièrent quelque importance que chez le bœuf. Dans le noyau, la membrane et le réticulum nucléaire sont acidophiles, tandis que le nucléole est formé d'une grosse masse basophile et d'une petite acidophile. Les masses chromatiques des cellules de Purkinje sont anastomosées. On distingue, au moins chez le chien, des fibrilles dans le gros tronc protoplasmique. Le noyau a les mêmes caractères que dans les autres grandes cellules.

©BIUM

Dans les cellules à corbeille, dans les cellules de Golgi, dans les grains, on ne relève aucune particularité bien notable. Dans les grains toutefois, le noyau sphérique ou polygonal est formé d'une mince membrane acidophile, à l'intérieur de laquelle se voit une masse sphérique fortement basophile et donnant insertion à quelques granulations acidophiles.

Les masses chromatiques des *grandes cellules pyramidales* de l'écorce ont des contours nets. Elles convergent à l'origine du prolongement protoplasmique principal, diminuent de volume et s'allongent. Les fibrilles sont, en ce même point, fines, tortueuses et anastomosées. Les moyennes et petites cellules pyramidales ne sont qu'une réduction des précédentes.

Dans les cellules de la névroglie, on ne distingue pas nettement un cytoplasma. Elles ont l'aspect de petits noyaux ovales avec une membrane basophile, laquelle présente de petits noyaux à sa face interne et contient un réticulum basophile avec dilatations dans les points nodaux. Les cellules épendymaires sont plus volumineuses que les cellules névrogliques ordinaires. Elles ont la forme d'un triangle à base dirigée vers la surface ventriculaire, un cytoplasma bien distinct, un noyau ovale.

Après avoir minutieusement décrit la structure des différentes formes de la cellule nerveuse, Lévi se demande s'il existe quelque caractère cytologique commun à toutes les formes et susceptible de différencier nettement la cellule nerveuse des autres éléments cellulaires. Or, rien dans la structure intime du neurone ne suffit à établir sa spécificité. Néanmoins, on peut dire que la cellule nerveuse possède un ensemble de caractères dont la réunion a bien quelque chose de spécial.

Quant à la différenciation de la cellule nerveuse, il n'est pas facile de préciser le moment où elle se produit pendant l'évolution embryonnaire. L'époque en serait variable d'après Delaye. La formation d'un protoplasma homogène serait le critérium morphologique de la différenciation d'un élément qui, comme l'élément nerveux, est destiné à une fonction bien particulière. On doit tenir aussi pour des caractères de différenciation l'extension du cytoplasma, la richesse des arborisations cytoplasmiques, la formation dans le cytoplasma de « fines fibrilles », la présence d'une substance spéciale : la substance chromophile, enfin la structure spéciale du noyau qui semble centraliser les éléments constitutifs de la cellule, et cette centralisation semble d'autant plus parfaite que la fonction de l'organe est plus élevée.

©BIUM

4. — *Sur la myélinisation des fibres de l'écorce cérébrale humaine dans les premiers mois de la vie;* par R. Righetti (numéro d'août). — On n'est pas d'accord sur la question de savoir en quel point de l'écorce cérébrale et à quelle époque commence la myélinisation des fibres nerveuses, de même qu'on ignore les conditions dans lesquelles elle se poursuit. Arndt, et plus près de nous, Tuczeck, Edinger et Flechsig ont soutenu qu'il existe dans l'écorce cérébrale d'un fœtus de neuf mois des fibres à myéline. Dans le lobule paracentral, dit Tuczeck, dans le lobe occipital et celui de l'insula; dans le lobule pariétal supérieur et la pariétale ascendante, au dire d'Edinger; dans la pariétale ascendante et la moitié supérieure de la frontale ascendante, selon Flechsig, qui a vu la myélinisation se continuer le premier, le deuxième et le troisième mois de la vie extra-utérine, dans le lobe occipital. Au quatrième mois, un tiers des fibres de l'écorce sont myélinisées. D'autre part, Ern et Fuschs ont nié purement et simplement l'existence de la myéline avant la naissance. En regard de ces constatations, dont quelques-unes et notamment celles d'Edinger et de Flechsig sont précises, se placent celles de l'auteur, qui a observé à l'aide de coupes totales traitées par le Weigert-Pal, c'est-à-dire dans les meilleures conditions, des cerveaux de nouveau-nés, puis successivement d'enfants d'un, deux et trois mois.

Chez le nouveau-né, des fibres à myéline se rencontrent dans le lobule paracentral, dans toute la longueur du gyrus cérébral postérieur et les deux tiers supérieurs du gyrus central antérieur. Au commencement du deuxième mois, le gyrus central antérieur est entièrement pourvu de myéline. Les frontales, la première et la deuxième dans leur pied, la troisième tout entière, sont myélinisées. La première pariétale plus que la deuxième, le pli courbe, présentent quelques fibres à myéline. Dans le lobe occipital, on rencontre de la myéline au voisinage de la scissure calcarine. Dans le lobe temporal, on trouve de nombreuses fibres à myéline profondes; la troisième temporale seule en est dépourvue. Au commencement du troisième mois, la quantité de fibres à myéline augmente considérablement dans le lobule paracentral. Toutes les circonvolutions occipitales sont myélinisées. D'une manière générale, à la fin du troisième mois, les fibres tangentielles superficielles sont sensiblement plus nombreuses qu'au commencement.

En résumé, le nouveau-né possède des fibres à myéline dans l'écorce des deux gyrus centraux et du lobule paracentral. Dès

©BIUM

le deuxième mois qui suit la naissance, les fibres à myéline apparaissent dans l'écorce du pied des trois circonvolutions et dans la partie orbitaire des premières et troisièmes ; dans le cuneus, le lobule lingual, le lobule fusiforme, les première et deuxième occipitales, la première pariétale, les circonvolutions de l'hippocampe, la corne d'Ammon, l'insula, la temporale profonde, les première et deuxième temporales superficielles. Au troisième mois, la myéline apparaît dans les autres portions des lobes frontal et pariéto-temporal.

Au surplus, dans chaque circonvolution, ce sont les fibres radiales qui se myélinisent les premières, puis vient le tour des fibres d'association et de projection.

Tels sont les résultats des observations fort bien dirigées de Righetti. Elles confirment celles de Flechsig, ce qui ne peut qu'accroître leur intérêt.

5. — *Morphologie et cytologie de la voûte du diencéphale chez quelques vertébrés ;* par G. Galeotti (numéro de novembre). — C'est l'hypothèse de la fonction sécrétoire des éléments de la voûte du cerveau moyen qui a donné à Galeotti l'idée de cette intéressante étude. Au service de ses recherches, l'auteur a eu soin de mettre les procédés d'investigation les plus propres à les faciliter. Les organes recueillis avant la mort des animaux en expérience ont été fixés immédiatement dans le sublimé ou un mélange d'acide osmique, de chlorure de platine et d'acide acétique. Inclusion en paraffine, coupes totales en série. Enfin, coloration par le Nissl ou le Biondi, par la fuchsine acide ou le vert de méthyle. L'étude a porté sur le diencéphale d'un embryon de *mustulus*, de *scyllium canicula*, *anguilla vulgaris*, *leuciscus cephalus*, *proteus anguineus*, *triton cristatus*, *spelerpes fuscus*, *salamandrina perspicillata*, *rana esculenta*, *bufo vulgaris*, *lacerta muralis*, *gallus domesticus*, *hirundo rustica*, *mus decumanus albinus*, *lepus cuniculus*. Chez tous ces animaux, l'auteur a successivement étudié les éléments constitutifs de la voûte du diencéphale, c'est-à-dire : la commissure postérieure, le recessus sous-pinéal, le canal épiphysaire et l'épiphyse, la commissure supérieure, le *coussin de l'épiphyse*, le velum, la paraphyse. Nous ne pouvons suivre l'auteur dans tous les détails de ses laborieuses recherches et il nous faut, à regret, nous borner à en retenir les résultats formulés en manière de conclusion.

Dans les diverses parties du diencéphale se rencontrent trois types cellulaires :

©BIUM

1° *La cellule nerveuse* proprement dite qui se trouve dans les commissures postérieure et supérieure et aussi dans le recessus sous-pinéal. Son cytoplasma est polymorphe, paraît avoir une structure fibrillaire et donne naissance à des prolongements. Les noyaux sont ronds. Ils possèdent une petite quantité de nucléine qui se réunit en masses centrales ou se divise en fines granulations éparses dans le cytoplasma. Ils possèdent un nucléole acidophile. Ces noyaux sont susceptibles de produire du pigment. Les cellules ne paraissent pas capables de sécréter autre chose.

2° *Les cellules épendymaires.* Elles constituent en grande partie le recessus sous-pinéal (tratto intermedio). Elles possèdent un cytoplasma plus abondant que celui des cellules nerveuses et une sorte d'ourlet sur leur face ventriculaire. Du corps cellulaire, partent trois prolongements qui donnent à l'élément une forme en T. Les noyaux sont ovales, abondamment pourvus de nucléine avec un noyau acidophile. Ces cellules ne sécrètent rien, pas même du pigment.

3° *Les cellules épithéliales.* Elles se rencontrent dans le canal épiphysaire, l'épiphyse et le coussin de l'épiphyse, le velum et la paraphyse. Leur cytoplasma est abondant et homogène, disposé en polyèdre. Les noyaux sont ronds ou ovales, possèdent des masses de nucléine en quantité variable, réunies par des filaments achromatiques. La disposition de la chromatine est identique dans tous les épithéliums du même animal. Dans le noyau, des grains prennent la fuchsine. Ils semblent destinés à des fonctions de sécrétion. L'activité sécrétoire se manifeste de différentes manières. Ces cellules produisent aussi du pigment.

Etant donné ces cellules et leurs fonctions, Galeotti croit que les commissures sont des organes purement nerveux, que le recessus sous-pinéal ne possède aucune fonction spéciale, que son seul but est de clore la cavité diencéphalique. Mais le canal épiphysaire, le coussin de l'épiphyse, le velum et la paraphyse sont des organes de sécrétion.

Le pigment se produit par deux mécanismes qui s'observent isolément dans la cellule nerveuse et la cellule épithéliale. Dans la première, c'est le nucléole qui s'acquitte de la fonction pigmentaire. Il se gonfle, se modifie dans ses caractères chromatiques, puis se transforme en une masse de pigment qui peu à peu se déverse dans le cytoplasma. Dans la cellule épithéliale, c'est le noyau qui se charge d'abord de granulations

©BIUM

colorables par la fuchsine acide ; celles-ci passent dans le cytoplasma sans augmenter de volume, puis se modifient, deviennent brunes ou noires. Les choses se passent ainsi dans toutes les cellules épithéliales.

La fonction de sécrétion s'effectue par trois mécanismes. D'après le premier, on voit de petits grains se former dans le noyau, en sortir, traverser le cytoplasma, augmenter de volume durant ce passage, en s'emparant de matériaux empruntés au cytoplasma et sortir enfin de la cellule par sa partie libre.

D'après le second, le nucléole sort du noyau, passe dans le cytoplasma, augmente de volume, se fragmente, se réduit en petites masses homogènes qui s'éliminent. Enfin, on peut voir des gouttes hyalines sourdre dans le cytoplasma, augmenter et se réunir, puis quitter la cellule, laissant, à leur place, de grandes vacuoles ; telle serait la troisième manière dont s'effectue la sécrétion. Cette étude est une contribution précieuse à l'anatomie et à la physiologie du diencéphale. Elle mérite d'être lue en entier et de bonnes figures en faciliteront la lecture.

6. — *Physiologie des couches optiques* ; par M. D. Lo Monaco (numéro d'août). — L'auteur a réussi à sectionner chez le chien toutes les fibres qui se rendent aux couches optiques. Du soin avec lequel est exécutée l'opération doit évidemment dépendre la valeur des résultats obtenus par l'expérimentation. Les effets produits par la suppression expérimentale des fonctions des couches optiques sont des troubles visuels, la diminution de la sensibilité tactile et de la sensibilité à la douleur et un affaiblissement de l'énergie musculaire.

7. — *Fonctions des canaux semi-circulaires* ; par E. Lugaro (numéro d'octobre). — Golgi pensait que la lésion des canaux semi-circulaires a une influence indubitable sur le mouvement et il en faisait les organes du sens de l'équilibre de la tête. Mach croyait qu'ils avaient pour mission de régler l'accélération des mouvements du corps. Bornhardt y faisait siéger le sens musculaire ; Cyon, le sens de l'espace ; etc.

Lugaro estime que les canaux semi-circulaires sont un appareil auditif qui commande par voie réflexe les mouvements des yeux, de la tête et du tronc et les dirige du côté du son perçu. Indirectement, ils provoquent des mouvements ou des contractions musculaires en rapport avec les indications fournies par le son.

©BIUM

II. — Patholcgie expérimentale. Anatomie pathologique.

1. — *Sur les altérations des éléments nerveux dans la dyscrasie urémique expérimentale*; par C. Sacerdotti et D. Ottolenghi (numéro de janvier). — Il n'est point nécessaire de justifier l'utilité de recherches dirigées vers le but de savoir si l'urémie occasionne des altérations nerveuses, puisqu'il est certain qu'elle détermine des troubles psychiques et moteurs. L'anatomie pathologique ne nous ayant pas convenablement renseignés, il est logique de faire appel à la médecine expérimentale. En se plaçant sur ce terrain, les auteurs, s'aidant des méthodes histologiques de Golgi et de Nissl, ont fait des constatations intéressantes.

Déjà Acquisto et Pusateri avaient pratiqué, dans le même but, la ligature des uretères; les auteurs lui ont préféré la néphrectomie bilatérale en une ou deux séances. Les animaux ainsi privés de leurs reins, survécurent un temps variable, sept jours au maximum.

L'examen macroscopique du système nerveux ne donne lieu qu'à des constatations banales. Histologiquement et par la méthode de Golgi, diverses altérations sont rendues manifestes. Les prolongements protoplasmiques ont dégénéré et subi une atrophie variqueuse. Le corps cellulaire est tuméfié. Ces altérations sont disséminées dans tous les territoires cérébraux et intéressent les éléments profonds comme les éléments superficiels. Dans la corne d'Ammon, même atrophie variqueuse des prolongements, évidente aussi dans les cellules du pied de l'hippocampe. Ces lésions étaient d'ailleurs plus accusées chez le chien qui avait survécu sept jours. A noter en outre l'atrophie variqueuse des cellules névrogliques de l'écorce et de l'hippocampe.

Dans la couche moléculaire du cervelet, le Golgi fait voir en outre des altérations des *Korbzellen* ou cellules de Golgi, de Ramon y Cajal et de Kölliker. Il s'agit encore pour ces éléments de dégénérescence variqueuse des prolongements protoplasmiques. Les cellules de Purkinje sont intactes; mais les cellules névrogliques et les cellules à panache sont manifestement variqueuses.

Nous aurons plus d'une fois, au cours de cette analyse, à enregistrer les résultats obtenus par la méthode de Golgi. Qu'on

©BIUM

nous permette de formuler quelques réserves sur la précision des données qu'elle peut fournir. Pour qui connaît les caprices de l'imprégnation au chromate d'argent, il ne pourra manquer de paraître prématuré que des dilatations ou des atrophies variqueuses des prolongements cellulaires soient tenues pour des lésions pathologiques certaines.

Nous avons plus de confiance dans la méthode de Nissl. Or, cette méthode n'a point permis aux auteurs de constater des lésions de la substance chromatique. C'est à peine s'ils ont noté quelques états pyknomorphes ou apyknomorphes. Or, il nous semble que la chromatolyse est le premier symptôme de toute désorganisation cellulaire. Il importe d'observer que l'examen n'a pas porté sur les cellules radiculaires antérieures, c'est-à-dire précisément là où les phénomènes chromatolytiques sont le plus aisés à vérifier.

2. — *Sur les altérations des cellules de l'écorce consécutives aux hémorragies cérébrales et sur les rapports de l'insula avec la capsule externe*; par G. Dotto et E. Pusateri (numéro de janvier). — Il devait venir à l'idée des histologistes armés de la méthode de Golgi et de Nissl de rechercher l'état des neurones moteurs corticaux à la suite de la destruction des fibres de projection du faisceau pyramidal par une hémorragie cérébrale. C'était une occasion de préciser les localisations motrices. Et de fait, quelques histologistes avant et aussi, nous pouvons le dire aujourd'hui, après Dotto et Pusateri, se sont préoccupés de ce point d'anatomie pathologique. Mœli n'avait pu constater que la diminution du pouvoir chromatophile des cellules pyramidales des régions motrices. Monakow avait constaté leur disparition. Dotto et Pusateri ont examiné le cerveau d'un homme de quarante ans, ayant succombé aux suites d'une hémorragie capsulaire. Des fragments de l'écorce de l'insula, des circonvolutions pariétale et frontale ascendante furent fixés au sublimé, lavés à l'alcool iodé, inclus en paraffine, puis traités par le Nissl à la thionine et la safranine. Disons tout de suite que le Golgi n'a donné lieu à aucune constatation pathologique. Mais avec le Nissl, la chromatolyse est évidente dans un grand nombre de grandes cellules pyramidales. Le noyau a émigré vers la périphérie ou fait hernie hors de la cellule. La trame achromatique est elle-même détruite par places. Des vacuoles d'inégale étendue en font foi. Quelques cellules sont complètement déformées et changées en une masse à contours irréguliers, dépourvue de noyau et de prolon-

©BIUM

gements. A propos de ces lésions, les auteurs essayent de préciser l'ordre de succession des phénomènes destructifs et décrivent une phase réactive et une phase dégénérative. Cette division s'inspire d'une observation judicieuse des diverses altérations.

Le fait d'avoir constaté des lésions dans les cellules de l'écorce de l'insula en même temps que dans celle de l'écorce des régions motrices entraîne comme conséquence les rapports de l'insula avec le faisceau pyramidal. Il est vraisemblable que les neurones atrophiés dans l'insula sont précisément ceux dont le cylindre-axe se dirige vers la capsule externe ou le noyau lenticulaire.

3. — *Altérations des éléments nerveux dans les empoisonnements par l'arsenic et le plomb ;* par E. Lugaro (numéro de février). — Il s'agit encore d'expériences tentées en vue de mettre à profit la méthode de Nissl pour l'étude des lésions nerveuses occasionnées par les poisons. Nissl et Schaffer, avant Lugaro, avaient noté des lésions dues à l'empoisonnement par l'arsenic et le plomb. Mais Lugaro prétend mettre au service de ces constatations une méthode plus perfectionnée qui consiste à fixer par le sublimé, le Flemming, le Cox ou le Muller, et à colorer par la thionine ou l'hématoxyline Delafield.

L'intoxication arsenicale fut obtenue par des injections hypodermiques d'arséniate de potasse à doses progressives jusqu'à 8 milligrammes. Un chien fut sacrifié après quarante-trois jours de ce régime, un autre survécut cinquante jours.

L'empoisonnement par le plomb fut déterminé par des injections hypodermiques d'acétate de plomb continuées pendant soixante-trois jours. Passons sur les symptômes de l'empoisonnement pour arriver au but de ces expériences : la constatation des lésions nerveuses.

L'arsenic a déterminé dans toutes les cellules des ganglions spinaux une forme typique de chromatolyse périphérique. Toutes les cellules ne sont pas atteintes et celles qui le sont ne le sont pas au même degré. La disparition des grains chromatiques semble s'être faite progressivement de la périphérie vers le centre, en sorte que dans quelques cellules il ne persiste plus qu'un anneau de granulations autour du noyau. La substance chromatique semble avoir fondu sur place. Le noyau a conservé sa fonction et son aspect. Dans le cytoplasma, l'hématoxyline Delafield permet de reconnaître la présence de fines fibrilles que des colorations imparfaites ont pu permettre à Lenhossek de

©BIUM

nier. Or, cette striation fibrillaire, Lugaro la dit évidente et rendue encore plus évidente par la chromatolyse périphérique. Ces fibrilles s'anastomosent à angles très aigus au centre, plus ouverts à la périphérie. Il semble que cette trame fibrillaire se désagrège toutes les fois que la chromatolyse est très avancée.

Dans la moelle, on observe des dégénérescences fasciculaires intéressant le faisceau pyramidal et une bandelette voisine du cordon de Goll. Evidentes à la région cervicale, encore apparentes à la région dorsale, elles s'atténuent dans la région lombaire. Il s'agit de la dégénérescence primitive de Vassale. Outre ces lésions dégénératives, on note dans la moelle des altérations des cellules radiculaires et des cellules de cordon : traces de chromatolyse périphérique et désagrégation de la trame fibrillaire dans les stades avancés.

Dans le cervelet, les cellules de Purkinje se colorent avec moins d'intensité et laissent voir des grains chromatiques mal détachés les uns des autres. Ce sont là, il faut bien le reconnaître, des modifications peu caractéristiques. On en pourrait dire autant de celles que Lugaro a rencontrées dans l'écorce cérébrale ou la corne d'Ammon et qui se bornent à la pâleur ou la diminution de netteté des granulations.

L'intoxication saturnine détermine aussi des lésions dans les cellules des ganglions spinaux. Mais elles diffèrent de celles que produit l'arsenic. Il ne s'agit plus d'un processus de chromatolyse périphérique, mais d'une lésion diffuse. La substance chromatique se fragmente graduellement et finit par se réduire en une fine poussière répandue dans tout le cytoplasma. Un pigment jaune s'agglomère à la périphérie de la cellule ; mais nous sommes surpris que Lugaro considère sa présence comme pathologique ; car nous l'avons bien des fois rencontrée dans les éléments que nous avions tout lieu de croire normaux. Quoi qu'il en soit, la chromatolyse est diffuse, avons-nous dit, et l'hématoxyline ne réussit pas à mettre en évidence la trame fibrillaire achromatique. La destruction a suivi de près la fonte des granulations chromatiques. Le noyau se réduit de volume, son réticulum est désagrégé.

Dans la moelle, les lésions sont légères, inconstantes et peu caractéristiques. Dans le cervelet, les cellules de Purkinje semblent avoir été frappées par le plomb de la même manière que par l'arsenic. On y observe de la chromatolyse périphérique et la destruction consécutive de la trame achromatique. Le réseau fibrillaire est conservé à la périphérie.

©BIUM

Dans les cellules de l'écorce cérébrale, le plomb paraît avoir déterminé le gonflement du corps et des prolongements, la formation de pigment jaune, sur la valeur pathologique duquel nous avons formulé des réserves.

En somme, de cet important travail de Lugaro, il résulte que les intoxications arsenicale et saturnine sont susceptibles de retentir sur les cellules nerveuses, sur celles des ganglions spinaux en particulier. La lésion principale qui s'y observe est la chromatolyse périphérique ou diffuse, avec ou sans destruction concomitante de la trame fibrillaire achromatique.

4. — *Altérations légères des éléments nerveux dans l'empoisonnement par le phosphore;* par E. Rossi (numéro de décembre). — C'est une suite naturelle aux recherches de Lugaro, de Levi, de Galeotti que nous venons d'analyser.

Le phosphore administré en solution huileuse à des chiens détermina chez eux l'empoisonnement, puis la mort.

Le cerveau est fixé au sublimé; des coupes traitées par la méthode de Nissl laissent voir dans les cellules pyramidales de l'écorce une désagrégation peu accusée de la substance chromatique. En tout cas, la raréfaction de la substance chromatique n'existait qu'au centre et jamais à la périphérie.

Dans le cervelet, l'auteur a noté seulement une coloration diffuse des cellules de Purkinje. Dans le renflement cervical de la moelle, les cellules sont mal différenciées. Le noyau est comme fondu dans une substance chromatique devenue homogène. Mêmes lésions aux régions dorsale et lombaire.

Dans les ganglions spinaux, les cellules présentent également une désagrégation de la substance chromatique devenue pulvérulente et moins dense à la périphérie du noyau.

Partout, la névroglie a paru intacte. En somme, les lésions cellulaires, déterminées par l'intoxication phosphorée dans les centres nerveux, sont, comme toutes celles que provoquent les poisons, et plus encore peut-être, bien peu caractéristiques et encore moins spécifiques.

5. — *Altérations des cellules nerveuses dans la peste bubonique expérimentale;* par E. Lugaro (numéro de juin). — En injectant des cultures peu virulentes du bacille de la peste, on réalise le tableau clinique classique de la maladie, au lieu que des cultures plus virulentes déterminent une septicémie qui tue les animaux en quelques heures. Dans ce dernier cas, le système nerveux ne présente aucune lésion. Mais lorsque la peste s'est montrée franchement bubonique, les éléments nerveux

©BIUM

sont altérés. Le corps des cellules est boursouflé, déformé, et la trame achromatique n'est plus constituée par des stries fibrillaires parallèles, les fibrilles s'étant écartées. Dans les cellules des ganglions spinaux, la chromatolyse est évidente, tantôt limitée à la périphérie du corps, tantôt étendue à tout le cytoplasma. Le noyau diminue de volume. Dans la moelle d'un animal qui avait lutté dix jours contre la peste, les cellules radiculaires étaient toutes altérées. Les altérations consistaient en chromatolyse plus ou moins avancée, avec ou sans désagrégation du cytoplasma, avec ou sans vacuoles. Dans le noyau, le nucléole était difficile à distinguer, son aspect était homogène.

Le travail de Lugaro est une précieuse contribution à l'anatomie pathologique de la peste. Cela ne veut pas dire que les lésions décrites soient spécifiques de la maladie. Nous serions même tenté de ne les considérer que comme des lésions banales susceptibles de se manifester au cours ou à la suite des grandes infections.

6. — *Altérations des éléments nerveux dans l'inanition;* par E. Lugaro et L. Chiozzi (numéro de septembre). — Avant Lugaro et Chiozzi, des expérimentateurs avaient signalé les lésions déterminées dans les éléments nerveux par l'inanition. Coen avaient vu les cellules de l'écorce s'atrophier et Monti avait noté l'atrophie variqueuse des prolongements protoplasmiques dans les cellules du cerveau de lapin soumis pendant quatorze jours à l'abstinence. Plus récemment, Schaffer, à l'aide du Nissl, avait observé de la chromatolyse périnucléaire dans les cellules radiculaires de la moelle de lapins placés dans les mêmes conditions. A la chromatolyse se joignait parfois la transformation du noyau en une substance chromatique homogène.

Lugaro et Chiozzi ont étudié les ganglions spinaux, la moelle, le cerveau et le cervelet d'animaux mal alimentés ou à jeun depuis quarante-deux ou soixante-six jours. La technique a consisté en préparations colorées par la thionine et l'hématoxyline Delafield.

Dans les *ganglions spinaux*, les auteurs notent une chromatolyse périphérique très accusée, analogue à celle qui résulte de l'empoisonnement par l'arsenic. On peut voir aussi une désagrégation du cytoplasma et le noyau ratatiné se colore uniformément.

Dans la moelle traitée par le Müller, la dégénérescence du

©BIUM

faisceau pyramidal a été relevée une fois seulement. Dans les cordons postérieurs, une bandelette située en dehors du faisceau de Goll se dessine par la disparition de quelques fibres à myéline. Avec la thionine et l'hématoxyline, les masses chromatiques apparaissent aussi nettes. Le cytoplasma est légèrement vacuolisé et le noyau est ratatiné.

Dans l'écorce cérébelleuse, les cellules de Purkinje sont évidemment tuméfiées, surtout à leur base, où la substance chromatique a disparu. La lésion est identique à celle qui s'observe à la suite de l'empoisonnement par le plomb.

Dans l'écorce cérébrale, les grandes cellules ont conservé leur aspect normal. On y observe bien des zones de chromatolyse, mais les prolongements et le noyau sont intacts. Les pyramides moyennes et les petites se colorent d'une manière plus diffuse. Le réticulum fibrillaire est parfois désagrégé; assez fréquemment le noyau est diminué de volume et transformé en une masse homogène.

De ces faits, Lugaro et Chiozzi se croient en droit de conclure que les altérations des éléments succèdent à une longue période d'inanition, que le siège et l'intensité de ces altérations sont variables et que les cellules radiculaires antérieures résistent même dans les cas graves. Quant aux lésions elles-mêmes, elles consistent en des phénomènes de chromatolyse périphérique avec, dans les stades avancés, destruction de la trame fibrillaire, ratatinement et transformation du noyau. Les prolongements protoplasmiques ne souffrent pas de l'inanition.

Il importe de retenir cette constatation de phénomènes de chromatolyse des cellules nerveuses dans l'inanition. Elle tend à prouver que la substance chromatique est bien, comme le pense Van Gehuchten, un aliment de réserve pour la cellule et que sa disparition ne peut signifier que l'épuisement de l'organe.

7. — *Altérations cadavériques de la cellule nerveuse constatées par la méthode de Nissl*; par A. Neppi (numéro d'avril). — L'examen n'a porté que sur les cellules de la corne antérieure de la moelle. Les lésions observées consistaient en une dissolution de la substance chromatique moins apte à se colorer et plus diffuse. Elle consistait aussi en une irrégularité des contours du noyau. Le nucléole serait de toutes les parties constituantes de la cellule la plus résistante à l'action altérante de la décomposition cadavérique. Ce travail avec ses conclusions est à rapprocher du suivant, plus complet.

©BIUM

8. — *Altérations cadavériques des cellules nerveuses;* par O. Barbacci et G. Campacci (numéro d'août). — La décomposition cadavérique détermine dans les cellules nerveuses des altérations qui ont déjà fait l'objet de travaux dus à Sfameni et Neppi. Leurs recherches demandaient à être poursuivies et complétées. C'est à cela que se sont appliqués Barbacci et Campacci.

Le lapin a servi aux expériences. Tué par saignée, son cadavre était maintenu à une température de 22 degrés C., et, de trois heures en trois heures, des fragments d'écorce cérébrale de la région rolandique, de la corne d'Ammon, du cervelet, du bulbe, de la moelle spinale dans trois régions, des ganglions intervertébraux, des ganglions du sympathique, étaient prélevés, puis fixés en vue de la coloration de Nissl ou l'imprégnation au Golgi, etc. L'expérience a continué jusqu'à la soixante-douzième heure.

Le Nissl a permis de constater des altérations dans le protoplasma, dont la substance chromatique, plus pâle, se colorait plus difficilement. Dans quelques cas, les granulations chromatiques étaient entièrement fondues. D'autre fois, la substance chromatique, au lieu d'être fondue, était fragmentée et réduite en poussière.

Des vacuoles se rencontraient dans le cytoplasma. Ces lésions sont d'autant plus marquées que la fixation a été plus tardive. Dans le noyau, on observe d'abord l'irrégularité de ses contours, puis son gonflement, la disparition de son réticulum chromatique, puis enfin le ratatinement terminal. Les lésions nucléaires sont tardives. Le nucléole se déplace et s'accole fréquemment contre la membrane nucléaire. Non seulement le nucléole se déplace, mais encore il change de forme. De rond, il se fait ovale ou en bâtonnet, etc. En outre, il perd son affinité pour les colorants. Les éléments ont été observés avec la méthode de Golgi, dont l'application n'est pas sans offrir quelques difficultés, et dont les résultats ne présentent pas toutes les garanties désirables ; quoi qu'il en soit, les contours cellulaires sont irréguliers, les épines des prolongements sont fragiles, et, dans la décomposition avancée, on observe la *cassure* de ces mêmes prolongements ainsi que leur déformation. On y observe ce qu'on a appelé l'état variqueux, la dégénérescence variqueuse, l'état moniliforme.

Passons sur les résultats fournis par les méthodes de Marchi et d'Algeri, qui, de l'avis des auteurs eux-mêmes, ont donné des

©BIUM

résultats encore moins satisfaisants et moins précis que la méthode de Golgi.

9. — *Ce que deviennent les cellules des ganglions spinaux après la section du tronc nerveux qui les relie à la moelle;* par E. Lugaro (numéro de décembre). — Dans une précédente publication, Lugaro avait constaté qu'à la suite de la section du tronc nerveux périphérique, les cellules des ganglions spinaux s'altèrent et peuvent succomber, tandis qu'elles conservent leur structure normale après la section totale des racines médullaires. Des expériences nouvelles entreprises par l'auteur confirment le fait, qui a été d'ailleurs contrôlé par Van Gehuchten et Nelis. C'est donc un point d'anatomie et de physiologie qui semble acquis définitivement.

10. — *Anatomie pathologique de l'abcès expérimental du cerveau;* par O. Barbacci (numéro de septembre). — L'abcès du cerveau a été déterminé chez le lapin par injections de cultures de staphylocoque doré. Trente-sept animaux ont été ensuite sacrifiés à différentes périodes de l'évolution de l'abcès.

Douze heures après l'injection, on ne voit dans les tissus aucune altération; mais après trente-six heures, la réaction inflammatoire est évidente. La pie-mère est infiltrée de leucocytes polynucléaires. Les vaisseaux sont gorgés de sang, dilatés. Au voisinage, les cellules nerveuses sont altérées profondément. Les contours du noyau et du nucléole sont conservés, mais l'un et l'autre sont incapables de fixer la couleur. La cellule est changée en un amas protoplasmique informe, finement granuleux.

Au Golgi, les corps cellulaires apparaissent fragmentés et séparés de leurs prolongements. Il est intéressant surtout d'observer ce qui se passe aux confins du processus morbide à la frontière de la substance saine. Les cellules nerveuses se désagrègent lentement, puis disparaissent; dans les leucocytes répandus dans le tissu nerveux voisin de l'abcès apparaissent des gouttelettes noires, puis l'élément se désagrège et disparaît. Pendant ce temps, une karyokinèse abondante se manifeste dans les éléments voisins du foyer. D'autres éléments, peut-être névrogliques, entrent en karyokinèse. Des leucocytes mononucléés affluent dans les vaisseaux, et peu à peu les cellules jeunes se substituent aux éléments de l'abcès.

Il s'agit, on le voit, de constatations importantes consignées dans une note qui nous fait souhaiter de lire le mémoire, qui les relatera avec plus de détails, mais non avec plus de clarté.

©BIUM

III. — Clinique mentale et nerveuse.

1. — *La démence paralytique chez les pellagreux;* par C. Pianetta (numéro de décembre). — L'auteur rappelle que Baillarger a depuis longtemps parlé des rapports de la paralysie générale et de la pellagre. Après Baillarger, Lombroso s'est préoccupé de la question. L'auteur relate trois observations de pellagreux déments paralytiques chez lesquels aucune autre cause que l'infection pellagreuse ne peut être invoquée pour expliquer la paralysie générale. Ce sont des faits devant lesquels il n'y a qu'à s'incliner. Nous devons ajouter qu'un fait nous a frappé et nous l'avons signalé ailleurs : l'analogie des lésions médullaires produites par la pellagre et par la syphilis. Il serait curieux de savoir si les choses se passent de même dans le cerveau.

2. — *Sur la participation du nerf facial supérieur dans l'hémiplégie*; par V. Pugliese (numéro de janvier). — On admet généralement que les muscles innervés par le facial supérieur sont seuls intéressés dans l'hémiplégie.

Précédemment, Milla et l'auteur lui-même avaient admis la participation du facial supérieur. Pugliese revient sur cette question. Chez tous les hémiplégiques, on constate l'élévation différente des sourcils. Celui du côté paralysé est tantôt plus haut, tantôt plus bas, et ces deux manières d'être ont la même signification. Elles veulent dire que le muscle frontal du côté paralysé est tantôt relâché et tantôt contracturé; mais la lésion motrice du muscle frontal arrive rarement à la paralysie complète. Le muscle orbiculaire des paupières n'est pas non plus épargné. Trois symptômes nous en avertissent : les différences dans l'ouverture de la fente palpébrale, la diminution de l'énergie dans l'action du muscle à se contracter pour l'occlusion des paupières, l'impossibilité d'obtenir l'occlusion isolée de l'œil du côté paralysé. Il est vrai de dire que la valeur de ce symptôme n'est pas reconnue par Brissaud et Souques, qui l'ont observé chez les sujets sains. Pugliese s'élève, statistique en main, contre cette manière de voir.

Donc les muscles innervés par le facial supérieur participent, dans une faible mesure, il est vrai, au syndrome hémiplégique.

3. — *Méralgie paresthésique et tabes dorsal*; par N. Buccelli (numéro de mars). — Le syndrome de Roth et de Bernhardt a

©BIUM

la physionomie d'une entité morbide idiopathique, sauf dans les très rares cas où il s'est développé à titre de manifestation secondaire. Buccelli rapporte trois observations de méralgie paresthésique, dont une seulement réunit les caractères d'une maladie primitive. Dans les deux autres cas, la méralgie paresthésique a précédé un tabes qui le suivait de très près. Cette succession rapide de la méralgie et du tabes oblige à se demander si la première maladie n'était pas un symptôme précurseur de la seconde.

4. — *A propos de l'origine de l'othématome des aliénés;* par G.-B. Pellizzi (numéro de mars). — L'auteur affirme que l'on doit considérer l'othématome comme le résultat d'une infection dont le germe peut varier. Il n'est pas exact que l'othématome soit une maladie spéciale aux aliénés. Les lutteurs de l'antiquité en étaient porteurs et les statuaires les ont fidèlement reproduits. Des observateurs américains l'ont fréquemment observé chez les lutteurs de leur pays.

5. — *Deux cas de tumeur du lobe frontal;* par Ruggero Tambroni et G. Obici (numéro d'avril). — Les auteurs appellent très justement l'attention sur les troubles psychiques occasionnés par les tumeurs de cette région du cerveau. Dans la première observation sont notées de la céphalée, de la neurasthénie, de l'impressionnabilité. Puis la mémoire s'est affaiblie, l'attention est devenue difficile. Le caractère était sombre, l'esprit hanté par des idées de suicide. Les troubles psychiques de cette nature sont-ils capables d'aider à la localisation d'un néoplasme dans le lobe frontal? Les auteurs n'hésitent pas à l'affirmer en déclarant que toutes les fois que des troubles psychiques se manifestent chez un malade atteint de tumeur cérébrale, ils en attestent la localisation frontale. Nous sera-t-il permis de dire que les auteurs ne tiennent pas un compte suffisant de la prédisposition héréditaire? Nos propres observations nous ont enseigné que ce qui détermine les troubles psychiques chez un malade atteint de tumeur cérébrale, c'est l'hérédité, vis-à-vis de laquelle le néoplasme, où qu'il siège, joue le rôle de cause adjuvante ou simplement déterminante.

6. — *Application des rayons X au diagnostic du siège des corps étrangers de la tête et des tumeurs intra-craniennes;* par G. Obici et P. Bollici (numéro d'octobre). — L'intérêt de ce travail réside dans l'application de la radiographie au diagnostic du siège des tumeurs cérébrales. La tentative a été couronnée de succès au moins au point de vue opératoire, puisque le

©BIUM

siège de la tumeur a pu, dans deux cas, être établi avec une précision suffisante. Cette pratique s'entoure, il faut bien le reconnaître, de difficultés très sérieuses que les perfectionnements techniques arriveront, il faut le souhaiter, à surmonter.

Dr ANGLADE.

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE

Nouvelles recherches sur l'étiologie de la paralysie générale. — Thèse soutenue à la Faculté de médecine de Bordeaux, par le Dr Boyer, préparateur à la Faculté des sciences. Broch. de 96 pages, Bordeaux, imp. Gounouilhou, 1899.

M. le Dr Gaston Boyer vient de soutenir devant la Faculté de médecine de Bordeaux une thèse intitulée : « Nouvelles recherches sur l'étiologie de la paralysie générale », qui n'est, à vrai dire, qu'un plaidoyer nouveau en faveur de l'origine syphilitique de cette maladie. On comprend que dans cette question, tant rebattue depuis de si longues années, il ne soit guère possible de produire des arguments nouveaux. Et, de fait, il n'y en a qu'un, toujours le même : la *statistique*. Je ne reviendrai pas sur les reproches que l'on a faits à cette méthode. Claude Bernard a démontré, il y a longtemps (1), que dans les questions de physiologie et de pathologie, la statistique ne saurait avoir qu'une valeur très relative, et je ne recommencerais pas une discussion cent fois faite si, dans son travail, M. Boyer ne m'avait pris directement à partie, ce dont j'aurais mauvaise grâce de me plaindre. Rien ne saurait plus flatter un auteur que de voir que l'on attribue quelque importance à son opinion. Je remercierais M. Boyer de m'avoir cité dans sa thèse, s'il l'avait fait, je ne dirai pas avec bienveillance, — il ne m'en devait pas, — mais avec exactitude. Malheureusement, sa critique est de telle sorte, que je suis forcé de rentrer dans le débat, pour remettre les choses au point.

Il y a statistique et statistique : la bonne statistique est celle qui confirme l'idée que l'on défend ; celle qui y est contraire ne saurait être que défectueuse. Ainsi la statistique que j'ai publiée en 1889, qui donne 12 à 15 p. 100 de syphilitiques

(1) Introduction à l'étude de la médecine expérimentale, Paris, 1865, p. 238 et suiv.

©BIUM

dans la paralysie générale, n'a pas grande valeur aux yeux de M. Boyer. Mais il en donne une raison singulière : « Il doit « être difficile, dit-il, pour ne pas dire impossible, d'obtenir dans « les asiles le moindre renseignement de malades qui, alors, « sont presque toujours en état de démence et d'amnésie. Ce « reproche s'adresse en particulier aux chiffres fournis par « M. Christian, etc. » (*Thèse*, p. 32). Qu'est-ce à dire? M. Boyer s'imagine-t-il que, pour avoir des renseignements, j'interroge mes paralytiques généraux eux-mêmes, fussent-ils au début de leur affection? Voilà une idée qui ne me serait jamais venue. Si c'est ainsi qu'il a opéré, il ne trouvera pas étonnant que je n'attribue à ses chiffres qu'une valeur très douteuse. Quand je veux être renseigné, je m'adresse à la famille, aux amis, au médecin ; je contrôle de mon mieux ce que j'apprends, et, même alors, je ne hasarde mes chiffres qu'avec un point d'interrogation, tant les chances d'erreur sont nombreuses.

Je suis si difficile en fait de preuves, que je n'oserais jamais faire figurer dans mes relevés des observations telles que celles-ci, que M. Boyer emprunte à différents auteurs : « M^lle P..., vingt-neuf ans, atteinte de paralysie générale. On « la considère comme ayant eu la syphilis, parce que, dix ans « auparavant, elle a eu des relations intimes avec un officier « qui était atteint de syphilis! » (obs. I, p. 49).

Et cette autre, encore plus étonnante « du capitaine en « retraite mort à soixante-cinq ans de paralysie générale ». Tout ce que l'on trouve à dire, c'est « qu'il a fait des excès vénériens prolongés! » (P. 50.)

Ce sont là des *syphilis par induction*, trop commodes vraiment pour corser une statistique.

Après tout, est-ce la peine de jongler avec les chiffres pour arriver à conclure que : « Il ressort de l'opinion des auteurs les « mieux documentés que la syphilis est une cause principale « de paralysie générale dans 80 p. 100 des cas au moins ». (p. 88). Soit. Il y a donc 20 p. 100 de paralytiques généraux qui ne sont pas syphilitiques. Diffèrent-ils des autres, et en quoi? Et s'ils n'en diffèrent pas, comment peut-on affirmer que la syphilis joue le rôle principal?

Autre point sur lequel j'aimerais à être édifié. Quels sont les éléments que M. Boyer fait entrer dans ses 80 p. 100? Depuis que l'on a découvert les paralysies générales juvéniles, infantiles, séniles, et même, dans ces derniers temps, congéni-

©BIUM

tales (!) (1), il est clair que l'on a modifié de fond en comble l'opinion ancienne qui identifiait la paralysie générale avec le type clinique de Bayle. Ce type existe ; il remplit nos asiles. Et je ne puis croire que l'on soit dans le vrai en faisant rentrer dans la paralysie générale cette foule d'affections cérébrales disparates qui n'ont cliniquement qu'une ressemblance lointaine avec le type Bayle. Mais ceci m'entraînerait trop loin, et je reviens à ce qui me touche directement dans la thèse de M. Boyer.

C'est surtout à propos de ma chroniqne sur le Congrès de Moscou qu'il me fait la guerre.

Le fait d'avoir inoculé une affection aussi grave que la syphilis à neuf malheureux malades sans défense, m'avait paru et me paraît encore une chose abominable, que rien ne saurait excuser ; et je n'ai pu m'empêcher de le dire. Je ne pense pas que M. Boyer m'en blâme. Mais, en le disant, j'ai commis une erreur de chiffres, qui entraînait une erreur d'interprétation. Là-dessus, M. Boyer triomphe, et, avec un plaisir non dissimulé, il parle de « ma confusion, de mon embarras » (p. 39). Il exagère. Dès que l'erreur m'a été signalée, je l'ai rectifiée, et je crois l'avoir fait de très bonne grâce. Évidemment, la première version (6 indemnes, 3 infectés) cadrait mieux avec mes idées. Mais la vérité (9 indemnes) n'y changeait rien, puisqu'il reste toujours à établir qu'il existe un rapport direct, de cause à effet, entre la syphilis contractée à vingt ans, et la paralysie générale qui survient à quarante ou cinquante. M. Boyer est si enchanté de me trouver en défaut, qu'il oublie de me citer exactement : « M. Christian, dit-il (p. 41), ne peut « plus se contenir (!).... et, dans sa colère (!), ne pouvant s'en « prendre à l'expérience, il se retourne contre l'expérimenta- « teur, qu'il accuse de transformer les hommes en lapins à « expériences, etc. » (!!).

Où M. Boyer a-t-il vu un mot de tout cela? Sûrement il n'a pas lu mon article, car il y aurait trouvé textuellement ceci : « Quelques jours après, passant par Vienne, j'ai eu entre les « mains un journal (*Deutsches Volksblatt*, n° du 31 août 1897), « qui intitulait un article furibond : *Les hommes transformés en « lapins à expériences*. Il y donnait libre cours à ses sentiments « d'horreur, etc. »

---

(1) Macdonald et Davidson. *Gaz. hebdomad. de méd. et de chir.*, 28 septembre 1899, p. 932.

©BIUM

Ainsi l'auteur m'attribue ce qui appartient au journal viennois. Je le renvoie aux *Annales médico-psychologiques* (1).

Il n'est pas plus exact d'ailleurs dans sa façon d'apprécier ma rectification. Pour bien montrer mon entêtement, il cite une phrase : « Le problème reste ce qu'il était avant, etc. » C'est en effet ce que j'ai dit. Mais y a quelque chose qui précéde, et ce quelque chose, M. Boyer ne l'a pas vu, ou l'a oublié, en tout cas ne l'a pas cité. Je suis donc forcé de le lui remettre sous les yeux : « De cette façon, dis-je, tombent tous mes beaux rai-« sonnements. Car, si l'on voulait tirer de cette expérience « une conclusion, ce ne pourrait être que celle-ci, que la « syphilis est l'antécédent obligé de la paralysie générale. « Krafft-Ebing lui-même ne va pas jusque-là, puisque, dans « son mémoire, il dit expressément : en bonne logique, on ne « sera pas autorisé à dire que la syphilis est l'élément essen-« tiel dans la genèse de la paralysie générale, tant que l'on ne « pourra pas éliminer de la statistique les cas négatifs, comme « il en existe incontestablement (2). » Et même, après cette phrase que me reproche l'auteur de la thèse, j'ajoutais : « On ne peut nier cependant que ce ne soit un puissant argument en faveur de la théorie syphilitique. »

On voit quels sont les procédés employés par M. Boyer. Aussi, quand, me reprochant mon obstination, il me lance le vieux dicton : *perseverare diabolicum*, je suis autorisé à lui retourner le compliment, et à lui dire que ce qui est *diabolicum*, c'est de tronquer et d'altérer les textes.

Le bouquet, c'est qu'après m'avoir ainsi malmené, M. Boyer ajoute gravement : « C'est aussi un exemple bien frappant « des procédés de discussion auxquels peuvent conduire, même « en matière scientifique, les idées prématurément arrêtées, et « dont il est pénible de se défaire » (p. 41).

N'est-ce pas d'un à-propos exquis, et tout à fait en situation, venant d'un jeune confrère au début de sa carrière?

Mais je ne veux pas insister sur ce qui, dans la thèse de M. Boyer, me touche personnellement, et, après tout, est indifférent, et j'en reviens au problème lui-même.

A mon sens, il n'a pas fait un pas. On n'ose plus dire aujourd'hui que la paralysie générale est de *nature syphilitique;* elle est

---

(1) *Ann. méd.-psychol.*, 1897, VI, p. 359 et 360.
(2) *Ann. méd.-psychol.*, 1898, VII, p. 8.

©BIUM

devenue *parasyphilitique*, ce qui ne me paraît pas bien clair. Que sera-t-elle dans un avenir prochain? En attendant, rien n'égale la désinvolture avec laquelle on traite nos arguments, j'entends ceux qui sont contraires à l'idée de syphilis.

Quand nous disons que la paralysie générale n'est pas une affection syphilitique, parce que le traitement le mieux conduit reste impuissant, on répond triomphalement qu'il y a des lésions syphilitiques rebelles aux spécifiques; la paralysie générale peut bien en être une. Mais on n'explique pas pourquoi les lésions cérébrales véritablement syphilitiques, guérissent si vite et si bien, elles qui, cependant, d'après les histologistes, ont la plus grande analogie avec les altérations de la paralysie générale.

Quand nous disons que les lésions de la paralysie générale se présentent toujours diffuses, symétriques, tandis que celles de la syphilis sont localisées, unilatérales, — on répond que rien n'empêche la syphilis de produire, elle aussi, des lésions diffuses et symétriques.

Et les cas de syphilis survenant et évoluant chez un paralytique général? Pourquoi n'en pas tenir compte? Cependant il en existe un assez grand nombre : Nierman en a rapporté quelques-uns (*The alienist and neurologist iourn.*, 1893); moi-même j'en ai publié deux observations que M. Boyer pourra lire dans les *Annales médico-psychologiques* (1879, II, p. 311). Depuis, j'en ai recueilli une autre à Charenton. M. le Dr Lagrange en a cité au Congrès de Bordeaux (1895, p. 301). Tous ces faits, et j'aurais pu en trouver d'autres, sont-ils négligeables?

Enfin, s'il est bien entendu et reconnu que la paralysie générale, tout en se rattachant directement à la syphilis, reste cependant rebelle à tout traitement spécifique, qu'on m'explique par suite de quelle contradition on s'obstine à infliger aux malheureux paralytiques l'iodure à haute dose, le mercure sous forme d'injections de calomel, de frictions d'onguent gris, etc.? Jamais ce traitement n'a donné aucun résultat; très souvent il a entraîné de graves accidents; et pourtant bien peu de malades ont la chance d'y échapper. N'y eût-il que ce fait, que je croirais de mon devoir de combattre l'idée que la paralysie générale dépend de la syphilis.

Voici enfin une dernière objection. Nous avons tous observé des malades, qui, atteints de la syphilis à l'âge de vingt ans, ne peuvent, malgré tous les traitements, se guérir; toute leur vie ils ont des poussées plus ou moins graves, qui se rattachent à

©BIUM

cette infection. Or, ces malades ne deviennent guère ou ne deviennent jamais paralytiques généraux. D'autres, au contraire, également infectés à l'âge de vingt ans, guérissent rapidement; ils restent bien portants, se marient, ont des enfants d'une santé et d'une vigueur irréprochables. C'est après quinze ou vingt ans d'une quiétude parfaite, alors que rien n'est jamais venu rappeler un mal depuis longtemps oublié, c'est après ce long intervalle qu'ils deviennent paralytiques généraux; et pour prouver que chez eux la syphilis est en jeu, on n'a pas d'autre raison à donner que celle-ci, que la syphilis est restée latente pendant cette longue période !

Je ne veux pas continuer. Tout en ne partageant pas l'opinion que défend M. Boyer, je n'aurais cependant pas rouvert le débat, si je n'avais été contraint de protester contre les procédés de discussion dont il s'est servi vis-à-vis de moi. Ceci fait, je reconnais volontiers que sa thèse offre de l'intérêt. Où je suis entièrement d'accord avec lui, c'est quand il demande que l'on prenne des mesures sérieuses et efficaces pour empêcher la propagation de la vérole, qui reste véritablement un danger public, même si, comme je le crois toujours, elle n'est pour rien dans la paralysie générale.

J. CHRISTIAN.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— A primer of psychology and mental disease for use in training-schools for attendants and nurses and in medical classes (Manuel de psychologie et de maladies mentales à l'usage des infirmiers, des infirmières et du corps médical); par le Dr C. B. Burr. 2e édit. 1 vol. in-12 de 116 pages, cart. à l'angl. New-York. Davis et Cie, 1898.

— Asile de Saint-Yon. Rapport médical pour l'année 1898; par les Drs Giraud, Trénel et Hamel. 24 pages in-8°. Rouen, 1899.

— Le système nerveux central. Structure et fonctions. Histoire critique des théories et des doctrines; par Jules Soury. 2 vol. in-4°. 1863 pages. Paris. Georges Carré et C. Naud. 1899.

— Sulla eliminazione del bleu di metilene nell' epilessia, nell' isterismo ed in alcune forme mentali (De l'élimination du

©BIUM

bleu de métylène dans l'épilepsie, l'hystérie et quelques formes mentales); par le Dr Rodolfo Berfigli. 16 p. in-8°. Extrait de la *Rivista sperimentale di freniatria*, 1899.

— L'indice céphalique des épileptiques ; par le Dr Lucien Mayet. 21 p. in-8°. Extrait du *Lyon Médical*, octobre 1899.

— Ueber die chronische Paranoia bei epileptischen Individuen (De la paranoia chronique chez les épileptiques); par le Dr Albert Buchholz. Thèse de doctorat de la Faculté de médecine de Marbourg. 66 p. in-8°. Leipzig. Auguste Prier. 1895.

— Forty-first annual report of the general Board of Commissionners in Lunacy fort Scotland (Quarante-et-unième rapport annuel du comité général des inspecteurs des aliénés de l'Ecosse). 1 vol. in-8°. LXXIV - 154. Glasgow. 1899.

— Casuistischer Beitrag zur Kenntnis der Carcinome des Centralnervensystems (Contribution casuistique à la connaissance du carcinome du système nerveux central) ; par le Dr Buchholz. 28 pages in-8° avec planches. Extrait du *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*. 1898.

— Compte général de l'administration de la justice criminelle en France et en Algérie pendant l'année 1896, présenté au Président de la République par le Garde des Sceaux, ministre de la justice. 172 pages in-4°. Paris. Imprimerie nationale. 1899.

— Contribution à l'étude des obsessions et des impulsions à l'homicide et au suicide chez les dégénérés, au point de vue médico-légal ; par le Dr Georges Carrier. 193 pages in-8°. Paris. Aux bureaux du *Progrès médical*. 1899.

— Ueber einen Fall syphilitischer Erkankung Centralnervensystem (Sur un cas de maladie syphilitique du système nerveux central); par le Dr Buchholz. 121 pages in-8° avec planches, Extrait de l'*Archiv für Psychiatrie*. t. XXXII. Fasc. 1 et 2.

— Contribution à l'étude du pronostic de l'épilepsie chez les enfants ; par le Dr E. Le Duigou. 56 pages in-8°. Paris. Aux bureaux du *Progrès médical*. 1899.

— Asile d'aliénés de Maréville. Rapport médical du service des hommes ; par le Dr Vernet. 25 pages in-8°. Nancy. Berger-Levrault et Cie. 1899.

— Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete der Neurologie und Psychiatrie. II. Jarhgang. Bericht über das Jahr 1898 (Compte rendu annuel des travaux et des progrès dans le domaine de la neurologie et de la psychiatrie. 2e année. Compte rendu de l'année 1898) : par les Drs E. Flatau, L. Jacobsohn et Mendel. 1 vol. in-8° de 1.406 pages. Berlin. Karger. 1899.

©BIUM

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

Arrêté de mars 1900 : M. le Dr Vigouroux, médecin-adjoint à la colonie familliale de Dun-sur-Auron (Cher), est nommé médecin en chef de cet établissement (poste créé).

— *Arrêtés d'avril* 1900 : M. le Dr Ch. Vallon, médecin en chef à l'asile de Villejuif, est nommé médecin en chef à l'asile clinique (Sainte-Anne), à Paris, en remplacement de M. Bouchereau, décédé ;

M. le Dr Marie, médecin-directeur de la colonie familiale de Dun-sur-Auron, est nommé médecin en chef à l'asile de Villejuif.

SÉANCE SOLENNELLE ET BANQUET DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCOLOGIQUE

La Société médico-psychologique a tenu sa séance solennelle, le lundi 30 avril, sous le présidence de M. Magnan.

Deux prix devaient être décernés, cette année : le prix Esquirol et le prix Aubanel. Aucun concurrent ne s'est présenté pour le premier ; quand au second, de la valeur de 2.400 francs, il avait pour sujet : *Facteurs étiologiques de la paralysie générale.* Un seul mémoire a été envoyé, qui a pour auteur M. Coulon, médecin-adjoint de l'asile de Clermont (Oise). Sur un rapport de M. Pactet, une récompense de 1.700 francs a été accordée à ce travail. La commission a en outre, proposé et la Société a accepté, pour le prochain prix Aubanel, de la valeur de 2.000 francs, à décerner en 1902, la question suivante : *Valeur séméiologique des idées hypocondriaques dans les maladies mentales appuyée sur des observations personnelles.*

La séance s'est terminée par la lecture, faite par M. Ritti, secrétaire général de la Société, de l'*Eloge de Billod*, ancien médecin-directeur de l'asile de Vaucluse.

Le soir, à 8 heures, eut lieu le banquet annuel, au restaurant Marguery. Seize convives ont seulement répondu à l'appel, parmi lesquels deux membres correspondants, MM. Antheaume et Coulon, ce dernier, le lauréat du jour. Une franche

©BIUM

et aimable cordialité n'a cessé de régner pendant le repas, qui s'est terminé par des toasts traditionnels, portés par MM. Magnan, Joffroy, Ritti. Naturellement, on a beaucoup regretté le nombre trop grand des abstentionnistes, dont plusieurs, par un parti pris regrettable, n'ont jamais assisté à aucune de ces réunions familiales.

NÈCROLOGIE.

Dr H. Berbez. — Nous avons le regret d'annoncer la mort presque subite du Dr H. Berbez, décédé dans sa trente-huitième année, le 24 avril dernier, à l'asile de Dury-lès-Amiens, où il était médecin-adjoint.

Henri-Charles-Gabriel Berbez, né le 8 août 1862, fit ses études médicales à Paris. Il fut successivement externe des hôpitaux, interne des asiles d'aliénés de la Seine et de la Maison nationale de Charenton. Il soutint sa thèse de doctorat en 1892 ; elle a pour titre : *La paralysie générale due aux excès alcooliques*. Ce travail fut jugé digne d'une mention honorable au concours du prix Moreau (de Tours) de 1893 ; la même année, notre regretté confrère concourait pour le prix Aubanel; la question proposée était la suivante : « Des rapports de l'ataxie locomotrice progressive et de la paralysie générale. » Son mémoire manuscrit fut jugé digne d'une mention honorable avec la somme de 1.200 francs.

Berbez, se destinant à la carrière des asiles, se prépara au concours des médecins-adjoints; il se présenta à celui du 4 juin 1894, et fut reçu à Paris, le deuxième sur quatre admissibles. Il fut nommé le 13 juillet suivant médecin-adjoint de l'asile de Saint-Méen (Ille-et-Vilaine) ; un peu plus d'un an après, le 16 septembre 1895, il était envoyé en la même qualité, à l'asile de Dury-lès-Amiens (Somme), où il vient de mourir.

Les obsèques de notre regretté confrère ont eu lieu le jeudi, 26 avril 1900, à dix heures du matin, dans la chapelle de l'asile, au milieu de l'émotion générale; Berbez, en effet, était très aimé et très estimé de tout le personnel de l'établissement et de tous les malades. A l'issue de la cérémonie, au moment de la sortie du cortège de l'asile, M. le Dr Martinenq, médecin-directeur, a prononcé les paroles d'adieu suivantes, qui ont fait sur l'assistance la plus profonde émotion :

« Au nom de l'administration de l'asile de Dury, au nom de tout le personnel de l'établissement, au nom des malades à qui il a prodigué depuis cinq années ses soins avec tant de compétence et de dévouement, j'adresse un solennel adieu au Dr Berbez, mon collaborateur distingué et mon ami qui nous quitte.

©BIUM

« Puissent notre profonde affliction et les poignants regrets qui étreignent si douloureusement notre cœur à tous, atténuer quelque peu l'immense chagrin d'une famille atterrée par la plus terrible surprise que la mort, cette implacable traîtresse, puisse nous infliger.

« Au fond de votre retraite éternelle, dans cette chère Bourgogne, où vous allez si doucement reposer en paix, au milieu des vôtres, emportez-donc pour toujours, bien cher ami, avec nos regrets les plus sincères, notre plus affectueux souvenir. »

Le corps fut transporté ensuite à Collonges-la-Madeleine (Saône-et-Loire), pays natal du défunt, où il devait être inhumé. A l'arrivée à la gare d'Amiens, M. le Dr Pécharman, médecin-adjoint de l'asile de Clermont (Oise), a adressé quelques paroles d'adieu à son regretté collègue, au nom de l'Association amicale des internes et anciens internes de la Seine.

M. Gauckler. — Nous apprenons avec un vif regret la mort de M. Gauckler, directeur de l'asile départemental de Cadillac (Gironde).

M. Gauckler appartenait à l'une des plus anciennes et des plus honorables familles du Bas-Rhin. Il fut le dernier maire français de la riante petite ville de Wissembourg, témoin, le 4 août 1870, de la lutte héroïque, pendant toute la matinée, de 5.000 Français contre 40.000 Allemands.

Comme beaucoup d'Alsaciens, il quitta sa province natale pour conserver sa patrie, et fut successivement conseiller de préfecture et secrétaire général à Nancy, puis directeur de l'asile de Cadillac. Partout il se distingua par sa grande probité professionnelle, par sa droiture, par son extrême bienveillance.

Aucun des nombreux confrères qui ont asssisté, en 1895, au Congrés des médecins aliénistes et neurologistes de Bordeaux, n'a oublié la réception si pleine de cordialité qui nous fut faite, à l'asile de Cadillac ; M. Gauckler en fut véritablement l'âme : ses talents d'organisation levèrent toutes les difficultés, et grâce à lui, grâce à son amabilité, la journée de Cadillac fut une des meilleures parmi les excellentes que nous avons passées dans le département de la Gironde.

MARTYROLOGE DE LA PSYCHIATRIE (*suite*).

Nous avons à enregistrer deux nouvelles tentatives d'assassinat commises par des aliénés sur des membres du personnel des asiles : la première à Paris, la seconde à Lyon.

— Le 24 mars, raconte le *Progrès médical* (numéro du samedi 7 avril 1900), un aliéné réputé dangereux, détenu à la Sûreté de Bicêtre, demandait à voir le médecin, M. le Dr Féré.

©BIUM

Il se répandit en menaces contre M. Féré et le personnel; mais séparé du médecin par une balustrade, il ne put se livrer à des voies de faits. Reconduit à la Sûreté par un surveillant et un infirmier, il sortit brusquement de sa poche un long couteau qu'il plongea dans le ventre de ce dernier. Le surveillant, aidé d'un interne, M. Aubard, et de deux autres infirmiers accourus aux cris du blessé, parvint à maîtriser et à désarmer le malade. Heureusement, la blessure n'a pas toute la gravité qu'on aurait pu d'abord craindre.

Il résulte de l'enquête faite que cet aliéné, très dangereux, avait été envoyé à la Sûreté de Bicêtre de l'asile d'Aix (Bouches-du-Rhône), où on ne pouvait le maintenir, qu'il a fait à la Sûreté plusieurs tentatives d'évasion et qu'il était bien fermement décidé à tuer le médecin qu'il considère comme l'auteur de son internement. Comment, malgré la surveillance spéciale qu'on exerçait sur lui, a-t-il pu se procurer un couteau ? C'est ce que l'on n'a pu arriver à déterminer.

— D'autre part, l'*Indicateur de Cognac* (numéro du vendredi 30 mars 1900) rapporte le fait suivant :

« L'hospice de Saint-Jean-de-Dieu, à Lyon, où, dans les derniers jours de janvier, le Dr Devay, qui procédait à la vaccination des malades, fut grièvement blessé d'un coup de tiers-point par un aliéné, a été le théâtre d'un nouveau drame. Un nommé Chouzy, âgé de trente-cinq ans, qui, il y a une quinzaine d'années, avait été interné, pendant six mois, voulant se venger des infirmiers dont les faux rapports, dit-il, avaient motivé un aussi long internement, s'est jeté sur un infirmier et lui a porté deux violents coups d'un énorme couteau qu'il tenait dissimulé sous son paletot. L'état du blessé n'est pas très grave. Chouzy a été arrêté et écroué. »

PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Dans la séance du 6 mars 1900, l'Académie de médecine a reçu communication de la liste des mémoires et ouvrages envoyés pour les concours des prix à décerner à la fin de cette année; elle a procédé, dans la même séance, à la nomination des commissions de ces prix. Voici les renseignements relatifs à la médecine mentale et nerveuse.

Prix Baillarger. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics et privés consacrés aux aliénés.

N° 1. Les aliénés en Russie, par MM. les Drs Charles Vallon, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Villejuif, et Armand

©BIUM

Marie, directeur de la colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher).

N° 2. Les aliénés vicieux dans les asiles d'aliénés, par M. le Dr H. Colin, de Gaillon (Eure).

N° 3. Organisation d'un service d'aliénés, par M. le Dr Edouard Toulouse, médecin en chef de l'asile de Villejuif.

N° 4. Traitement des maladies mentales (assistance, thérapeutique, prophylaxie), par M. le Dr Cololian, de Paris.

Commission : MM. Laborde, Magnan, Richer.

Prix Barbier. — Ce prix sera décerné à celui qui aura découvert les moyens complets de guérison pour les maladies reconnues incurables, comme la rage, le cancer, l'*épilepsie*, etc.

N° 2. Le traitement chirurgical des épilepsies essentielles (bases physiologiques et indications opératoires), par M. le Dr E. Vidal, de Périgueux.

Commission : MM. Landouzy, Kelsch, Hutinel.

Prix Civrieux. — Question : *Les délires dans la paralysie générale.*

N° 1. Devise : « *Essayons.* »

N° 2. Devise : « *Pour bien savoir les choses, il faut savoir le détail, et comme il est infini, nos connaissances sont toujours superficielles et imparfaites.* » (La Rochefoucauld, *Maxime* 106.)

N° 3 Devise : « *La paralysie générale est une affection éminemment délirante; c'est, d'après Ball, une faillite de l'intelligence* ».

Commission : MM. Jaccoud, Huchard, Raymond.

Prix Falret. — Question : *Les formes cliniques de la neurasthénie. Leur traitement.*

N° 1. Devise : « *Fais ce que dois* ».

N° 2. Devise : « *Il faut que dans un Estat les riches aydent aux pauvres, son harmonie cessant lorsqu'il y a une partie enflée outre mesure, les autres demeurant atrophiées.* » (Théophraste Renaudot.)

N° 3. Devise : « *L'homme, en tout ce qu'il fait, hésite et se trompe; il n'arrive au vrai que par des erreurs corrigées.* » (Jamin.)

Commission : MM. Richer, Laborde, Debove.

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

N° 1. Introduction à la médecine de l'esprit. — Recherches cliniques sur l'épilepsie et son traitement, par M. le Dr Maurice de Fleury, de Paris.

N° 2. Contribution à l'étude clinique et anatomo-patholo-

©BIUM

gique de l'hémichorée organique, par M. le Dr Touche, médecin de l'hôpital de Brévannes.

N° 3. Les demi-fous, étude sur l'épilepsie et les maladies nerveuses; par M. le Dr Eugène Verrier, de Paris.

N° 4. Traitement de l'épilepsie par la bromuration combinée avec l'hypochloruration, par M. le Dr Ed. Toulouse, médecin en chef de l'asile de Villejuif.

N° 5. Les tubercules des pédoncules cérébraux, par M. le Dr Georges-Edouard Raviat, de Saint-Amand (Nord).

Commission : MM. Motet, Duguet, Dieulafoy.

Prix du baron Larrey. — Ce prix, qui ne pourra être divisé que dans des cas exceptionnels, sera attribué à l'auteur du meilleur travail de statistique médicale.

N° 1. De la folie dans le département du Tarn. Etude historique, statistique, étiologique, par M. le Dr B. Pailhas, d'Albi.

N° 7. Alcool, maladie, mort, par M. le Dr L. Jacquet, de Paris.

Commission : MM. Napias, Chauvel, Cadet de Gassicourt.

Prix Henri Lorquet. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales.

N° 1. Observations cliniques sur quelques psychoses à début précoce chez la femme, par M. le Dr Fernand Magnier, de Saint-Etienne-du-Rouvray (Seine-Inférieure).

N° 2. Suicide et folie. Contribution clinique. — Devise : « *L'homme n'attente à ses jours que lorsqu'il est dans le délire.* » (Esquirol.)

N° 3. Les troubles mentaux de l'enfance, par M. le Dr Marcel Manheimer, de Paris.

Commission : MM. Magnan, Richer, Brouardel.

Prix Saintour. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur n'importe quelle branche de la médecine.

N° 2. Essai sur la maladie de Basedow, par M. le Dr L. Gagne.

N° 7. Contribution à l'étude des lésions spinales postérieures dans la paralysie générale, par M. le Dr Etienne Rabaud, de Paris.

N° 15. Les criminels. Etude concernant huit cent cinquante-neuf condamnés, par M. le Dr Charles Perrier, médecin des prisons de Nîmes.

N° 17. Système nerveux central. Structure et fonctions. Histoire critique des théories et des doctrines, par M. Jules Soury, directeur d'études à l'Ecole pratique des hautes études à la Sorbonne.

©BIUM

N° 33. Assistance et traitement des idiots, imbéciles, débiles, dégénérés, amoraux, crétins, épileptiques (adultes et enfants). — Assistance et traitement des alcooliques, colonies familiales, par M. le Dr Pornain, de Paris.

N° 34. Les hémianesthésies capsulaires expérimentales, par MM. les Drs J. Sellier et H. Verger, de Bordeaux.

N° 39. Des névrites palustres, par MM. les Drs E. Sacquépée, médecin aide-major de 1re classe, chef de laboratoire de bactériologie de l'hôpital militaire de Rennes, et Ch. Dopter, médecin aide-major de 1re classe au 12e régiment d'artillerie.

N° 41. L'éducation rationnelle de la volonté, son emploi thérapeutique, par M. le Dr Paul-Emile Lévy, de Paris.

N° 43. Art et médecine, par M. le Dr Henri Meige, de Paris.

Commission : MM. Sée (Marc), Landouzy, Blache, Mégnin et Ribemont-Dessaignes.

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ (*suite*)

26. *Homicide.* — On télégraphie de Rochefort au *Figaro* (numéro de samedi, 3 mars 1900) :

« M. Duplais-Destouches, artiste-peintre, demeurant au Treuil-Bussac, près de Fouras-les-Bains, qui depuis de longues années donnait des preuves non équivoques de démence, a tué hier la femme Bergeau, sa domestique.

« C'est en entendant les détonations de l'artillerie de marine, qui fait en ce moment des tirs à l'île Madame, que le pauvre fou, croyant au débarquement des Anglais, prit un fusil et le déchargea sur la femme Burgeau, à bout portant.

« M. Duplais-Destouches a été écroué à la maison d'arrêt de Rochefort, d'où il sera conduit, après les formalités légales, à l'asile des aliénés de Lafond, près de La Rochelle. »

27. *Les menaces d'un fou.* — M. Pautard, agent comptable de l'Association des journalistes parisiens, 14, rue Grange-Batelière, recevait dernièrement une lettre dans laquelle le signataire, un nommé Vidal, le mettait en demeure de réaliser dans les huit jours suivants la transformation sociale qu'il attendait. M. Pautard était averti que, faute par lui de se conformer à cet ordre, il serait mis à mort.

L'agent comptable de l'Association des journalistes parisiens porta cette lettre à M. Archer, commissaire de police, qui a arrêté hier Vidal, son signataire, 10, rue de la Villeneuve, où il habitait.

On a trouvé dans une chambre un revolver chargé de six cartouches et une canne à épée. Il a déclaré que ces armes devaient lui servir à tuer sa femme, qui d'ailleurs, affirmait-il, était consentante.

©BIUM

Ce pauvre fou a été envoyé à l'infirmerie du Dépôt. (Le *Temps*, numéro du jeudi 8 mars 1900).

28. *Suicide.* — On lit dans le *Temps* (numéro du lundi 12 mars 1900) :

« Un ex-socialiste, dont les démêlés avec les chefs du Vooruit de Gand ont fait grand bruit dernièrement, M. Benoni van Huffel, vient de se suicider en se tirant un coup de revolver à la tempe. On croit qu'il a agi sous l'empire d'un accès de folie. Le cas serait héréditaire, car sa mère est morte de la même façon. Van Huffel avait quarante-trois ans. Il était entré, en 1883, dans l'administration de la coopérative socialiste gantoise, où sa compétence commerciale le mettait à même de rendre des services signalés. Mais on eut à compter avec sa rude franchise et il devint plutôt un adversaire redoutable de ceux avec lesquels il travaillait. Il s'opposa à la nomination d'Anseele comme gérant de la coopérative ; il mena toute une campagne contre les adjudications données à certains chefs du parti ; enfin, il fit un procès aux administrateurs du Vooruit pour les forcer à publier la liste de leurs membres et à déposer les registres à l'appui de leur bilan ; ce procès gagné devant le tribunal de commerce fut perdu en appel, les chefs du Vooruit ayant justifié de la perte de leurs livres au cours de l'incendie qui détruisit les magasins de leur société. Van Huffel s'était retiré de toute politique pour s'adonner exclusivement à son commerce. Depuis quelques jours, il était hanté d'idées noires. »

29. *Homicide.* — On télégraphie de Nice au *Temps* (numéro du samedi 17 mars 1900) :

« Ce matin, Auguste Thaon, garçon d'hôtel, a été tué dans son lit par sa femme, Joséphine Peyron, d'un coup de couteau au cœur.

« La malheureuse, prise d'un accès de folie, riait près du cadavre. »

30. *Dramatique suicide.* — M^me^ Léontine Camus, née Broussal, âgée de trente-six ans, venait, après la mort de son mari, s'installer, 261, boulevard Voltaire, dans un petit appartement, situé au deuxième. Elle vivait avec son fils Léon, un enfant de neuf ans qu'elle chérissait beaucoup. L'existence de la veuve et de son fils était assurée par le revenu d'un immeuble construit avenue Daumesnil et dont M^me^ Camus était propriétaire. La malheureuse femme était en proie à des idées sombres; plusieurs fois, on l'entendit répéter : « Il faut que je me suicide, je souffre trop. »

On la surveillait étroitement, car on savait que la mort de son mari, survenue deux années auparavant, avait déterminé chez elle de la neurasthénie.

©BIUM

Hier, c'était l'anniversaire de la mort de M. Camus. Elle paraissait calme. Elle avait invité quelques personnes à dîner.

Pourtant, l'après-midi, elle déclara qu'elle alla faire une promenade avec son enfant. Elle sortit, prit un fiacre et se fit conduire au pont de Tolbiac. Sur le quai de la gare, elle régla le cocher, puis descendit sur la berge avec le petit garçon, qui se mit à courir, s'amusant beaucoup de cette promenade imprévue.

Tout à coup, sa mère le rappela à elle et l'emmena sur une estacade établie par les Magasins généraux. Ils s'arrêtèrent à l'extrémité. L'eau coulait sous leurs pieds : « Regarde, comme elle est belle », dit Mme Camus.

Et pour s'en approcher, elle descendit une échelle qui conduisait dans une barque, amarrée à l'estacade ; l'enfant la suivit. Comme il regardait l'eau passer, sa mère le saisit par la taille et le jeta dans le fleuve. Puis, se cachant la figure dans son manteau, elle s'élança derrière lui.

Cependant deux hommes, un marinier et un employé d'octroi, qui avaient assisté à ce drame, accoururent et plongèrent. L'enfant s'était cramponné au pilotis de l'estacade ; les sauveteurs purent le retirer vivant, la mère avait disparu dans le fleuve ; lorsqu'on l'en sortit, elle avait cessé de vivre.

Après avoir reçu quelques soins, le petit Léon put parler et certifia que sa mère avait souvent manifesté devant lui son intention de se tuer. Et l'enfant ne comprenait pas pourquoi.

On lui laissa croire qu'il verrait sa mère quand ses vêtements seraient secs.

Par les soins du commissaire de police, le corps de Mme Camus a été ramené à son domicile ; le petit garçon a été confié à un de ses oncles, liquoriste, rue Réaumur.

Dans le salon de Mme Camus, on a trouvé une lettre où, après avoir affirmé sa résolution de se suicider, elle s'excusait de l'ennui qu'elle allait causer à certaines personnes ; elle ajoutait qu'elle entraînerait avec elle dans la mort son fils, parce que rien ne devait survivre à la mort de son cher mari.

Les scellés ont été apposés sur l'appartement par le juge de paix du XIe arrondissement. (Le *Temps*, numéro du mercredi, 28 mars 1900.)

31. *Suicide.* — M. F..., restaurateur, rue de Nièvre, à Nevers, s'est suicidé jeudi dernier, vers 2 heures, en se pendant dans son grenier.

Depuis quelques jours, le malheureux ne jouissait plus de ses facultés intellectuelles. (*Progrès de la Nièvre*, numéro de dimanche 22 avril 1900.)

32. *Suicide d'un persécuté.* — On télégraphie de Nîmes au *Figaro* (numéro du mercredi 25 avril 1900) :

©BIUM

« M. Ombry, professeur d'allemand au collège d'Uzès, âgé de vingt-huit ans, né à Lavaux, s'est suicidé hier en se tirant trois coups de revolver à la tempe droite. Il était atteint de la monomanie de la persécution. »

CONCOURS POUR DES EMPLOIS DE MÉDECIN-ADJOINT DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

Le président du conseil, ministre de l'intérieur et des cultes,

Sur la proposition du conseiller d'Etat, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques,

Vu la loi du 30 juin 1838; l'ordonnance du 18 décembre 1839 et les décrets des 6 juin 1863 et 19 octobre 1894;

Vu le décret du 25 mars 1852;

Vu les arrêtés ministériels des 18 juillet et 24 octobre 1888 et du 12 juin 1899;

Vu l'avis du conseil des inspecteurs généraux de l'assistance publique,

Arrête :

Art. 1er. — Un concours pour l'admissibilité aux emplois de médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés aura lieu au mois de mai 1900.

Art. 2. — Le concours sera régional : il y aura quatre régions.

La circonscription de chaque région sera composée comme il est indiqué dans le tableau annexé au présent arrêté.

Dans la 1re région, le concours aura lieu alternativement à Lille et à Nancy. En 1900, il aura lieu à Lille.

Dans la 2e, à Paris.

Dans la 3e, à Lyon.

Dans la 4e, alternativement à Montpellier, Bordeaux et Toulouse. En 1900, il aura lieu à Montpellier.

Le nombre des places mises au concours est de douze, réparties ainsi qu'il suit, entre les régions indiquées ci-après, savoir :

Région de Paris, 5 places.

Région du Nord, 3 places.

Région de l'Est, 2 places.

Région du Midi, 2 places.

Art. 3. — Les candidats devront être Français et docteurs d'une des facultés de médecine de l'Etat et avoir satisfait à la loi sur le recrutement de l'armée.

Leur demande devra être adressée au ministre de l'intérieur, qui leur fera connaître si elle est agréée et s'ils sont admis à prendre part au concours.

©BIUM

Les demandes devront être parvenues au ministère de l'intérieur (1er bureau de la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques) quinze jours, délai de rigueur, avant la date fixée pour l'ouverture du concours, qui aura lieu le 21 mai 1900.

Ils ne devront pas être âgés de plus de trente-deux ans au jour de l'ouverture du concours. Ils auront à justifier de l'accomplissement d'un stage d'une année au moins comme internes dans un asile public ou privé, consacré au traitement de l'aliénation mentale.

Les docteurs en médecine nommés par la voie du concours chefs de clinique ou internes dans les hôpitaux sont assimilés aux internes des asiles d'aliénés, et comme tels admis à prendre part au concours, sous les mêmes conditions de nationalité, d'âge et de stage.

Toute demande sera, en conséquence, accompagnée des pièces faisant la preuve du stage, de l'acte de naissance du postulant ainsi que de ses diplômes et états de services quelconques.

Les candidats seront libres de concourir, à leur choix, dans l'une ou l'autre des régions.

Au fur et à mesure des vacances d'emploi qui se produiront dans les asiles publics de la région où ils auront passé le concours, les candidats déclarés admissibles seront désignés au choix des préfets suivant l'ordre de classement établi par le jury d'après le mérite des examens.

Art. 4. — A titre exceptionnel, et lorsqu'il y aurait urgence à nommer le médecin adjoint d'un asile dans une région où la liste des admissibles se trouverait épuisée, l'administration supérieure conservera la faculté d'appeler à cet emploi un candidat d'une autre région.

Tout médecin adjoint nommé pour son début dans la région où il aura concouru pourra être ensuite envoyé avec ses mêmes fonctions dans un asile situé hors de cette région.

Art. 5. — Les médecins-adjoints pourront être nommés médecins en chef ou directeurs médecins dans toute la France.

Art. 6. — Le jury chargé de juger les résultats du concours sera composé dans chaque région :

1° D'un inspecteur général des établissements de bienfaisance, docteur en médecine, président ;

2° D'un professeur désigné par la faculté de médecine de la région où se tiendra le concours ;

3° De trois directeurs médecins ou médecins en chef de la région.

Les directeurs médecins et les médecins en chef appelés à faire partie du jury seront désignés par voie de tirage au sort parmi les docteurs qui remplissent l'une ou l'autre de ces fonctions dans un des asiles publics de la région. Il sera pro-

©BIUM

cédé, en outre, au tirage au sort d'un juré suppléant pris également parmi les directeurs médecins et médecins en chef.

Art. 7. — Les épreuves sont au nombre de quatre :

1° Une question écrite portant sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux, pour laquelle il sera accordé trois heures aux candidats.

Le maximum des points sera de 30.

2° Une question orale portant sur la médecine et la chirurgie en général, pour laquelle il sera accordé vingt minutes de réflexions et quinze minutes pour la dissertation.

Le maximum des points sera de 20.

3° Une épreuve clinique sur deux malades aliénés. Il sera accordé trente minutes pour l'examen des deux malades, quinze minutes de réflexion et trente minutes d'exposition.

L'un des deux malades devra être examiné et discuté plus spécialement au point de vue médico-légal.

Le maximum des points sera de 30.

4° Une épreuve sur titres. Les travaux scientifiques antérieurs des candidats seront examinés par le jury et feront l'objet d'un rapport qui pourra être communiqué aux candidats sur leur demande. La maximum des points sera de 10. Les points pour cette épreuve devront être donnés au début de la première séance de lecture des compositions écrites.

Art. 8. — Ne sera pas soumis aux épreuves du concours institué par le présent arrêté le chef de clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale à la faculté de médecine de l'université de Paris, qui aura subi l'examen pour obtenir ce poste, en conformité de l'arrêté du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, du 12 juin 1899.

Le chef de clinique se trouvera par ce fait dans les mêmes conditions pour être nommé médecin adjoint des asiles publics d'aliénés que les candidats déclarés admissibles à la suite du présent concours.

Il ne pourra toutefois être appelé à ce poste qu'après l'épuisement complet de la liste des candidats qui auront concouru antérieurement à sa nomination de chef de clinique.

Art. 9. — Le conseiller d'Etat directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 7 mars 1900.

WALDECK-ROUSSEAU.

©BIUM

RÉPARTITION DES DÉPARTEMENTS

entre les quatre régions établies pour le concours de l'adjuvat des asiles publics d'aliénés.

RÉGION DE PARIS

Calvados, Cher, Côtes-du-Nord, Deux-Sèvres, Eure, Eure-et-Loir, Finistère, Ille-et-Vilaine, Indre-et-Loire, Loir-et-Cher, Loire-Inférieure, Loiret, Manche, Maine-et-Loire, Mayenne, Morbihan, Oise, Orne, Sarthe, Seine, Seine-et-Oise, Seine-et-Marne, Seine-Inférieure, Vendée, Vienne.

RÉGION DU NORD

Aisne, Ardennes, Aube, Belfort, Doubs, Marne, Haute-Marne, Meurthe-et-Moselle, Meuse, Nord, Pas-de-Calais, Haute-Saône, Somme, Vosges.

RÉGION DE L'EST

Ain, Allier, Hautes-Alpes, Ardèche, Côte-d'Or, Drôme, Isère, Jura, Loire, Haute-Loire, Nièvre, Puy-de-Dôme, Rhône, Saône-et-Loire, Savoie, Haute-Savoie, Yonne.

RÉGION DU MIDI

Aude, Basses-Alpes, Alpes-Maritimes, Ariège, Aveyron, Bouches-du-Rhône, Cantal, Charente, Charente-Inférieure, Corrèze, Corse, Creuse, Dordogne, Gard, Haute-Garonne, Gers, Gironde, Hérault, Landes, Lot, Lot-et-Garonne, Lozère, Basses-Pyrénées, Hautes-Pyrénées, Pyrénées-Orientales, Tarn, Tarn-et-Garonne, Var, Vaucluse, Haute-Vienne, Algérie.

Vu et approuvé :

Paris, le 7 mars 1900.

Le président du conseil,
ministre de l'intérieur et des cultes,
WALDECK-ROUSSEAU.

©BIUM

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE XIe VOLUME DE LA HUITIÈME SÉRIE

PREMIÈRE PARTIE

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS

I. — Pathologie.

PAGES

Essai sur la pathogénie du délire de la paralysie générale; par le Dr Lalande. 5
Excentricités des zoophiles; par le Dr P. Hospital. 177
Contribution à l'étude du suicide dans la paralysie générale; par le Dr Monestier. 189
L'état de l'appareil vasomoteur dans les maladies mentales aiguës; par le Dr N. Sokalsky 353

II. — Thérapeutique.

Du sérum artificiel en psychiatrie; par le Dr G. Jacquin. 261
Le repos au lit dans le traitement des aliénés; par le Dr Albert Pélas. 386

III. — Médecine légale.

La médecine légale des aliénés en Italie; par le Dr Paul Moreau (de Tours). 20
De quelques cas d'homicide commis par des psychopathes; par le Dr Georges Wehrlin. . . . . 198 et 396

IV. — Établissements d'aliénés.

Du secret dans les asiles publics d'aliénés; par le Dr Pons, 31, 217 et 416

V. — Revue critique.

De l'épilepsie consciente et mnésique; par le Dr H. Minier. . . 46
De la démence terminale dans les psychoses; par le Dr Gombault. 231

DEUXIÈME PARTIE

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

I.—Société médico-psychologique.

Séance du 30 octobre 1899. — Mort de M. Paul Janet : M. J. Voisin. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Toulouse, Anglade, Bernard-Leroy, Breton, Burr, Bresler, Védie,

©BIUM

PAGES

Cabred, Nina-Rodrigues, Pilcz, Cullerre. — Rapport de M. Nageotte sur la candidature de M. F. Sano : élection. — Rapport de M. Semelaigne sur la candidature de Mlle Robinowitch : élection. — Rapport de M. Ritti sur la candidature de M. Mitaftsis : élection. — Le traitement des psychoses aiguës par le repos au lit : MM. Sérieux et Farnarier, Doutrebente, Briand, Sollier, Christian. 56

Séance du 27 *novembre* 1899. — A propos du procès-verbal. Du traitement des psychoses aiguës par le repos au lit : M. Doutrebente. — Mort de M. Paul Aubry : M. J. Voisin. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Mitaftsis, Sano, Pilcz, Ducosté, Albanel et Legras, Mlle Robinovitch. — Rapport de M. Boissier sur la candidature de M. Bernard-Leroy: élection. — Rapport de M. Pactet sur la candidature de M. Breton : élection. — Rapport de M. Semelaigne sur la candidature de M. Burr : élection. — La loi sur les expertises médico-légales : MM. Toulouse, Paul Garnier. — Maladies mentales familiales : MM. Trénel, Doutrebente, Arnaud. . . . .

Séance du 12 *décembre* 1899. — Correspondance : MM. Breton, Du Château. — Election du bureau de 1900. — De l'atrophie du cerveau dans la paralysie générale : M. D. Brunet. . . . 250

Séance du 29 *janvier* 1900. — Installation du bureau : MM. J. Voisin, Magnan, Joffroy. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Burr, Villers, Nina-Rodrigues, Fouques. — Mort de MM. Azam et Chambard : M. Magnan. — Prix à décerner en 1900. — Rapport de M. Sérieux sur la candidature de M. Bresler; élection. — Classification des maladies mentales : M. Toulouse 430

Séance du 26 *février* 1900. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Bernard-Leroy, Bresler, Clausolles, Miguel Bombarda. — Mort de M. Bouchereau : MM. Magnan, Ritti. — Rapport de la commission des finances : M. Christian. — Rapport de M. Febvré sur la candidature de M. Villers : élection. — Rapport de M. Semelaigne sur la candidature de M. Duchâteau : élection. 439

Séance du 26 *mars* 1900. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Duchâteau, Villers, Rayneau, Vaschide, Yanniris, Régis, Meyssan, Delmas, Dufour, Kérandel, Nina-Rodrigues, Roberto Massalongho, Vansetti.— La microcéphalie et les suites de la craniotomie dans la microcéphalie : M. Legrain. — Un cas de paralysie générale juvénile; présentation du malade : MM. Marchand, Legrain, Pactet, Klippel. — De l'hérédité et en particulier de l'hérédité similaire dans la paralysie générale : M. Ameline. — Un cas de délire hypocondriaque à forme évolutive : M. Paul Castin 446

II. — Société médico-psychologique de Québec.

Séance du 22 *juin* 1899. — Observation d'un morphinomane accusé de vol : M. Villeneuve. — Mal perforant buccal : M. Chagnon. 113

Séance du 26 *octobre* 1899. — Deux cas de manie éphémère, sans complication d'épilepsie, d'intempérance, ou de parturition : MM. Burgess, Chagnon, Villeneuve. — Deux cas d'hallucinations auditives périphériques : M. Chagnon. — Outrage aux mœurs, allégation d'irresponsabilité pour cause de folie et d'épilepsie, responsabilité, condamnation : M. Villeneuve. — Débilité men-

©BIUM

PAGES
tale, absence complète de sens moral. Deux condamnations. Nouvelle arrestation, examen médical, irresponsabilité, internement : M. Villeneuve. 260

III. — Revue des journaux de médecine.

JOURNAUX FRANÇAIS (1897)

(Anal. par le Dr CULLERRE.)

Psychoses religieuses à évolution progressive et à systématisation dite primitive 115
Obsession de la rougeur (éreuthophobie) 116
Hallucinations symboliques dans les psychoses et les rêves des sourds-muets 117
Troubles du goût et de l'odorat dans le tabes 118
Période terminale de la paralysie générale et mort des paralytiques généraux 118
Cas de gliome volumineux du cervelet 118
Mutisme chez l'enfant qui entend 119
Maladies du système nerveux et sclérose multiple disséminée . . . 119
Le personnel des asiles d'aliénés et le rapport du Dr Dubief à la Chambre 119
Le règlement du 20 mars 1857 et l'organisation médico-administrative 120
Hystérie infantile en Vendée 120
Troubles trophiques dans la paralysie générale 121
Alcalescence du sang et injections de solutions alcalines chez les épileptiques 121
Hystérie infantile et suggestion hypnotique 122
Etat mental et physique des condamnés pour attentats à la pudeur 122
Traitement des mélancoliques par le repos au lit 123
Délire et auto-intoxication hépatique 123
Suicide chez les aliénés 124
Automatisme considéré comme une des manifestations de la syphilis cérébrale 124
Contre le traitement chirurgical du torticolis mental 125
Signification de quelques rêves 125
Asystolie post-épileptique 125
Etude clinique de la migraine ophtalmique 126
Neurones, hypnose et inhibition 126
Influence étiologique de l'alcoolisme sur l'idiotie 126
Méningo-encéphalite chronique ou idiotie méningo-encéphalique. 126
Traitement de l'idiotie myxœdémateuse par l'ingestion de glande thyroïde de mouton 127
Fièvre maniaque pernicieuse d'origine paludéenne 127
Imbécillité ; paraplégie spasmodique 127
Cas d'ictère épileptique 127
Double syndrome de Brown-Sequard dans la syphilis spinale . . 128
Tabes juvénile et tabes héréditaire 129
Amnésie rétrograde dans l'épilepsie 129
Internement des aliénés 130
Cas de monoplégie incomplète consécutive à un traumatisme crânien grave 131
Syndrome bulbaire d'Erb 132
Contribution à l'étude de l'astasie-abasie 132
Accès d'asthme provoqués par l'épluchage d'asperges crues 133
Intervention du système nerveux dans le rhumatisme déformant des mains 134

©BIUM

JOURNAUX ITALIENS (1896-1897)

(Anal. par les Drs NICOULAU et ANGLADE).

PAGES

Délires et formes paranoïques dans leurs rapports avec les autres délires . . . 275
Sur le délire de possession . . . 277
L'aortite chronique chez les aliénés . . . 278
Origine des caractères différentiels entre l'homme et la femme . . . 279
Association des maladies du cœur et des névroses . . . 280
Guérison des altérations des cellules nerveuses cérébrales . . . 281
Appendice vermiforme chez les aliénés et les sains d'esprit . . . 282
Délire systématisé de persécution . . . 282
Deux cas d'acromégalie . . . 282
Les recherches histologiques et bactériologiques en pathologie mentale . . . 283
Traitement de la maladie de Basedow par la galvanisation et l'injection de thymus frais . . . 283
Manie paralytiforme . . . 284
Contribution à l'étude des névrites ascendantes . . . 285
Des rapports entre le génie et la folie . . . 285
Relations entre les démences consécutives et les psychopathies initiales . . . 286
Recherches bactériologiques dans l'urine et le sang des paralytiques généraux . . . 286
Trajet des fibres du corps calleux et du psaltérium . . . 482
Genèse des circonvolutions cérébrales et cérébelleuses . . . 483
Cytologie comparée de la cellule nerveuse des vertébrés . . . 484
Sur la myélinisation des fibres de l'écorce cérébrale humaine dans les premiers mois de la vie . . . 487
Morphologie et cytologie de la voûte du diencéphale chez quelques vertébrés . . . 488
Physiologie des couches optiques . . . 490
Fonctions des canaux semi-circulaires . . . 490
Sur les altérations des éléments nerveux dans la dyscrasie urémique expérimentale . . . 491
Sur les altérations des cellules de l'écorce consécutives aux hémorragies cérébrales et sur les rapports de l'insula avec la capsule externe . . . 492
Altérations des éléments nerveux dans les empoisonnements par l'arsenic et le plomb . . . 493
Altérations légères des éléments nerveux dans l'empoisonnement par le phosphore . . . 495
Altérations des cellules nerveuses dans la peste bubonique expérimentale . . . 495
Altérations des éléments nerveux dans l'inanition . . . 496
Altérations cadavériques de la cellule nerveuse constatées par la méthode de Nissl . . . 497
Altérations cadavériques des cellules nerveuses . . . 498
Ce que deviennent les cellules des ganglions spinaux après la section du tronc nerveux qui les relie à la moelle . . . 499
Anatomie pathologique de l'abcès expérimental du cerveau . . . 499
La démence paralytique chez les pellagreux . . . 500
Sur la participation du nerf facial supérieur dans l'hémiplégie . . . 500
Méralgie paresthésique et tabes dorsal . . . 500
A propos de l'origine de l'othématome des aliénés . . . 501
Deux cas de tumeur du lobe frontal . . . 501
Application des rayons X au diagnostic du siège des corps étrangers de la tête et des tumeurs intracraniennes . . . 501

©BIUM

JOURNAUX AMÉRICAINS (1896-1897)

(Anal. par le Dr V. PARANT).

PAGES

Deux cas de tumeurs cérébrales . . . 287
Analyse de cent cinquante-six admissions à l'asile Saint-Laurence. 287
L'embonpoint dans la guérison ou la persistance de la folie. . . 287
Folie post-fébrile . . . 288
Pachyméningite hémorragique interne chez les aliénés . . . 288
Médication thyroïdienne dans quelques cas de folie . . . 288
Influence directe du sang dans la production de la folie . . . 288
Analyse de quarante cas de folie consécutive à la grippe . . . 289
Folie morale . . . 289
Soin de la barbe chez les déments . . . 289
Moelle des os dans le traitement de l'anémie . . . 289
Sulfonal comme calmant . . . 289
Quelques cas intéressants de gynécologie en rapport avec la folie. 290
Traumatisme et insolation comme causes de folie . . . 290
Phtisie chez les aliénés . . . 290
Bon remède contre la constipation chez les aliénés . . . 291
Auto-intoxication et folie . . . 291
But et organisation de l'Institut pathologique des asiles de New-York. 291
Assistance publique des aliénés dans l'Etat de New-York . . . 291
Stigmates de la dégénérescence . . . 291
Electricité statique dans le traitement de la folie . . . 292
Prophylaxie de la folie puerpérale . . . 292
Familles d'aliénés ayant des tendances au crime . . . 292
Soulagement de la compression cérébrale dans la paralysie générale, le tabes et autres maladies par la ponction lombaire . . . 292
Symptômes mentaux de l'artério-sclérose . . . 293
Epilepsie traumatique; apparition tardive des convulsions . . . 293
Traitement des aliénés violents . . . 293
L'épilepsie et son traitement . . . 294
Origine autotoxique de l'épilepsie . . . 294
L'ophtalmoscope dans l'épilepsie . . . 294
Sulfonal et trional dans l'épilepsie . . . 294
Cas d'épilepsie procursive . . . 294
Organisation des études anthropologiques dans l'Institut pathologique des hôpitaux de l'Etat de New-York . . . 294
Trois cas de maladies nerveuses rares observées chez les aliénés . . 295
Folie de deux sœurs . . . 295
La pellotine comme sédatif et hypnotique . . . 295
Le désœuvrement des jours de fête dans les asiles d'aliénés . . . 296
Quelques particularités de l'état physique dans la mélancolie . . . 296
Troubles de la parole chez les épileptiques . . . 296
Traitement moral de l'épilepsie . . . 297
Responsabilité légale des épileptiques . . . 297
Le sang dans l'épilepsie . . . 299
Cent autopsies . . . 299
De la chirurgie facultative dans les asiles d'aliénés . . . 299
Epilepsie et témoignage d'experts . . . 299
Affaire Maria Barbella au point de vue médico-légal . . . 300
La mélancolie et son traitement . . . 303
Des visites aux aliénés dans les asiles . . . 304
Recherches clinico-chimiques sur la pathogénie de l'insolation . . 304
Etude expérimentale sur la valeur thérapeutique de la saignée . . 304
Notes d'anthropologie criminelle . . . 304

©BIUM

IV. — Bibliographie.

PAGES

De la phtisie et en particulier de la phtisie latente dans ses rapports avec les psychoses; par le Dr Jules Chartier (Anal. par le Dr Rayneau). 134
Leçon sur les idées fixes; par le professeur L. Bianchini (Anal. par le Dr Gombault). 158
Aliénés méconnus et condamnés; par les Drs Geo. Villeneuve et E.-P. Chagnon (Anal. par le Dr Th. Taty). 142
Les avantages économiques du travail agricole et industriel dans les asiles; par le Dr G. Antonini (Anal. par le Dr Nicoulau). 145
Manuel d'électrodiagnostic et d'électrothérapie, pour praticiens et étudiants; par le Dr Toby Cohn (Anal. par le Dr Lalanne). . . 149
L'illusion de fausse reconnaissance; par le Dr E. Bernard-Leroy (Anal. par le Dr F.-L. Arnaud). 306
Rapports médicaux sur la « Casa des Orates », pour l'année 1897; par les Drs Castro et Beca (Anal. par le Dr R. Charon). 311
Contribution au diagnostic et au traitement de l'arthralgie hystérique; par le prof. Léonardo Bianchi (Anal. par le Dr G. Gombault) 316
Nouvelles recherches sur l'étiologie de la paralysie générale; par le Dr Boyer (Anal. par le Dr J. Christian). 503
Bulletin bibliographique. . . . . 318 et 508

V. — Variétés.

Liste des membres de la Société médico-psychologique. — Nominations et promotions : MM. Dodéro, Chaussinand, Chocreaux, Thibaud, Bellat, Allaman, Mengadurque, Monestier, Coulon, Terrade, Mahon, Clère, Pichenot, Journiac. — Nécrologie : Prof. Azam, Paul Aubry, Calès. — Prix de l'Académie de médecine. — Les aliénés en liberté. 151
Nominations et promotions : MM. Croustel, Fenayrou, Alembert-Goget, Levet, Deswarte, Thivet, Samuel Garnier, Charon, Damalix, Febvré, Homéry, Legras, Périès. — Nécrologie : Bouchereau, Chambard, Louis Adam. — Martyrologe de la psychiatrie (*suite*). — Les aliénés en liberté (*suite*). — Epidémie de folie religieuse en Hollande. — Tribunaux. — XIIIe congrès international de médecine. Section de psychiatrie (Ve congrès international de médecine mentale). — Faits divers. — Prix de la colonie Craig pour recherches originales sur l'épilepsie. — Prix de la Société médico-psychologique pour l'année 1901. . . 322
Nominations et promotions : MM. Vigouroux, Vallon, Marie. — Séance solennelle et banquet annuel de la Société médico-psychologique. — Nécrologie : H. Berbez, Gauckler. — Martyrologe de la psychiatrie (*suite*). — Prix de l'Académie de médecine. — Les aliénés en liberté (*suite*). — Concours pour les emplois de médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés. 510
Table des matières du tome XI de la 8e série 523

Le Rédacteur en chef-Gérant : Ant. Ritti.

Paris. — L. Marretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.